T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLAR
ANABİLİM DALI

VERRUCA SEBORRHEİCA KLİNİK ALT TİPLERİNDE DERMATOSKOPİK BULGULAR

DR BURCU BAHAR İNCİ

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

PROF DR ALİ TAHSİN GÜNEŞ

PROF DR EMEL FETİL

İZMİR-2017

TEŞEKKÜRLER

Tez danışmanlığımı yapan ve tezimin her aşamasında yardımlarını ve desteğini esirgemeyen, sayın hocam Prof. Dr. Ali Tahsin Güneş ve Prof.Dr.Emel Fetil'e, uzmanlık eğitimim boyunca değerli bilgi ve deneyimlerinden yararlanma fırsatı bulduğum sayın hocalarım Prof. Dr. Şebnem Aktan, Prof. Dr. Turna İlknur, Doç. Dr. Sevgi Akarsu, Yard. Doç. Dr. Özlem Özbağcıvan'a, dostluklarını ve desteklerini esirgemeyen başta Özden Özilice ve Belgin Kösehancı olmak üzere tüm çalışma arkadaşlarıma, klinik hemşire ve personellerine, tüm tıp eğitimim ve asistanlığım boyunca hep yanımda olan ve desteklerini esirgemeyen aileme, eşime ve arkadaşlarıma saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

ÖZET **4-5**

SUMMARY **6-8**

1. GİRİŞ **9**

2.AMAÇ **9**

3. GENEL BİLGİLER **10-27**

4. MATERYAL VE METOD **28-29**

5. BULGULAR **30-41**

6. TARTIŞMA **42-46**

7. SONUÇ **46**

8. KAYNAKLAR **47-53**

ÖZET

Bu çalışmada verruca seborrheica (V.S.) klinik alt tiplerinde dermotoskopik özelliklerinin değerlendirilmesi ve bu bulguların ayırıcı tanıdaki yerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.Çalışmaya 01.06.2015-01.09.2017 arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları polikliniğine başvuran, 18 yaş üzerinde klinik bulgularla tanısı konmuş 42 solid tip V.S., 31 yassı tip V.S. ve 47 pigmente tip V.S. hastası olmak üzere toplamda 120 V.S. hastası alındı. Hastaların seçilen lezyonları dijital dermatoskop (MoleMax II) ile değerlendirildi. Çalışmadan elde edilen veriler "SPSS 22.0" adlı standart programa kaydedildi ve elde edilen verilerin $p<0,05$ değerleri anlamlı olarak kabul edildi. Çalışmaya alınan 120 hastanın 48(%40)'i erkek, 72 (%60)'si kadındı. Cinsiyete göre klinik tiplerdeki dağılım incelendiğinde kadınlarda solid tip V.S.'lerin erkeklerde pigmente tip V.S'lerin oranı daha yüksek bulundu ve bu veriler istatistiksel olarak anlamlı saptandı($p=0.042$). Çalışmaya alınan 120 adet V.S.'nin 20(%16,7)'sinin gövde arka yüzde, 20 (%16,7) 'sinin gövde ön yüzde,19 (%15,8) 'unun yanakta, 15(%12,5) 'inin alında yerleştiği belirlendi. Ortalama yaş 62,6 olarak hesaplandı. Yaş gruplarına göre(25-45,45-65 ve >65) V.S. klinik alt tiplerinin dağılımında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.($p=0.174$). Klinik alt tiplerdeki yaş gruplarının yüzdeleri incelendiğinde ise solid ve pigmente V.S.'lerin >65 yaş,yassı V.S.'lerin 45-65 yaş arası daha sık görüldüğü saptandı.V.S.lerin klinik olarak %67,5'i açık kahverengi renkte, %44,2'si koyu kahverengi renkte, dermotoskopik olarak ise %75'i açık kahverengi renkte, %43,3'ü koyu kahverengi renkte saptandı.Hastalarda tespit edilen V.S.lerin ortalama çapı 1,12 x1,14 cm olarak hesaplandı. Ortalama leyon sayısı 3,76 en fazla lezyon sayısı 60 adet olarak belirlendi. Lezyon sayısı ve yaş değerlerinin ortalamasında üç grupta istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Lezyon çapları üç grup arasında karşılaştırıldığında ise pigmente V.S'lerin ortalama horizontal ve vertical çaplarının diğer gruplara göre daha büyük olduğu bulundu ve bu veriler istatistiksel olarak anlamlı saptandı($p=0.004$ ve $p=0.002$) Dermoskopik olarak incelenen 120 adet V.S. lezyonunda; komedo benzeri açıklıklar %90,8, milia benzeri kistler %77,5, fissürler %31,7, güve yeniği kenar %35, parmak izi görünümü %42,5, tombul parmak bulgusu %26,7, hiperkeratoz %53,3, kahverengi opak alanlar % 86,7 oranlarında görüldü. En sık görülen dermatoskopik bulgular klinik alt tiplerde karşılaştırıldı.Komedo benzeri açıklıkların solid ve pigmente V.S.'lerde yassı V.S.'lere oranla daha fazla görüldüğü, milia benzeri kistlerin pigmente V.S.'lerde diğer gruplara göre daha fazla görüldüğü saptandı. Fissür,kahverengi opak alanlar,hiperkeratoz,parmak izi görünümü,tombul parmak bulgusu,güve yeniği kenar bulgularının ise klinik V.S. alt tipleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark göstemediği saptandı.

Çalışmada solid tip V.S.'lerin en sık gövde ön yüzde (%21,4) ve gövde arka yüzde (%19) yerleştiği görüldü. Sıklık sırasına göre solid V.S.'lerde en sık izlenen dermatoskopik bulgular komedo benzeri açıklıklar (%92,9), kahve opak alanlar (%85,7), hiperkeratoz (%61,9), jöle bulgusu (%59,5), sarı opak alanlar (%52,4) ve parmak izi bulgusu (%47,6) olarak saptandı. Jöle bulgusu diğer V.S. grupları ile karşılaştırıldığında solid tip V.S.'lerde anlamlı olarak daha yüksek saptandı ve bu istatistiksel olarak anlamlı bulundu.($p<0,001$). Çalışmamızda yassı tip V.S.'lerin en sık yanak (%25,8) ve alın (%16,1) olmak üzere yüzde yerleştiği görüldü.Sıklık sırasına göre yassı V.S.'lerde en sık izlenen dermatoskopik bulgular kahve opak alanlar (%%83,9), komedo benzeri açıklıklar (%77,4), yıldızsı milia (%67,7), sarı opak alanlar (%67,7) ,beyin benzeri görünüm (%64,5) ve hiperkeratoz (%45,2) olarak saptandı.Yassı tip V.S.'lerde diğer gruplarla karşılaştırıldığında beyin benzeri görünüm ve sarı opak alanların daha fazla görüldüğü saptandı ve bu istatistiksel olarak anlamlı bulundu.($p<0,001$). Pigmente tip V.S.'lerin en sık gövde arka yüzde (%21,3) ve saçlı deride (%21,3)yerleştiği görüldü. Sıklık sırasına göre pigmente V.S.'lerde en sık izlenen dermatoskopik bulgular komedo benzeri açıklıklar (%97,9), kahverengi opak alanlar (%89,4) ,siyah globul benzeri yapılar (%57,4), jöle bulgusu (%55,3),siyah noktalar (%51,1), bulutsu milia (%42,6) ve yıldızsı milialardır (%40,4).Pigmente tip V.S.'lerde diğer gruplarla karşılaştırıldığında yıldızsı milia(p:0,023),bulutsu milia (p:0,043), siyah noktalar (p:0.007), siyah globul benzeri yapılar ($p<0,001$), komedo benzeri açıklıklar (p:0,008) istatistiksel olarak anlamlı derecede fazla bulundu. Üç V.S. klinik alt grubunda fissur,kahverengi opak alanlar, hiperkeratoz, parmak izi benzeri alanlar,atipik ve tipik pigment ağı gibi diğer dermatoskopik bulgular karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi. Sonuç olarak, çalışmamızda V.S.'ların dermotoskopik incelemesinde komedo benzeri açıklıklar,milia benzeri kistler, kahverengi opak alanlar, hiperkeratoz, parmak izi benzeri alanlar,güve yeniği kenar bulgularının en sık izlenen bulgular olduğunu milia benzeri kistler,siyah globul benzeri yapılar,siyah nokta ve komedo benzeri yapıların pigmente tip V.S.'lerde;beyin benzeri görünüm ve sarı opak alanların yassı tip V.S.'lerde;jöle bulgusunun solid tip V.S.'lerde daha fazla görüldüğü saptandı.Bu bulgular literatürdeki diğer sonuçlar ile benzerlik göstermekle birlikte daha fazla sayıda çalışmaya ihtiyaç vardır. Elde edilen veriler dermatoskopinin V.S.tanısı ve klinik alt tiplerinin ayırımında klinik ve histopatolojik incelemelere ek olarak yararlı bir teknik olduğunu düşündürmektedir. Bununla birlikte elde edilen bulguların çoğu literatürle uyumlu olsa da, bu verilerin istatistiksel anlamlılığının değerlendirilebilmesi için olgu sayısı daha yüksek olan yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

SUMMARY

In this study, it was aimed to evaluate the dermotoscopic features of the clinical subtypes of verruca seborrheica(V.S.) and to determine the place of these symptoms in the definitive diagnosis.

The study includes a total of 120 patients with V.S. comprising of 42 solid type V.S., 31 flat type V.S. and 47 pigmented type V.S. patients above the age of 18, who applied to the outpatient clinic of the Department of Dermatology of Dokuz Eylul University Faculty Of Medicine between 01.06.2015 - 01.09.2017 and were diagnosed with clinical findings. The selected lesions of the patients were evaluated with a digital dermatoscope (MoleMax II). The data obtained from the study were recorded to the standard program called "SPSS 22.0" and the $p < 0.05$ values of the data were accepted as significant.

Of the 120 patients included in the study, 48 (40%) were male and 72 (60%) were female. When the distribution of clinical types according to sex is examined, the proportion of solid types in women and pigmented types in men were found to be higher and this data is statistically significant ($p=0.042$). Of the 120 V.S. patients included in the study, 20 (16.7%) had it on the backs, 20 (16.7%) had it in the front face of their bodies, 19 (15.8% 5) had it on their cheeks and 15 (12.5%) had it on their foreheads. The mean age was calculated as 62.6. No statistically significant difference was determined in the distribution of the V.S. clinical types according to age groups (25-45, 45-65 and> 65) ($p=0.174$). When the percentages of age groups in clinical types were examined, it was found that solid and pigmented subtypes were more common in the age group of >65 and the flat type was more common in the age group of 45-65 years.Clinically, 67.5% V.S. lesions were in light brown color, 44.2% in dark brown color, dermatoscopically 75% were in light brown color and 43.3% in dark brown color. The average diameter of the V.S. lesions detected in the patients was calculated as 1.12x1.14.The mean number of lesions was determined to be 3.76 and the highest number of lesions to be 60. There was no statistically significant difference between the three groups in terms of the mean number of lesions and age.

When the lesion diameters were compared between the three groups, the average horizontal and vertical diameters of pigmented V.S. lesions were found to be larger than the other groups and this data is statistically significant ($p=0.004$ and $p=0.002$). In 120 V.S. lesions examined dermoscopically, comedo-like spaces were found to be 90.8%, milia-like cysts to be 77.5%, fissures to be 31.7%, piecemeal edge to be 35%, fingerprint appearance to be 42.5%, fat finger detection to be 26.7% , hyperkeratosis to be 53.3% and brown opaque areas to be 86.7%. The most common dermatoscopic symptoms were compared in the subtypes. It was found that comedo-like spaces were more

common in solid and pigmented types than in flat types, and milia-like cysts were seen more in pigmented types than in the other groups. It was determined that fissure, brown opaque areas, hyperkeratosis, fingerprint appearance, fat finger finding, piecemeal edge findings did not show statistically significant difference between clinical subtypes.

In the study, solid type V.S. lesions were found to be located mostly in the front (21.4%) and the back faces of the body (19%). The most common dermatoscopic findings were comedo-like spaces (92.9%), brown opaque areas (85.7%), hyperkeratosis (61.9%), jelly finding (59.5%), yellow opaque areas (52.4%) and fingerprint findings (47.6%). When compared with the other V.S. groups, the jelly finding was seen to be significantly higher in the solid type V.S. lesions ($p<0.001$). In our study, it was observed that flat type V.S. lesions were most frequently located on the cheeks (25.8%) and forehead (16.1%). The most common dermatoscopic findings in flat V.S. lesions were brown and opaque areas (83.9 %%), comedo-like spaces (77.4%), star-like milia (67.7%), yellow opaque areas (67.7%), brain-like appearance (64.5%) and hyperkeratosis (45.2%). The brain-like appearance and yellow opaque areas were found to be statistically significantly higher in the flat-type V.S. lesions compared to the other groups ($p<0.001$). The pigmented type V.S. lesions were most commonly observed on the back of the body (21.3%) and scalp (21.3%). The most common dermatoscopic findings of pigmented V.S. lesions are comedo-like spaces (97.9%), brown opaque areas (89.4%), black globules (57.4%), jelly findings (55.3%), black dots (51,1%), cloud-like milia (42.6%) and star-like milia (40.4%). When compared with other groups of V.S. lesions, the star-like milia ($p:0.023$), cloud-like milia ($p:0.043$), black spot ($p:0.007$), black globul ($p<0.001$) and the comedo-like spaces ($p:0.008$) were found to be significantly higher in the pigmented types. There was no statistically significant difference in three groups when other dermatoscopic findings such as fissure, brown opaque areas, hyperkeratosis, fingerprint, atypical and typical pigment network were compared. As a result, we have seen comedo-like spaces, milia-like cysts, brown opaque areas, hyperkeratosis, fingerprinted areas, and piecemeal edge findings are the most common findings in the dermotoscopic examination of people with V.S. lesions. We also found that the milia-like cyst, black globul, black dot and comedo-like structures were determined more in the pigmented V.S. lesions, the brain-like appearance and yellow opaque areas were more in the flat V.S. lesions and the jelly finding was more in the solid verruca seborrheica lesions. These findings are similar to other results in the literature, but further studies are needed. The obtained data suggest that dermatoscopy is a useful technique in

addition to clinical and histopathological examinations in the differential diagnosis of V.S. and clinical subtypes. The obtained data suggest that dermatoscopy is a useful technique in addition to clinical and histopathological examinations in the definitive diagnosis of V.S. and the distinction of its clinical subtypes. Although most of the findings are consistent with the literature, more studies with higher number of patients are needed to evaluate the statistical significance of these data.

GİRİŞ

Dermatoskopi, melanositik ve melanositik olmayan benign ve malign deri lezyonlarının tanısında ve izleminde kullanılan kolay, hızlı ve non invazif bir değerlendirme yöntemidir. Polarize veya polarize olmayan ışık yardımı ile 6-100 kat büyütme sağlayarak papiller dermise dek deri yapılarını görüntülemeye imkan vermektedir.[1] Dermatoskopi kullanımının tek bir lezyona kısıtlı olmadan hastanın tüm vücut lezyonlarının birkaç dakika içerisinde incelenebilmesi, çıplak gözle muayeneye göre doğru ve erken tanı konulmasında üstünlüğü ve biyopsi ya da tedavi gerektiren lezyonların daha doğru seçimine izin vermesi gibi çeşitli avantajları da bulunmaktadır.[2] Verruca seborrheica(V.S.) yüz ve boyunda sıklıkla görülen immatür keratinositlerin bening proliferasyonu sonrası gelişen epidermal tumorlardır.Tanı çoğu zaman klinik ve histopatolojik inceleme ile yapılabilmektedir. Ancak yüz ve boyun bölgesi kozmetik olarak önemli bir lokalizasyon olduğundan bu bölgeden alınan biyopsi sonrası ortaya çıkabilecek olan pigmentasyon bozuklukları, sikatris ve keloid oluşumu gibi komplikasyonlar nedeniyle biyopsi kararı alınırken hem hastalar hem hekimler endişe duymaktadır.[3] Literatürde V.S. klinik alt tipleri ayırıcı tanısında dermatoskopik bulguların sensitivitesi ve spesifitesi ile ilgili yapılmış olan sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır ve sonuçlar yetersizdir. Bu nedenle bu konuda ileri araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

AMAÇ

Araştırmamızda, V.S. klinik alt tiplerinde dermatoskopik bulguları tanımlamak ve bu bulguların ayırıcı tanıdaki yerini belirlemeyi amaçlamaktayız. Elde ettiğimiz sonuçların bundan sonraki hasta gruplarımızda uygulanabilir olacağını ve dermatoskopinin bu hasta gruplarında tanıda önemli araç olacağını düşünmekteyiz.

GENEL BİLGİLER

VERRUCA SEBORRHEİCA

1.Tanım

V.S. epidermal keratinosit proliferasyonu ile oluşan,>50 yaş daha sık görülmesine karşın genç yaşlarda da ortaya çıkabilen, benign karakterli bir epidermal tumordur. [1]
Sinonimleri; senil wart, senil verru, seboraik verruka, bazal hücreli akantom, benign akantokeratom, bazal hücreli papillom.[2]

2.Epidemiyoloji

V.S. en sık görülen deri tumorlarındandır, bir kez oluşmaya başlayınca kişinin hayatı boyunca yeni lezyonlar çıkmaya devam eder. Beyaz ırkta daha sık rastlanır. Erkeklerde ve kadınlarda eşit oranda görülür.[1,4] V.S. varyantı olan dermatozis papüloza nigra sıklıkla siyaj ırkta görülmektedir.[1,4] Kwon ve arkadaşlarının 40-70 yaş arası 303 Koreli erkek hastada yapmış olduğu çalışmada prevalans %88, 1 olarak bulunmuştur.[5] Avustralya'da yapılan başka bir çalışmada da 15 ile 30 yaş arasında V.S. görülme sıklığı %23, 5 olarak belirlenmiş fakat cinsiyetler arası fark bulunmamıştır.[4] V.S.ların ılıman iklim (hem kış, hem yaz iklim özelliklerinin her ikisinin de görüldüğü iklim kuşağı) bölgelerinde yaşayan insanlarda 5. dekatta oluştuğu, tropikal iklim (sıcaklık ortalamasının bütün yıl boyunca 20°C'nin üstünde olduğu ekvatoriyal iklim ile çöl iklimi arasındaki iklim kuşağı) bölgelerinde yaşayanlarda daha erken yaşta görüldüğü belirtilmiştir.[1,3] Avustralya'da Gill ve arkadaşlarının 107 hasta üzerinde yapmış olduğu bir çalışmada V.S. sıklığı 15-19 yaşları arasında %15.7, 25-30 yaşları arasında ise %32. 3 oranında bildirilmiştir.[3]

3.Etyoloji Ve Patogenez

V.S. etyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte oluşumunda bazı faktörler üzerinde durulmaktadır.[4]

3.1.Genetik

Çok sayıda V.S.si olanlarda sıklıkla pozitif aile öyküsü mevcuttur. V.S.'ların otozomal dominant kalıtımla geçtiği düşünülmektedir.[2,15] Ayrıca bazı genlerde mutasyonlar saptanmıştır. Fibroblast Growth Faktör Reseptör 3 (FGFR3) geninde mutasyon V.S. oluşumunda önemli role sahiptir.[71] Başka çalışmalarda da V.S'ın %40- 85 inde FGFR3 mutasyonu rapor edilmiştir.[7, 13] Klas 1 fosfatidil inisitol 3-kinaz (PIK3CA)'ın alt grubu olan katalitik p110'nu kodlayan PIK3CA geninde mutasyon da V.S. patogenezinde rol oynamaktadır. Bu mutasyon aynı zamanda kolon, meme, safra kesesi gibi malign tümörlerde de bulunmaktadır. FGFR3 ve PIK3CA arasında bir ilişki saptanmamıştır ve halen histopatolojik subtiplerini belirleyen faktörler net değildir.[2] Kore'de yapılan bir çalışmada da V.S. lezyonu ile normal deri karşılaştırılmış ve V.S. lezyonlarında tümör süpresör gen olan 'glioma tümör süpresör candidate region gen 2' (GLTSCR2) ekspresyonunda azalma tespit edilmiştir.[11]

3.2.Ultraviyole

Tropikal iklimlerde daha sık görülmesi ve daha erken yaşta başlamaları nedeni ile güneş ışığının V.S. gelişiminde bir risk faktörü olduğu düşünülmektedir.[1] Kwon ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada güneş ışığına daha fazla maruz kalan yüz, boyun, ellerin dorsal yüzleri ve kolların dış bölgesinde V.S. prevelansı %80.5, gövde, kolların iç yüzü ve bacaklarda V.S. prevelansı %60.4 olarak bulunmuştur.[9] Yeatman ve arkadaşları da Avustralya'da yapmış oldukları bir çalışmada, V.S.'lerin el sırtı ve baş-boyun gibi güneş gören bölgelerde daha fazla sayıda bulunduklarını saptamışlardır.[14] Aynı çalışmada ayrıca güneş gören yerlerde oluşan V.S. lezyonlarının, güneş görmeyen bölgelerde oluşan V.S.'lere göre daha büyük oldukları tespit edilmiştir. Kanada'da yapılan bir çalışmada da vücudun güneş gören bölgelerinde çok sayıda V.S. oluşurken, ani güneş yanıklarıyla V.S. arasında ilişki saptanmamıştır.[2] Hollanda'da yapılan benzer bir çalışmada ise; ultraviyole ve V.S. arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.[15]

3.3.Human Papilloma Virüs (HPV)

V.S.'lerin verrüköz görünümlerinden dolayı etyolojide HPV etkisi olabileceği düşünülmüştür. Verrucaların travmaya uğrayan alanda çizgisel olarak seyreden formu, V.S.'lerin lineer tipine benzemektedir. Verrucalarda olduğu gibi küçük V.S. lezyonları da kendiliğinden gerileyebilir. Verrucaya benzer şekilde immün sistemi baskılı hastalarda aniden, yaygın ve çok sayıda V.S. lezyonu ortaya çıkabilir.[16] Dikkatli histopatolojik incelemeyle V.S.'lerde verruca vulgariste görülen fokal koilositoz izlenebilir.[14] V.S. ve verrucalar arasında tüm bu klinik ve histopatolojik benzerlikler, V.S. etiyolojisinde verrukalarda olduğu gibi Human Papilloma Virüslerinin (HPV) rol oynayabileceğini düşündürmektedir Yapılan bir çalışmada nongenital 173 V.S. ve 173 normal deri örneği karşılaştırılmış ve normal deride elde edilen örneklerde HPV negatif iken, 173 V.S.'nin 34 'ünde HPV pozitif olarak tespit edilmiştir.[16] Gushi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise genital bölge dışında yerleşmiş 104 V.S. lezyonunda immünohistokimyasal olarak %28.8, polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) ve southern blot hibridizasyonla %91.3 oranlarında HPV DNA'sı saptanmıştır. Yirmi kişiden oluşan kontrol grubunda ise tüm vakalarda HPV DNA negatif saptanmıştır.[18]

3.4. Herpes Simpleks Virüs (HSV)

Literatürde sadece V.S.'ler ile HSV infeksiyonu ilişkisinin incelendiği çalışma yoktur. Rady PL ve arkadaşlarının immunsüprese transplantasyon hastalarında yaptıkları çalışmada V.S., bazalyoma, spinalyoma, aktinik keratoz,verruca vulgaristen oluşan 33 lezyonda HSV DNA incelemiş %82 oranında pozitif bulmuştur. [19]

3.5. Maligniteler Ve Epidermal Büyüme Faktörleri

İnternal malignitelerden özellikle adenokarsinomaların seyrinde, hastada çok sayıda V.S.'nin hızla ortaya çıkmasına Leser-Trelat belirtisi adı verilmektedir. En sık mide adenokarsinomu ile ilişkilidir. Kolon, meme, prostat, myeloid lösemi, malign melanom, spinalyoma, mikozis fungoides,Sezary sindromu, nörofibrosarkom, hepatom, osteojenik sarkom ile birlikteliği bildirilmiştir.[2, 4, 17] İç organ maligniteleri ile ilişkili olan V.S.'lerin gelişiminde tumor hücrelerinden salgılanan büyüme faktörleri rol oynayabilir. Yapılan çalışmalarda büyüme gösteren V.S.'lerin bazal ve spinöz tabakalarındaki epidermal büyüme faktör reseptörlerinin arttığı bulunmuştur.[20, 21]

Aynı şekilde Leser-Trelat belirtili olan hastalarda epidermal büyüme faktör α(EGF-α), EGF reseptörü, immünreaktif büyüme hormonu ve idrarda transforme edici büyüme faktör α (TGF- α) artışı gözlenmiştir.[25] V.S.lezyonlarının tumorun sağaltımı ile gerilerken, rekürrensiyle tekrar ettiği görülmüştür.

3.6. İnflamatuvar Deri Sayrılıkları

İnflamatuvar kutan sayrılıkların seyri sırasında V.S.'lerin sayısında hızlı bir artış meydana gelebilir. Ayrıca inflamatuvar dermatozlar özellikle V.S.'lerin bulunduğu bölgelerde yerleşme eğilimindedir.Eruptif V.S.olarak adlandırılan bu tablo, eritrodermiye yol açan inflamatuvar dermatozlar sonucunda ortaya çıkmaktadır. Bu sayrılıkların tedavisiyle birlikte V.S.'lerin de gerilediği görülmüştür. [17, 23]

3.7. Gebelik

Gebelik sırasında V.S.sayı ve büyüklüğünde artış meydana gelebilir.Gebeliğin sonlanmasıyla lezyonların gerilediği görülmüştür.Bu artışın EGF reseptör yoğunluğunda artış ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Gebelerde ve seks steroid hormon tedavisi alan hastalarda, büyüyen V.S.lezyonlarında suprabazal keratinositlerindeki EGF reseptör konsantrasyonunun arttığı saptanmıştır.[16]

3.8. Melanosit Hiperplazisi

V.S.'lerde melanosit hiperplazisi sık olarak izlenmektedir. Melanositlerin veya melanosit kaynaklı büyüme faktörlerinin V.S.gelişiminde rol oynadığı ileri sürülmüştür. Yine de aralarındaki ilişki tam açıklığa kavuşmamıştır. [17]

3.9. Pitrosorum Ovale

V.S.'nin rutin histopatolojik kesitlerinde pitrosporum saptanması araştırıcıları V.S.ile pitrosporum birlikteliğini araştırmaya yöneltmiştir. Borenstein ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, V.S.hastalarında, kontrol grubuna göre anlamlı oranda pitrosporum saptamışlardır. [30]

4.Klinik

V.S.genellikle 3. dekaddan sonra ortaya çıkar. Daha küçük yaşta görülmesi ise oldukça nadirdir. Kadınlar ve erkekler eşit oranda etkilenir. Beyaz ırkta daha sık,siyah ırk ve kızılderililerde ise daha nadir görülür.[11, 17] Vücudun hemen her bölgesinde oluşabilmekle beraber avuç içi, ayak tabanı ve mukozalarda görülmez. Lezyonlar sırt ve baş gibi seboreik bölgelerde daha sık görülür. Gövdede çok sayıda bulunduklarında Blaschko çizgilerine parelel yerleşerek 'çam ağacı' görünümüne yol açabilirler.[1, 17,31] Göz kapaklarında ve büyük fleksural alanlarda V.S.'ler pedünküle olabilir ve friksiyon nedeniyle daha az keratotik olabilirler.[1, 12] Literatürdeki çalışmalarda konjunktiva, dış kulak kanalında yerleşim de bildirilmiştir.[32, 33] Genital bölgede dev boyutlara ulaşabilirler.[34] Buna ek olarak, V.S.lezyonlarının el sırtı ve baş-boyun gibi güneş gören bölgelerde daha fazla sayıda oldukları belirtilmiştir.[1, 17] Bu nedenle UV ışınların etiyolojide rol oynadığı düşünülmektedir. V.S.tek, az sayıda veya yüzlerce olabilir.[13,17] V.S.tipik olarak düz, keskin sınırlı ve kahverengi makulalar şeklinde başlar zamanla papular bir görünüm alırlar ve pürtüklü bir yüzey oluşur. Genellikle mat ve cansız yüzeylidirler.[1, 17] Sıklıkla 30 yaşın üzerinde gözlenen lezyonlar gelişim evresine bağlı olarak makula,papula ve plaklar şeklindedir.[1, 4, 13] Verrüköz, polipoid veya saplı olabilirler. V.S.deri renginde, kirli sarı, açık kahverengi, koyu kahverengi, beyaz veya siyah renkte olabilir. Aynı lezyonda birkaç renk bir arada görülebilir. Yakından bakıldığında veya bir büyüteç yardımıyla incelendiginde papulaların üzerinde seçilen küçük, siyah noktacıklar keratin tıkaçlarıdır. Bu tıkaçlar çok geniş olduklarında lezyona serebriform bir görüntü kazandırırlar.Folliküler tıkaçlar V.S.'nin tipik özelliklerinden biridir. Koyu renkli lezyonda açık renkli tıkaçlar veya açık renkli lezyonda koyu renkli tıkaçlar şeklinde oluşabilirler.[1] V.S.'ler tüm bu özellikler nedeni ile deriye 'yapışık' gibi görülürler.[1, 17] Bu görüntü genellikle V.S.'yi diğer pigmente lezyonlardan ayırmada yardımcıdır. [13] Kabarık lezyonların yüzeyi sıklıkla ufalanır ve gevşek bir krut şeklinde dökülür.[12, 16] Lezyonların çoğunun büyüklüğü yaklaşık olarak 0.5 cm ile 1 cm arasındadır. V.S.'ler genellikle asemptomatiktirler.[1, 12] Fakat irritasyon ve infeksiyon sonrasında ödem, kanama, sızıntı, krutlanma,renkte koyulaşma ve kaşıntı olabilir.[1] Askari

ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada V.S.'lerin %41.1'i asemptomatik, %34.8' inde lezyon çapında değişiklik şikayeti, %16.1' inde kanama ve %13.4'ünde hassasiyet simptomları olduğu bildirilmiştir.[36] V.S.'ler büyüme eğilimleri nedeni ile lokalizasyonlarına bağlı olarak rahatsızlık oluşturabilirler. Üst göz kapağında yerleştiklerinde görmeyi, dış kulak yoluna yerleştiklerinde ise duymayı engelleyebilirler.[37] Ayrıca boyun ve bel çevresindeki lezyonlar elbiselere takılabilirler. Hastalar tarafından nevuslar ile karıştırıldığından malign melanom şüphesi ile endişeye yol açabilirler.[16, 17] İnternal malignitelerden özellikle adenokarsinomaların seyrinde, hastada çok sayıda V.S.'nin hızla ortaya çıkmasına Leser-Trelat belirtisi adı verilmektedir.En sık mide adenokarsinomu ile ilişkilidir.[47-50] Kolon karsinomu, meme karisnomu, prostat karisnomu,myeloid lösemi, malign melanom, skuamöz hücreli karsinom, mikozis fungoides, Sezary sindromu, nörofibrosarkoma, hepatoma, osteojenik sarkoma ile birlikteliği bildirilmiştir.[2, 4, 17, 26] V.S.'lerin kesin bir klinik sınıflaması olmamakla birlikte farklı klinik tipleri tanımlanmıştır.[1,16] Çalışmamızda V.S.'ler solid, yassı, pigmente tip olmak üzere üç grupta incelenmiştir.

- **Solid tip:** Klasik V.S.lezyonlarıdır. Klinik olarak keskin sınırlı, deriden kabarık, verrüköz yüzeyli,yuvarlak veya oval plaklar şeklindedir. Tek tip bazaloid hücrelerden oluşur. Keratin kistleri genellikle belirgindir.[1] Ayırıcı tanısında bazalyoma,bowen sayrılığı,fibrom,verruca vulgaris,kondiloma akuminata,aktinik keratoz yer almaktadır.[6]

- **Yassı tip:** Düz yüzeyli,sıklıkla açık kahverengi, deriden hafif kabarık düzensiz sınırlı plaklar şeklindedir. Özellikle yüzde yerleşir. Ayrı bir klinik tip mi yoksa başlangıç lezyonu mu olduğu tartışmalıdır.[2, 16] Ayırıcı tanısında verruca plana ve solar lentigo yer almaktadır.[6]

- **Pigmente tip:** Melanoakantoma olarak da adlandırılmaktadır. Koyu kahverengi veya siyah renktedir. Pigmentasyon bölgedeki melanositlerin aşırı melanin sentezleyerek bunu keratinositlere iletmesi ve sonuçta keratinosit sitoplazmasında bol miktarda melanin bulunmasıyla ilişkilidir.Ayırıcı tanısında malign melanoma, melanositik nevüsler,angiokeratoma ve pigmente bazalyomanın yer alması nedeniyle önemlidir.[1, 5,6,13]

5.Histopatoloji

V.S.bazal tabaka ile epidermisin keratinize yüzeyi arasındaki keratinositlerin miktarının artışıyla oluşur. İmmatür olan bu keratinositlerin arasında melanositler de prolifere olup keratinositlere melanin transfer edebilirler. V.S.'lerde melanosit miktarı ve pigmentasyon dereceleri çeşitlilik gösterir.[1, 5] V.S.tüm tiplerinde epidermal değişiklikler ön planda olup, ortak histopatolojik bulgular hiperkeratoz, akantoz ve papillamatozdur. Keratin tıkaçlı keseler olan pseudokistler, V.S.'nin sık görülen özelliklerinden biridir.[5,6,13] Bu küçük ve keratin yapıdaki pseudokistler, stratum korneum tabakasının invaginasyonu sonucu oluşurlar.[4,5,6] İmmatür hücre kitlesi içinde fokal keratinizasyon nedeniyle boynuzsu kistler oluşabilir. İmmatür keratinosit kitlesi içindeyken beyaz görünen fokal keratin odakları, yüzeyde oksijen ile temas ettikten sonra siyah renge dönüsürler. Çok sayıda olduklarında lezyona verrüköz veya serebriform bir görüntü kazandırırlar.[1, 5] Dermiste mononükleer hücrelerden oluşan hafif bir inflamatuar infiltrasyon nadiren epidermal bulgulara eşlik edebilir.

Histolopatolojik olarak tanımlanan alt tipler;

- Akantotik tip V.S.
- Hiperkeratotik tip V.S.
- İrrite V.S.ve inverted foliküler keratoz
- Retiküler tip V.S.
- Klonal tip V.S.
- Melanoakantoma

5.1. Akantotik tip V.S.

En sık rastlanan V.S.histopatolojik alt tipidir. Akantozdan dolayı epidermis kalınlaşmıştır. Keratin invajinasyonu sonucu oluşan yalancı boynuzsu kistlerin sayısı çoktur. Aynı zamanda gerçek boynuzsu kistler (ince bir granüler tabakası olan, tam keratinizasyon gösteren gerçek keratinleri) vardır.[1, 5] Sıklıkla hafif hiperkeratoz ve papaillamatöz saptanır.[6,38] Melanin miktarı diğer V.S.tiplerine oranla akantotik tipte daha çok miktardadır. Primer olarak keratinositlerde bulunurlar ve komşu melanositlerden transfer edilirler. Melanositler özellikle dermo-epidermal bileşkede lokalizedirler.[5] Dermiste sıklıkla mononükleer inflamatuar bir infiltrat vardır. İnfiltrasyon likenoid veya ekzematoid tipte olabilir.[5]

5.2. Hiperkeratotik tip V.S.

Morfolojik olarak akantotik tipin tersi şeklindedir. Hiperkeratoz ve papillamatöz belirgindir, akantoz ise çok belirgin değildir. Papillamatöz yapı kilise çanı görünümü oluşturur.[5] Bazaloid hücrelerin küçük birikimlerine birçok yerde rastlanabilmesine karşılık, epidermis çok sayıda skuamöz hücre içerir.[39] Kural olarak melanin miktarı fazla değildir. Yalancı keratin kistleri seyrektir.[5] Normal epidermiste, immünoreaktif trombomodulin boyamasıyla, sadece spinöz tabakada boyanma izlenir. Akantotik tip V.S.'da ise tüm tabakalarda homojen boyanma görülür. Hiperkeratotik V.S.'da da normal epidermistekine benzer şekilde spinöz tabakada boyanma izlenir. Bu farklılık, her iki tipin farklı orjinlere sahip olmasından kaynaklanmaktadır.[5, 6, 40]

5.3 Retiküler tip V.S.

Epidermisten aşağıya uzanan ince epitelyal kordonlar ile karakterizedir. Bu kordonlar çift sıra halindedirler ve daha çok bazaloid hücrelerden oluşurlar. Kistler bu alanlarda yaygın olarak bulunur.[5] Retiküler tip V.S. bazaloid yüzde yassı lezyonlar şeklinde görülür. Retiküler tip V.S.ile lentigo solaris arasında yakın bir ilişkinin hem klinik, hem de histopatolojik kanıtları vardır. Keratin ve yalancı keratin kistleri bulunmaz.[2,6]

5.4 İrrite tip V.S.

Ekzematöz değişiklikler tipik bir V.S.nin etrafında veya içinde meydana gelebilir. Bu reaksiyonun nedeni sıklıkla bilinmemektedir. Travma,biyopsi veya irritanlara maruziyet inflamasyona ve bazaloid tip hücrelerin skuamöz tip hücrelere transformasyonuna neden olabilir. Herhangi bir V.S.tipi irrite olursa skuamöz hücrelerin sayısı artar. Histolojik olarak irrite V.S., inflamatuar degisikliklerden başka soğan kabuğu tarzında dizili eozinofilik yassılasmış skuamöz hücrelerden oluşmuş çok sayıda helezon veya girdaplar gösterir. İrrite tip V.S.'de izlenen halka şeklindeki yapılar bazaloid hücrelerin skuamöz hücrelere doğru aktivasyonu sonucu gelişir. Bu tek ve yüksek derecede tanısal özellik irritasyon sonucu oluşur.[6]

5.5 Klonal tip V.S.

Epidermiste iyi sınırlı keratinosit yuvaları (nestler) mevcuttur. Bu kümeler,sıklıkla komşu hücrelerden daha soluk renklidirler. Fakat aynı zamanda melanositleri de içerebilirler.[6] Klonal V.S.de keratinositler arasında intersellüler köprüler vardır. Bazen yuvalar içerisinde soluk renkli, nükleusları koyu boyanan ve bazal hücreli karsinoma benzeyen alanlar gözlenir. Bu duruma Borst-Jadassohn efekti denir.[5]

5.6 Melanoakantoma

Melanositler ve keratinositlerin benign miks bir tümörüdür. V.S.'nin bu nadir histopatolojik alt tipi melanosit konsantrasyonunda belirgin artış ile diğer pigmente V.S.'lerden ayrılır.[6,13] Soliter, büyük, pigmente V.S.'ler melanoakantoma olarak bilinirler.[9] Melanositler büyük ve dendritiktirler, çok miktarda melanin içerirler. Melanositler tumor lobüllerinin bazal tabakasına sınırlı kalmayıp tümör lobülleri içerisine tamamen dağılmışlardır. Melanoakantomalar malign melanom endişesi nedeni ile çoğunlukla eksize edilirler.[1, 5, 13]

6. Tani ve Ayirici Tani

V.S.tanısı genellikle klinik olarak konur. Keskin sınırlı, yuvarlak veya düzensiz şekilli, bazen polipoid görünümlü, verrüköz yüzeyli, üzerinde keratin tıkaçları seçilebilen, kahverenginin çesitli tonlarındaki bu lezyon çoğunlukla tanıda şüpheye yer bırakmaz.[1, 13] Özellikle pigmente V.S.'nin tanısında ve diğer pigmente benign ve malign lezyonlardan ayırımında dermatoskopi oldukça yardımcı bir tanı yöntemidir . Oldukça basit ve invaziv olmayan bir yöntem olması dermatoskopinin uygulanmasını yaygınlaştırmaktadır. İnspeksiyon ile karşılaştırıldığında doğru tanı oranını, lezyonun tipine ve klinisyenin deneyimine bağlı olarak %5-30 arasında arttırdığı öne sürülmüştür.[42] Yapılan çalışmalarda ortak görüş V.S.lere dermatologlar tarafından yüksek oranda doğru klinik tanı konduğu, ancak şüpheli vakalarda biyopsi yapılması gerektigi yönündedir.[1, 2, 43] V.S.'lerde klinik tanı doğruluğu %99 civarında bildirilmesine rağmen bazı durumlarda tanıda zorluklar olabilir.[43] V.S.ayırıcı tanısında yer alan lezyonlar aşağıda özetlenmiştir.

V.S.ayırıcı tanısında yer alan lezyonlar ;

- Lentigo solaris
- Efelid
- Aktinik keratoz
- Verruka vulgaris
- Melanositik nevus
- Melanoma
- Bowen sayrılığı
- Spinalyoma
- Malign hidroakantoma simpleks
- Pigmente bazalyoma
- Akrokordon
- Ekrin poroma
- Meme başının nevoid hiperkeratozu
- Likenoid keratoz

7. Sağaltim

Malignite riski taşımamaları ve epidermiste sınırlı olmaları nedeniyle sağaltımlarında radikal davranmamak gerekir. V.S.sağaltımsız bırakılabilecek iyi huylu bir epidermal tumordur. Ancak kaşıntılı, irrite olmuş veya inflamasyonlu lezyonların varlığında, hastanın kozmetik olarak rahatsız olduğu durumlarda sağaltım uygulanabilir. Literatürde nadir olarak bazalyoma,bowen hastalığı, Paget hastalığı veya melanomalar ile ilişkili verruca seborrheica olguları bildirilmiştir.[51-57,61,66] Klinik olarak malignite şüphesi olan lezyonlarda eksizyon yapılmalıdır. Ayrıca, lezyonda irritasyon bulguları varsa ve hastayı kozmetik açıdan rahatsız ediyorsa aşağıda belirtilen sağaltım yöntemlerinden uygun olanı seçilebilir. Bununla birlikte, bu sağaltımların hiçbiri randomize çalışmalarda yeterince değerlendirilmemiştir. Terapinin seçimi genellikle lezyonun boyutuna, kalınlığına, hastanın cilt tipine ve klinisyenin klinik deneyimine dayanır.[1, 12, 13,16]

7.1 Kriyoterapi

V.S. sağaltımında önemli bir seçenektir.[78] Özellikle düz veya ince lezyonlar için en sık kullanılan sağaltım yöntemidir. Kriyoterapi ancak klinik tanı şüphe yoksa kullanılmalıdır.Sıvı azot (-195.8°C) kullanılarak yapılan bir sağaltım şeklidir. Çoğunlukla 5-15 saniyelik tek uygulama yeterli olmaktadır ve lezyonun etrafında 1-2 mm'lik donma halkası sıklıkla yeterlidir. Lezyonların büyüklüğüne ve yerleşimine göre tek seansta birden fazla lezyon tedavi edilebilir.Rezidüel lezyon kaldığında veya rekürrens izlendiğinde tekrar kriyoterapi uygulanabilir.Uygulama sonrası postinflamatuvar hiperpigmentasyon veya hipopigmentasyon gelişebilir.[13, 58,59,60]

7.2 Elektrokoter

Elektrik akımı sonucu oluşan ısı enerjisiyle lezyonun tahrip edilmesidir.Uygulama sonrası hipertrofik veya atrofik skatris ile hipopigmentasyon veya hiperpigmentasyon oluşabilir.[17, 59]

7.3 Küretaj

Özellikle ufak, yüzeyel, yumuşak kıvamdaki lezyonlarda uygulanır. En sık kullanılan kaşık şekilli küret ve açık başlı delikli kürettir. Lezyonu çevre dermisten ayırır. Tedavi sonrası skatris oluşabilir.[1, 13 , 17, 59]

7.4 Cerrahi Eksizyon

Cerrahi eksizyon bistüri veya punch kullanılarak lezyonun kesilerek çıkarılmasıdır. Cerrahi eksizyon sonrası çıkarılan lezyondan histopatolojik inceleme yapılabilir. Özellikle V.S.tanısının kesin olmadığı ve malignite şüphesi olan lezyonların histopatolojik inceleme amacıyla çıkarılması önerilmektedir. Skatris gelişimi sıktır. [17, 59]

7.5. Lazer

Karbondioksit (CO2) lazer, Erbium:Yttrium-Aluminum-Garnet (Er:YAG) lazer, 755 nm aleksandrit lazer ve 532 nm diyot lazer de dahil olmak üzere çeşitli lazerler, V.S.sağaltımında kullanılmıştır.[69,71,73] CO2 lazerle yan etki olarak; ağrı, ödem, uzamış eritem, pigmentasyon bozuklukları, skatris gelişimi ve enfeksiyon görülebilir.[69] Er:YAG lazer CO2 lazere göre daha az ağrılı, komplikasyon riski daha düşük ve iyileşme daha hızlıdır.[1] Alexandrite ve 532 nm diode lazer ile de başarılı sonuçlar bildirilmiştir.[59, 62, 63]

7.6 Vitamin D3

Keratinositlerin apopitozunu sağlayarak etkili olduğu düşünülmektedir. 3- 12 ay süreyle, günde bir veya iki kez uygulanma sonrası, hastaların 1/3'ünde tam veya tama yakın iyileşme izlenmiş, ancak 1/4'ünde yanıt alınamamıştır.[2, 59, 60, 64,77]

7.7 Tazaroten

Yapılan çalışmalarda günde 2 kez uygulama ile 15 hastanın 7'sinde iyileşme izlenmiş, ancak yüksek oranda irritasyon görülmüştür.[2, 42, 60,78]

7.8. Keratolitik Sağaltım

Yapılan bir çalışmada hiperkeratotik V.S. lezyonlarda topikal %50 üre ile 6 haftalık oklüzyon sonucu lezyonların kalınlıklarında belirgin azalma izlenmiştir.[65]

7.9.Diklofenak Jel

PGE2 sentezini inhebe ederek etki gösteren NSAİİ'dir.Aktaş ve ark yaptığı bir çalışmada topikal %3 diklofenak jelin günde 2 kez uygulaması ile 1 ay sürede lezyonların tamamen gerilediği izlenmiştir.[75]

7.10 Diğer Sağaltım Seçenekleri

Ayrıca topikal imiquimod,topikal dobesilat,topikal benzoil peroksit olgu bazında kullanılan diğer topikal sağaltım seçenekleridir ve çalışmalarda yaygın lezyonları olan hastalarda sistemik itraspor, sistemik asitretin kullanılmıştır.
[1, 61,76, 78]

8. Verruca Seborrheicada Dermatoskopi

Dermatoskopi;‘epilüminesans mikroskopi’, ‘dermatoskopi’ ve ‘amplifiye yüzey mikroskopisi’ olarak da adlandırılan deride çıplak gözle göremediğimiz bazı morfolojik yapıların değerlendirilmesine olanak sağlayan invaziv olmayan bir yöntemdir.Dermatoskopi (dermatoscopia) dermato ve scopia sözcüklerinden oluşan ve ‘deri bakısı’ anlamı taşıyan bileşik bir sözcüktür. Deri yüzeyi mikroskopisi ilk olarak 1663’de Johan Christophoru Kolhaus’un tırnak yatağındaki kan damarlarını incelemesi ile başlamıştır. Dermatoskopi terimi ilk olarak 1920’de Johann Saphier tarafından kullanılmıştır. 1950’lerde Leon Goldman tarafından da bu tekniğin pigmente lezyonlarda, bazı dermatozların ve tümörlerin tanısında kullanılabileceği önerilmiştir.[65,70] Dermatoskopi inspeksiyon ile karşılaştırıldığında tanı doğruluğunu %5-30 oranında arttırır ve %89 oranında tanısal sensivitesi vardır.[65,70] Epidermiste renk ve yapıyı belirginleştirir, dermoepidermal bileşkeyi ve papiller dermisi görünür hale getirir. Dermatoskopi basit bir büyüteç değildir. Deri tabakalarındaki üst üste binmiş yapıların değerlendirilmesine izin veren gelişmiş elle kullanılan bir alettir.Dermatoskopi yöntemi deri yüzeyinin, ışığın kırılmasını, sapmasını ve yansımasını önleyecek şekilde düzleştirilmesinden sonra, yeterli ışıklandırma

altında dökülerin büyütülerek incelenmesi ve gerekli görülürse belgelenmesini içerir.Teknik olarak yöntemi sırasıyla sıvı uygulaması, diaskopi, aydınlatma, unilokular ya da binokular olarak görüntü sağlama ve belgeleme işlemleri oluşturur. Kırılma indeksi ve optic yoğunluğu havadan farklı olduğu için stratum korneum yüzeyine gelen ışığın bir kısmi emilir, bir kısmı dağılır ya da yansıtılır. Deri yüzeyi düzensiz ise ışık daha çok yansıma eğiliminde olmakta ve epidermis, dermal yapılara giren ışığın miktarı azalmaktadır. Bu durum özellikle dermoepidermal bileşke ve dermal yerleşimli dökülerin görüntülerinin net olarak elde edilememesine neden olur. İşte bu nedenle ışığın yansımasını, kırılmasını azaltmak amacıyla işlem öncesi döküye immersiyon yağı, alkol, su, gliserin, ultrason jeli gibi dermatoskopi camı ile cilt arasına yerleştirilen bir sıvı uygulanması önerilmektedir. Uygun immersiyon sıvısı seçimi ve optik sistemin doğru kullanımı yüzeye yakın damarlarda ve dermal yerleşimli dökülerde daha net bir görüntü elde edebilmek açısından önemlidir. Ancak geliştirilen polarize dermatoskopiler sıvı gerekliliğini ortadan kaldırmıştır. Diaskopi işlemi lezyon yüzeyindeki girinti ve çıkıntıları düzeltmek için lam ile yapılmaktadır.Stratum korneum ile optik bağlantı kurabilmek için ise yansıma indeksi 1.52 olan lam kullanılmaktadır.Bu arada damarları kollabe etmemek için dermatoskopiyi kullanan kişinin minimum basınç uygulaması da önemlidir.Aydınlatma için ise, bol ışık veren halojen lambalar kullanılmaktadır.[29] Pratikte dökülerin üzerine stratum korneumu berraklaştırmak amacıyla sıvı, damlatılıp lam ile kapatıldıktan sonra dökü ışık kaynağı ile 45 derece açıyla aydınlatılmaktadır.[29] Dermatoskopi ile 10X-100X arasındaki büyütmeler uygulanabilirse de en uygun büyütmenin 6X-40X arasındaki büyütmeler olduğu bildirilmiştir. Ancak Martin ve arkadaşları özellikle vaskuler yapıları görüntüleme 30X en uygun görüntüleme olduğunu ifade etmiştir.[27] Binokuler aygıtlar görüntüde derinlik algısını da oluşturarak üç boyutlu değerlendirmeye olanak sağlamaktadır. Dermatoskopik görüntüler gerekli görülürse fotograflanabilir veya depolama veya ardışık değerlendirmeler için digital olarak kaydedilebilir.[(29)] Dermatoksopik bakıda kullanılan dermatoskopların analog veya dijital pek çok tipleri mevcuttur.[28] Dermatoskopinin temel kullanım alanı pigmentli deri dökületidir. Dermatoskopi ile bu dökülerin pigment içeriği ve vaskuler yapılarını incelenerek ayırıcı tanıları yapılmaktadır. Özellikle melanom riskinin arttığı çok sayıda normal ve/veya displastik nevus bulunan kişilerde yararlıdır.[29] Dermatoskopi melanositik lezyonlar dışında melanositik olmayan bazalyoma, V.S., dermatofibrom ve hemangiom gibi malign ve benign lezyonların tanınması ve ayırt edilmesinde yararlıdır. Dermatoskopi pigmente ve pigmente olmayan deri tumorlarının tanısında etkinliği kanıtlanmış bir yöntemdir. Dermatolojide kullanım alanları invaziv bir yöntem olmaması nedeniyle son yıllarda artmaktadır.Lezyonlar dermatoskopik olarak değerlendirildiklerinde ilk olarak iki basamaklı algoritmaya göre melanositik veya non-melanositik olduklarına karar verilir. Lezyonlar melanositik lezyon özellikleri olan pigment ağı, globüller, dallanmış uzantılar veya parelel patern varlığı açısından

değerlendirilir. Lezyonda bu yapılardan herhangi biri mevcut ise lezyon melanositiktir. Eğer dermatoskopik incelemede homojen mavi pigmentasyon varsa lezyon mavi nevus tanısı alır. Lezyonda melanositik özellikler yok ise non-melanositik lezyonların spesifik özellikleri açısından değerlendirilir.
Eğer lezyonda herhangi bir spesifik yapı yoksa tersi kanıtlanıncaya kadar melanositik olduğu düşünülür.[67] Lezyon melanositik olarak sınıflandırılırsa değerlendirmenin ikinci basamağında benign, şüpheli ve malign açılardan değerlendirilir. Bu değerlendirme için Patern analizi, ABCD kuralı, Menzies metodu ve 7-nokta kontrol listesi gibi birçok algoritma geliştirilmiştir. Özellikle dermatoskopiye yeni başlayanlar için basitleştirilmiş bir yöntem olan 3 nokta kontrol listesi bildirilmiştir. Non-melanositik lezyonlar için tanıda birinci basamak yeterlidir ve daha ileri algoritmalar yoktur.[41] V.S.tanısı genellikle klinik olarak konur. V.S.'de en sık görülen dermatoskopik özellikler komedo benzeri açıklıklar ve milia benzeri kistlerdir. Komedo benzeri açıklıklar (psödofolliküler açıklıklar) histopatolojik olarak epidermisin keratin dolu invaginasyonlarına karşılık gelir. Bu özellik papillomatöz melanositik nevuslarda da görülebilir. Milia benzeri kistler yuvarlak, küçük, beyaz veya sarı renkte intraepidermal keratin ile dolu kistlerdir. Histopatolojik olarak intraepidermal keratin kistlerini temsil etmektedir.[79] Bazı konjenital nevuslar ve papillomatöz melanositik nevuslarda da görülebilirler.[8, 70] V.S.'da sık görülen diğer bir dermatoskopik özellik irregüler, lineer şekilli ve keratin ile dolu fissürlerdir. Fissürler çok sayıda olduklarında lezyona 'beyin benzeri' bir görünüm verirler.[8, 70] Sosis parmaklar da V.S.'deki tipik dermatoskopik yapılar arasındadır. Serebriform yüzeyli V.S. girus kısmına denk gelmektedir. Kahverengi, mavi, hipopigmente (amelanotik) renklerde olabilirler. Lineer (uzun parmak), semilineer (kıvrılmış parmak), dallanmış (2 veya 3 komşu parmak, 'V' veya 'W' şeklinde) ve oval-sirküler (parmak uçları) şekilde olabilirler. Komedo benzeri açıklıklar, milia benzeri kistler gibi klasik bulgular V.S.görüntüsü olmayan lezyonlarda tanıda yardımcıdırlar. İntradermal nevus, konjenital melanositik nevus, spitz nevus, dermatofibrom ve melanom gibi serebriform yüzeyli herhangi bir lezyonun dermoskopik yapıları, sosis parmaklara bazı benzerlikler gösterebilir. Erken V.S.ve solar lentigoda sosis parmak görülmez.[8,12,70]Ayrıca lezyonlardaki vasküler yapılar da dermatoskopi ile değerlendirilebilir.[72] Pigmente V.S.'de lezyonun periferinde 'saç tokası kan damarları' şeklinde spesifik vasküler yapılar bulunabilir. Karaarslan ve arkadaşları yapmış oldukları bir çalışmada % 1.4 oranında saç tokası şeklinde damar yapısı ile % 4 oranında polimorf atipik damar yapısı tespit etmişlerdir.[27,74] Lezyonda saç tokası kan damarlarının irregüler olması malign melanomu da ayırıcı tanıda akla getirmelidir.[72] Braun ve arkadaşlarının yaptığı 203 pigmente V.S'nın incelendiği çalışmada en sık saptanan dermatoskopik özellikler; komedo benzeri açıklıklar (%71), milia benzeri kistler (%66), saç tokası kan damarları (%63)'dır.Pigment ağı; bronz, diffüz pigmente zemin üzerinde kahverengi renkte birbiriyle bağlantılı çizgiler ağı olarak tanımlanır. Melanositik

lezyonların özelliği olmakla beraber V.S., solar lentigo, dermatofibrom ve aksesuar meme başında da görülebilir. Braun ve arkadaşları 203 V.S.'de %46 oranında ağ benzeri yapı bulduklarını bildirmişlerdir.[8] Ancak bu yapıların klasik pigment ağı olmayıp sadece benzediğini, ağ çizgilerinin sıklıkla hiperpigmente, ağ gözlerinin ise çok daha büyük olduğunu ve histopatolojik olarak dermal papilla uçlarına değil lineer keratin tıkaçlarına yani fissürlere karşılık olduğunu belirtmişlerdir.[7] Erken V.S. ve solar lentigoda görülebilen diğer bir pigment ağı tipi de 'parmak izi' paternidir. Burada ağ yapısı açık kahverengi ve ince yapıdadır. Ayrıca yine erken V.S. ve solar lentigo görülen Braun ve arkadaşları tarafından 'güve yeniği sınırları' tarif edilmiştir.[8] Mavi-beyaz yapı, herhangi tipteki bir mavi ve/veya beyaz renk olarak tanımlanır. Mavi-beyazımsı peçe ve regresyon yapılarının kombinasyonunu temsil eder. Karaarslan ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada 214 V.S.'nin ikisinde mavi-beyaz yapı saptanmış ve belirlenen mavi-beyaz renk, hiperkeratotik epidermis altındaki dermiste, melanin pigment birikimine bağlanmıştır.[74] Ayrıca V.S.'da globül benzeri yapıların görülebildiği bazı olgu sunumlarında bildirilmiştir ve bu yapıları histopatolojik olarak pigmente intraepitelial keratin kistlerinin veya epidermisteki pigmente bazaloid hücre yuvalarının karşıtı olduğu bildirilmiştir.[68,79] Yine Karaarslan ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada %9.4 oranında globül benzeri yapı saptanmıştır.[74] V.S., vulva gibi atipik yerleşim bölgelerinde maserasyon ve friksiyon nedeni ile tipik klinik ve dermatoskopik özelliklerini göstermeyebilir ve malign melanom ile karıştırılabilir. Bu lezyonların tanısında yalancı pigment ağı varlığı yardımcı olabilir.[44] Sonuç olarak dermatoskopi, pigmente deri lezyonlarının ayırıcı tanısında spesifik algoritmaları ve özellikleri ile dermatoloji pratiğinde önemli bir tanı aracı olarak yerini almıştır.

8.1.Dermatoskopide Tani Ölçütü Olan Bulgular

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

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

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

8.2.Verruka Seborrheica'da Görülebilen Dermatoskopik Yapılar

Noktasal Damarlar: Yoğun olarak birbirine yakın veya yan yana dizilmiş küçük kırmızı noktalar. [27,35,38]

Globül Benzeri Damarlar: Noktasal damarlardan daha büyük, kümeler halinde sıralanan ve sarmal görünümlü damarlar. [27,35,38]

Firkete Damarlar: Sıklıkla keratinize tumorlarda görülen beyazımsı halo ile çevrili eğilmiş bükülmüş vaskuler yapılar.[27,35,38]

Lineer/İrreguler Damarlar: Doğrusal ya da hafif kavisli, düzensiz şekil ve boyutlu dağınık kırmızı yapılar. [27,35,38]

Virgül Damarlar: Kalın kırmızı lineer bir çizgiden daha ince kavisli bir çizginin dallanması şeklinde görülür. [27,35,38]

Dallanan Damarlar: Lezyonun merkezine ulaşmayan periferik dallanan damarlar. [27,35,38]

Siyah Globuller: Çapı 0.1 mm'den büyük, kahverengi, siyah renkte yuvarlak/oval, iyi sınırlı yapılardır.[24,68] Histopatolojik olarak epidermis ve dermisteki atipik melanositik yuvaları temsil eder.[79]

Siyah Noktalar: Çapı 0.1 mm'den küçük, kahverengi, siyah renkte yuvarlak yapılardır.[24,68,70] Histopatolojik olarak dermisteki pigmente makrofajları ve epidermisteki tekli yada küçük agregatlar şeklinde bulunan melanom hücrelerini temsil eder.[79]

Komedo benzeri açıklıklar:Lezyon yüzeyindeki siyah nokta benzeri tıkaçlardır.Histopatolojik olarak epidermal invaginasyonlarda ve dilate folikuler açıklıklarda yerleşmiş keratin tıkaçları ifade eder. [7,8,22,79]

Milia benzeri kistler:Sarı beyaz renkte parlak oval/yuvarlak şekilli yapılardır. Küçük yıldızsı ve büyük bulutsu kistler olarak ayrılırlar.Histopatolojik olarak intraepidermal keratin kistlerini temsil eder. [7,8,22,79]

Tipik Pigment ağı:Açık kahve difüz bir pigmentasyon zemini üzerinde pigmente çizgiler ve hipopigmente deliklerden oluşan bal peteği görünümüdür.Histopatolojik olarak dermoepidermal bileşkedeki melanosit hiperplazisi ile ilişkilidir.[22-24]

Atipik Pigmet ağı:Ağ atkılarının açık renkte ağ gözlerinin koyu renkte olduğu ağ görünümüdür.Histopatolojik olarak daha az pigmente özellikteki uzamış rete uzantılarını temsil etmektedir.[22,79]

Güve yeniği kenar:Lezyon kenarındaki keskin kenarlı konkav girintilerdir.[22]

Beyin benzeri görünüm:Kabarıklıklar arasında koyu kahverengi oluklar ile beyin benzeri görünüm oluşumudur.[8]

Ekzofitik papiller yapılar: Genellikle kabarık lezyonlarda görülen yanyana toplanmış kubbe şeklinde papilliform yapılardır.Histopatolojik olarak papillomatozisi temsil etmektedir. [22,79]

Tombul parmak görünümü: V.S.'lerin serebriform yüzeyinde girusların oluşturduğu kalın lineer dallanmış veya kavisli yapılardır. [22]

Jöle bulgusu:Jöle yayması gibi gözüken deri yüzeyindeki açık kahverengi pigmentasyondur.Yassı V.S.lerde görülebilir. [8,22]

Hiperkeratoz: Beyaz homogen yapılardır. [22]

Açik kahverengi parmak izi alanlar:İnce açık kahverengi paralel çizgilerden oluşan ağ benzeri yapılardır. [22]

Beyaz skar benzeri alanlar:Çevre deriden daha beyaz homogen alanlar olup histopatolojik olarak papiller dermisteki fibrozisi gösterir**.** [79]

Yalancı ağ yapısı: Adneksiyel açıklıklar tarafından bölünmüş difüz pigmentasyonlardır.Sıklıkla fasyal lezyonlarda görülür. [22]

MATERYAL VE METOD

Çalışmaya 01.06.2015-01.09.2017 arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları polikliniğine başvuran, 18 yaş üzerinde klinik bulgularla tanısı konmuş 42 solid tip, 31 yassı tip ve 47 pigmente tip V.S. hastası çalışmaya alınmıştır.Çalışmaya katılan tüm hastalara çalışma ile ilgili bilgi verilmiş ve aydınlatılmış onam formu imzalatılmıştır.18 yaş altı olgular, ve bilişsel ve fiziksel olarak asgari aydınlatılmış onam vermeye ehil olmayan olgular çalışma dışında bırakılmıştır.Çalışmaya alınan her bir hastanın adı/soyadı, yaşı, cinsiyeti, değerlendirmeye alınan lezyonun yerleşimi, sayısı,klinik rengi ve boyutu kaydedilmiştir.Hastaların lezyonlarına Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı bünyesinde bulunan polarize olmayan dijital dermatoskop (MoleMaxII) kullanılarak dermoskopik bakı yapılmıştır. Her olguda gözlenen klinik bulgular ve dermoskopik bulgular olgu rapor formuna kayıt edilmiştir. Kullanılan dermoskop cihazının, kontakt bir dermoskop olması nedeniyle, deri ile direk teması bulunmaktadır. Araştırma sırasında kontaminasyon ve bulaş riskini azaltmak amacı ile, rutin uygulamada da yaptığımız şekilde dermoskopi probunun ucu her hastadan sonra %70'lik alkol ile temizlenmiş ve sonrasında 20 dakika beklenmiştir.Dermotoskopik incelemelerde kullanılan Dijital dermatoskop (MoleMax II), özel tasarlanmış mercek sistemi, renkli mikro video kamera (752 yatay x 582 düşey,440000 pixel çözünürlük, 1/3 inch görüntü algılayıcı), ışık toplayıcı aygıt ve fiber optik sistemden oluşmuş el mikroskopu, otomatik-odaklayıcılı makro görüntü kamerası, elektronik kameralı merkezi ünite, 17 renkli monitor ve MoleMax II yazılım paketinden oluşmaktadır. MoleMax II'nin 9 mercekten oluşan makro görüntüleme kamerası ile X12 otomatik büyütme kapasitesi ve 4 merceği bulunan el mikroskopu ile X 30, 40, 80 büyütme ve 10 mm çaplı alanı inceleme kapasitesi bulunmaktadır. Araştırma sonunda elde edilen verilerin değerlendirilmesi için istatistiksel analizler SPSS 22 versiyon kullanılarak yapılmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (Histogram) ve analitik yöntemlerle (Kolmogorov-Smirnow testleri) incelenmiştir. Tanımlayıcı analizler sürekli değişkenler için ortalama ve standart sapma, kategorik değişkenler için yüzde ile sunulmuştur. Bağımlı değişkenin bağımsız değişken ile karşılaştırılmasında kategorik değişkenler için ki kare, sürekli değişkenler için tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Tek yönlü varyans analizi için varyansların homojenliği Levene testi ile değerlendirilmiş ve gruplar arasında anlamlı fark bulunan durumlarda, ikişerli post-hoc karşılaştırmalar Dunnett testi kullanılarak yapılmıştır.$p<0.05$ değerleri anlamlı olarak kabul edilmiştir.

V.S. klinik alt tiplerinde incelenen dermatoskopik özellikler aşağıda özetlenmiştir:

V.S. lezyonlarında incelenen dermoskopik özellikler

Pigment ağı
-tipik
-atipik
Yalancı ağ yapısı
Komedo benzeri açıklıklar
Milia benzeri kistler
- Bulut Tip Milia
- Yıldız Tip Milia
Fissürler
Sarı opak alanlar
Kahverengi opak alanlar
Güve yeniği kenar
Keskin sonlanmalar
Sarımsı renk
Vaskuler yapılar(virgül,firkete,nokta şeklinde,globul benzeri,dallanan,atipik damarlar, telengiektaziler,lineer damarlar)
Fokal hemoraji
Jöle bulgusu
Beyin benzeri görünüm
Ekzofitik papiller yapılar
Tombul parmak görünümü
Mavi beyaz yapılar
Leke
-simetrik
-asimetrik
Hiperkeratoz
Açık kahve parmak izi benzeri alanlar
Peçe görünümü
Psodopod
Siyah globuller
Siyah noktalar
Mavi gri ovoid yapılar
Ülserasyo
Siyah mavi homogen alanlar
Sütlü pembe alanlar
Radial uzantılar
Beyaz skar benzeri alanlar

BULGULAR

Çalışmaya 18 yaş üzerinde 120 adet klinik olarak tanı konmuş V.S. hastası alındı. 120 adet V.S'nin 20 (%16,7) ’sinin gövde arka yüzde, 20 (%16,7) ’sinin gövde ön yüzde,19 (%15,8) ’unun yanak bölgesinde, 15 (%12,5) ’inin alın bölgesinde yerleştiği belirlendi.(Tablo 1) Çalışmaya alınan 120 hastanın 72(%60)'si kadın, 48(%40)'i erkek cinsiyet olarak belirlendi.(Tablo 2)

Tablo 1.Klinik tiplerde lokalizasyon dağılımı

			KLINIK TIP			Total Tüm V.S.
			Yassi	Solid	Pigmente	
	Govde ön	Sayı (Yüzde)	4(%12,9)	9(%21,4)	7(%14,9)	20(%16,7)
	Govde arka	Sayı (Yüzde)	2(%6,5)	8(%19)	10(%21,3)	20(%16,7)
	Alin	Sayı (Yüzde)	5(%16,1)	6(%14,3)	4(%8,5)	15(%12,5)
	Yanak	Sayı (Yüzde)	8(%25,8)	5(%11,9)	6(%12,8)	19(%15,8)
	Sacli deri	Sayı (Yüzde)	2(%6,5)	3(%7,1)	10(%21,3)	15(%12,5)
Total		Sayı (Yüzde)	31(%100)	42(%100)	47(%100)	120(%100

Tablo 2. Cinsiyet dağılımı	Toplam	Yassi	Solid	Pigmente
Kadın	72(%60)	23(%74,2)	27(%64,3)	22(%46,8)
Erkek	48(%40)	8(%25,8)	15(%35,7)	25(%53,2)
Toplam	120(%100)	31(%100)	42(%100)	47(%100)

Tüm V.S. olguları incelendiğinde ortalama lezyon sayısı 3,76(+-6,66), ortalama horizontal çap 1,12(+-0,67), ortalama vertical çap 1,14(+-0,69) ve ortalama yaş 62,6(+-13,7) olarak bulundu. Çalışmadaki en genç hasta 25 en yaşlı hasta 88 yaşındaydı. (Tablo 3) Lezyon sayısı ve yaş değerlerinin ortalaması klinik tiplere göre belirlenmiş üç grupta karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı.Horizontal ve vertikal çaplar karşılaştırıldığında ise pigmente grubun horizontal çap ortalaması(p:0,001) ve vertikal çap ortalaması(p:0,002) yassı ve solid gruptan fazla ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu.(Grafik 1)

Tablo 3. Yaş, lezyon sayısı, lezyonun horizontol ve vertikal çapının tanımlayıcı bulguları					
	Sayı	Minimum	Maximum	Ortalama	Standart sapma
Lezyon sayısı	120	1,00	60,00	3,76	6,66
Lezyonun horizontal çapı	120	0,50	4,00	1,12	0,67
Lezyonun vertikal çapı	120	0,30	4,00	1,14	0,69
Yaş	120	25,00	88,00	62,67	13,76

Tüm V.S. olguları incelendiğinde en sık saptanan klinik renk açık kahverengi olarak saptandı.(%67,5)(Tablo 4) Tüm V.S. olguları incelendiğinde en sık saptanan dermatoskopik renk yine açık kahverengi olarak bulundu.(%75) (Tablo 5) Çalışmaya alınan V.S. olgularının %39,2'si pigmente, %35'i solid,%25,2'si yassı tip olarak gruplandırıldı.(Tablo 6)

Tüm V.S.'lerde saptanan dermatoskopik bulgular incelendiğinde en sık saptanan bulgular komedo benzeri açıklıklar (%90,8), kahverengi opak alanlar(%86,7), hiperkeratoz (%53,3),yıldızsı milia (%46,7), sarı opak alanlar (%46,7),jöle bulgusu (%43,3), parmak izi alanlar (%42,5) ve bulutsu milia (%30,8) olarak belirlendi.Radyal uzantı,ülserasyo,mavi gri ovoid yapılar,psodopod,peçe,arnavut kaldırım benzeri patern,yaprak benzeri alanlar,mavi beyaz yapılar,atipik pigment ağı hiçbir olguda izlenmedi. Damarsal yapılar değerlendirildiğinde tüm V.S.'lerde incelendiğinde en sık izlenen nokta damar(%7,5) ve firkete damar(%2,5) yapıları olarak saptandı.(Tablo 7)

Tablo 4:Tüm Lezyonlarda Klinik Renk Dağılımı		SAYI-YÜZDE
Açık kahve	Var	81(67,5)
	Yok	39(32,5)
Koyu kahve	Var	53(44,2)
	Yok	67(55,8)
Kırmızı	Var	3(2,5)
	Yok	117(97,5)
Beyaz	Var	5(4,2)
	Yok	115(95,8)
Mavi-gri	Var	0(0)
	Yok	120(120)

Tablo 5:Tüm Lezyonlarda Dermatoskopik Renk Dağılımı		SAYI(YÜZDE)
Açık kahve	Var	90(75)
	Yok	30(25)
Koyu kahve	Var	52(43,3)=
	Yok	68(56,7)
Kırmızı	Var	9(2,5)
	Yok	111(7,5)
Beyaz	Var	23(19,2)
	Yok	97(80,8)
Mavi-gri	Var	0(0)
	Yok	120(120)

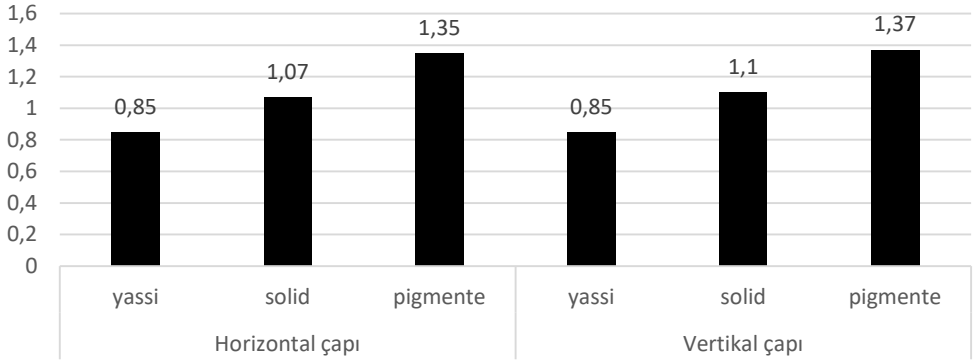
Yaş gruplarına göre V.S. klinik alt tiplerinin dağılımında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. (p=0.174). Klinik alt tiplerdeki yaş gruplarının yüzdeleri incelendiğinde solid ve pigmente alt tiplerin >65 yaş yassı tiplerin 45-65 yaş arası daha sık görüldüğü saptandı.(Grafik 2) Cinsiyete göre klinik tiplerdeki dağılım incelendiğinde kadınlarda solid tiplerin erkeklerde pigmente tiplerin oranı daha yüksek bulundu ve bu veriler istatistiksel olarak anlamlı saptandı.(p=0.042).(Grafik 3) Klinik alt tiplerde komedo benzeri açıklık incelendiğinde pigmente V.S.'lerde diğerlerine oranla anlamlı derecede fazla saptandı. (p=0.008).(Grafik4) Klinik tiplerinde yıldızsı milia incelendiğinde yıldızsı milia pigmente V.S.'lerde anlamlı derecede fazla bulundu.(p=0.023). (Grafik 5) Klinik tiplerinde bulutsu milia incelendiğinde ise pigmente V.S.'lerde bulutsu milia yüzdesi anlamlı olarak fazla bulundu. (p=0.043).(Grafik 6) Klinik tiplere göre sari opak alanlar ise yassı tip V.S.'de istatistiksel olarak anlamlı derecede fazla bulundu. (p=0.002).(Tablo 8) Klinik tiplere göre beyin benzeri görünüm yassı tipte istatistiksel olarak anlamlı derecede fazla bulundu. (p<0.001).(Tablo 9) Klinik tiplere göre siyah globul benzeri yapılar pigmente tipte istatistiksel olarak anlamlı derecede fazla bulundu. (p<0.001). (Tablo 10)
Klinik alt tiplere göre siyah noktalar pigmente tipte istatistiksel olarak anlamlı derecede fazla bulundu.(p:0.007).(Tablo 11) Klinik alt tiplere göre jöle bulgusu ise solid tipte istatistiksel olarak anlamlı derecede fazla bulundu. (p<0.001). (Tablo 12)

Klinik alt tiplerinde fissur (p=0.926), kahve opak alan (p=0.764), hiperkeratoz p=0.338), parmak izi (p=0.338) açısından ise istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

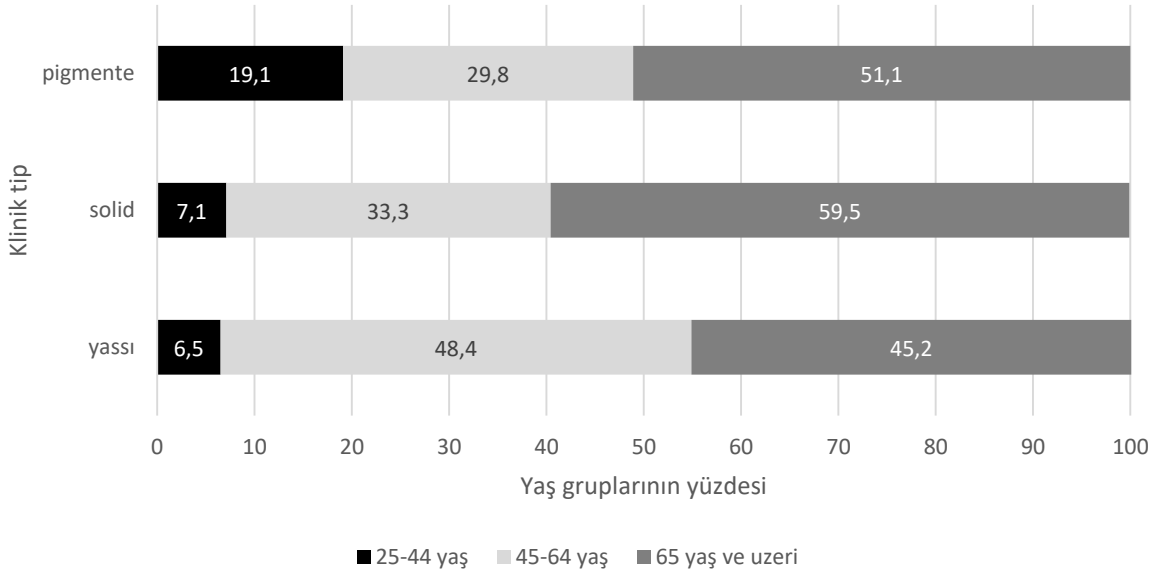
Tablo 6. Verruca seborrheica'nın Klinik Alt Tiplerinin Dağılımı		Sayı(Yüzde)
Klinik tipi	Yassi	31(25,8)
	Solid	42(35)
	Pigmente	47(39,2)
	Total	120(100)

Tablo 7. Verruca seborrheica'nın Dermatoskopik bulgularının dağılımı	Total Sayı(Yüzde)	Solid Sayı(Yüzde)	Yassı Sayı(Yüzde)	Pigmente Sayı(Yüzde)
Komedo benzeri açıklıklar	109(90,8)	39(92,9)	24(77,4)	46(97,9)
Yildizsi milia	56(46,7)	16(38,1)	21(67,7)	19(40,4)
Bulutsu milia	37(30,8)	12(28,6)	5(16,1)	20(42,6)
Fissur	38(31,7)	14(33,3)	9(29)	15(31,9)
Sari opak	56(46,7)	22(52,4)	21(67,7)	13(27,7)
Kahve opak	104(86,7)	36(85,7)	26(83,9)	42(89,4)
Güve yenigi	42(35)	10(23,8)	12(38,7)	20(42,6)
Keskin son	21(17,5)	3(7,1)	8(25,8)	10(21,3)
Sarimsi renk	25(20,8)	13(31)	5(16,1)	7(14,9)
Nokta damar	9(7,5)	5(11,9)	2(6,5)	2(4,3)
Telenjiektazi	10(8,3)	5(11,9)	4(12,9)	1(2,1)
Fokal hemoraji	21(17,5)	13(31)	0(0)	8(17)
Jöle bulgusu	52(43,3)	25(59,5)	1(3,2)	26(55,3)
Beyin benzeri	39(32,5)	8(19)	20(64,5)	11(23,4)
Egzofitik papiller	30(25)	16(38,1)	1(3,2)	13(27,7)
Tombul parmak	32(26,7)	12(28,6)	12(38,7)	8(17)
Parmak izi	51(42,5)	20(47,6)	10(32,3)	21(44,7)
Koyurenk	45(37,5)	4(9,5)	1(3,2)	40(85,1)
Siyah globul	39(32,5)	7(16,7)	5(16,1)	27(57,4)
Siyah nokta	41(34,2)	9(21,4)	8(25,8)	24(51,1)
Hiperkeratoz	64(53,3)	26(61,9)	14(45,2)	24(51,1)

Grafik 1. Klinik tiplere göre V.S'ların horizontal ve vertikal çap ortalaması

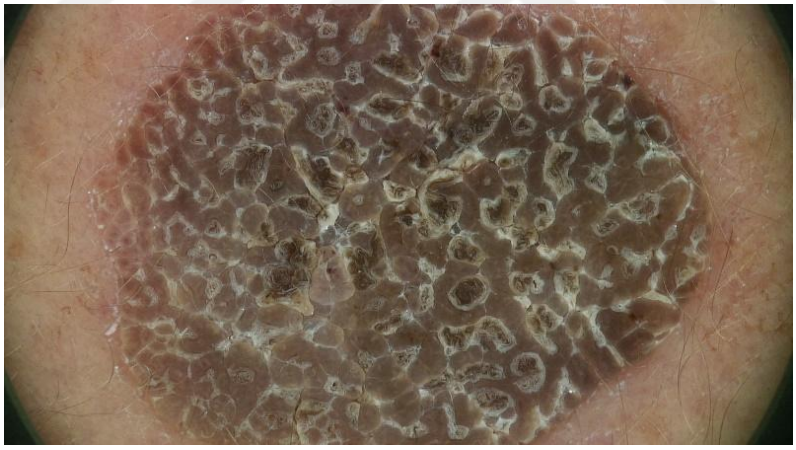


Grafik 2.Klinik tiplerdeki yaş gruplarının yüzdesi

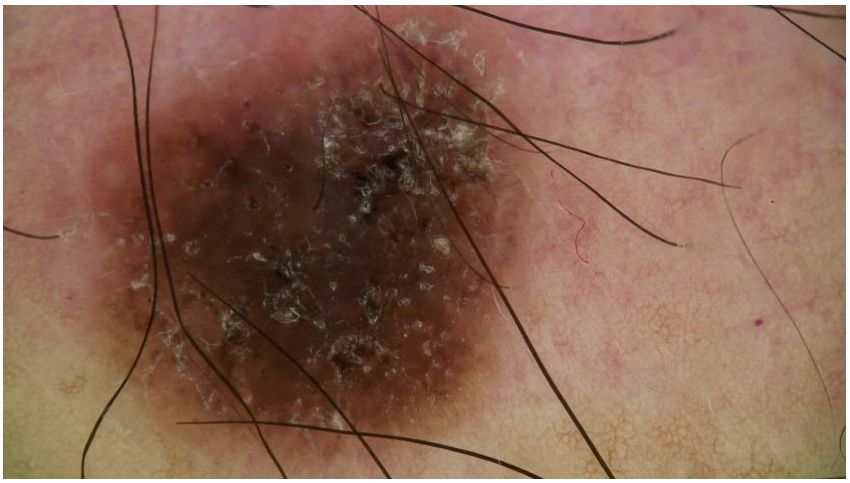


1. Solid Tip Verruca Seborrheica

Çalışmaya alınan 42 solid tip V.S. hastasının 27'si kadın, 15'i erkek olarak belirlendi.(Tablo 2) Solid Tip V.S. hastasının yaş ortalaması 64,7 olarak bulundu. Solid tıp V.S.ların sıklık sırasına göre gövde ön yüz, gövde arka yüz, alın ve yanak bölgesinde yerleştiği saptandı. Solid tip V.S.'lerin lokalizasyon dağılımı Tablo 1'de görülmektedir. Solid tip V.S.lerin dermatoskopik bulguları incelendiğinde jöle bulgusunun solid tipte diğer V.S.alt tipleri ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı derecede fazla olduğu saptanmıştır. ($p<0.001$). Solid tip V.S.'lerde görülen diğer dermatoskopik bulgularda ise diğer hastalık grupları ile karşılaştırıldığında anlamlı fark tespit edilmedi.Solid tip V.S.'de görülen diğer dermatoskopik bulgular Tablo 7'de gösterilmiştir.



Resim 1. Solid V.S. olgusunda dermatoskopik bulgular
Belirgin verrukoz yüzey ve fissürler görülmekte



Resim 2. Solid V.S. olgusunda dermatoskopik bulgular
Komedon benzeri açıklıklar ve milia benzeri kistler görülmekte

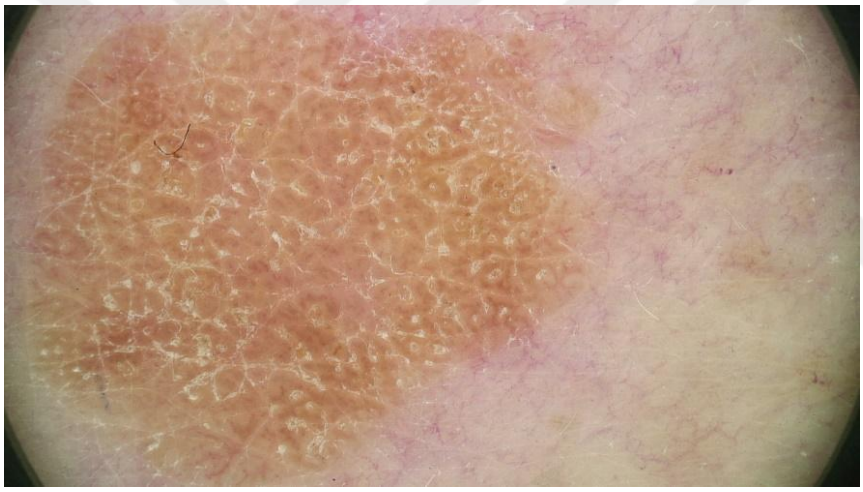


Resim 3. Solid V.S. olgusunda dermatoskopik bulgular
Ekzofitik papiller yapılar görülmekte

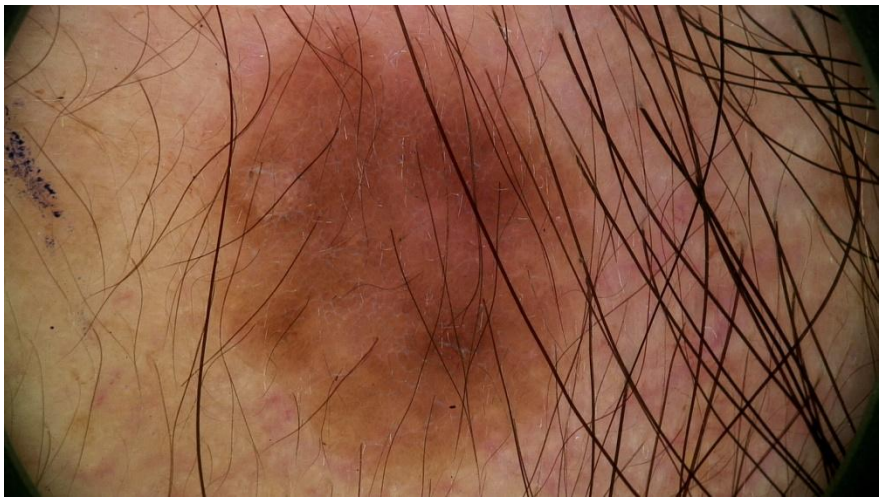
Tablo 12. Klinik tiplerinde tipik jöle bulgusu bulunma durumu		Sayı(Yüzde)
KLINIKTIPI	yassi	1(3,2)
	solid	25(59,5)
	pigmente	26(55,3)

2. Yassi Tip Verruca Seborrheica

Çalışmaya alınan 31 yassı tip V.S. hastasının 23'ü kadın 8'i erkek olarak belirlendi.Yassı Tip V.S. hastasının yaş ortalaması 62,6 olarak bulundu. Yassı tıp V.S.ların sıklık sırasına göre yanak,alın ve gövde ön yüzde yerleştiği saptandı. Yassı tip V.S.'lerin lokalizasyon dağılımı Tablo 1'de görülmektedir. Yassı tip V.S.lerin dermatoskopik bulguları incelendiğinde yıldızsı milia ($p=0,023$), sari opak alanların ($p=0.002$),beyin benzeri görünümün ($p<0.001$) yassı tip V.S.'de diğer V.S.alt tipleri ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı derecede fazla olduğu saptanmıştır,Yassı tip V.S.'lerde görülen diğer dermatoskopik bulgularda ise diğer hastalık grupları ile karşılaştırıldığında anlamlı fark tespit edilmedi.Solid tip V.S.'de görülen diğer dermatoskopik bulgular Tablo 7'de gösterilmiştir.



Resim 4. Yassı V.S. olgusunda dermatoskopik bulgular
Fissurler ve parmak izi görünümü görülmekte



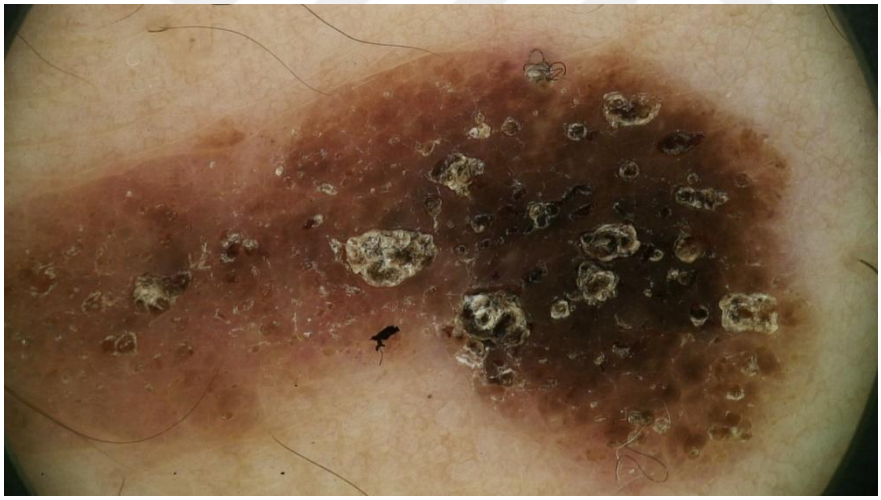
Resim 5. Yassı V.S. olgusunda dermatoskopik bulgular
Beyin benzeri görünüm veren çok sayıda fissürler ve periferde sosis parmaklar

Tablo 8. Klinik tiplerinde sari opak bulunma durumu		Sayı(Yüzde)
KLINIKTIPI	yassi	21(%67,7)
	solid	22(%52,4)
	pigmente	13(%27,7)

Tablo 9. Klinik tiplerinde tipik beyin benzeri bulunma durumu		Sayı(Yüzde)
KLINIKTIPI	yassi	20(64,5)
	solid	8(19)
	pigmente	11(23,4)

3. Pigmente Tip Verruca Seborrheica

Çalışmaya alınan 47 pigmente tip V.S. hastasının 22'si kadın 25'i erkek olarak belirlendi.Pigmente Tip V.S. hastasının yaş ortalaması 60,8 olarak bulundu. Pigmente tip V.S.ların sıklık sırasına göre saçlı deri, gövde arka yüz ve gövde ön yüzde yerleştiği saptandı. Pigmente tip V.S.'lerin lokalizasyon dağılımı Tablo 1'de görülmektedir. Pigmente tip V.S.lerin dermatoskopik bulguları incelendiğinde komedo benzeri açıklık (p=0.008), bulutsu milia (p:0,043), siyah noktalar (p:0.007), siyah globul benzeri yapıların (p<0,001) pigmente tip V.S.'de diğer V.S.alt tipleri ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı derecede fazla olduğu saptanmıştır,Pigmente tip V.S.'lerde görülen diğer dermatoskopik bulgularda ise diğer hastalık grupları ile karşılaştırıldığında ise anlamlı fark tespit edilmedi.Pigmente tip V.S.'de görülen diğer dermatoskopik bulgular Tablo 7'de gösterilmiştir.



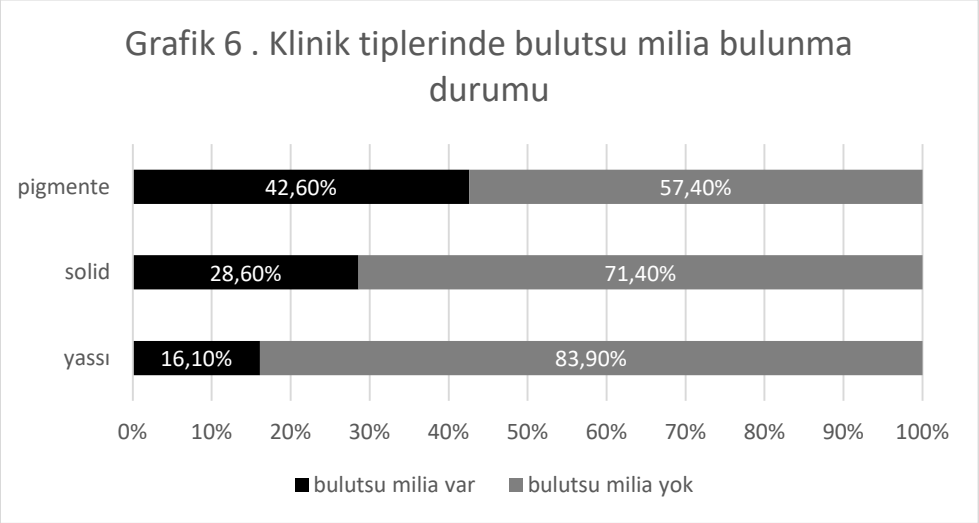
Resim 6. Pigmente V.S. olgusunda dermatoskopik bulgular Hiperkeratoz ve dermoskopik incelemede koyu renk görülmekte

Tablo 10. Klinik tiplerinde Siyah globul bulunma durumu		Sayı(Yüzde)
KLINIKTIPI	yassi	5(16,1)
	solid	7(16,7)
	pigmente	27(57,4)

Tablo 11. Klinik tiplerinde tipik Siyah nokta bulunma durumu		Sayı(Yüzde)
KLINIKTIPI	yassi	8(25,8)
	solid	9(21,4)
	pigmente	24(51,1)



Tablo 12. Klinik tiplerinde yıldızsı milia bulunma durumu					
			Yildizsi milia		
			Var	Yok	Total
KLINIK TIPI	Yassi	Sayı	21(%67,7)	10(%32,3)	31(%100)
	Solid	Sayı	16(%38,1)	26(%61,9)	42(%100)
	Pigmente	Sayı	19(%40,4)	28(%59,6)	47(%100)
Total		Sayı	56(%46,7)	64(%53,3)	120(%100)
Ki-kare test, p=0.023					



TARTIŞMA

V.S. epidermisteki keratinositlerden kaynaklanan ve ileri yaşlarda daha sık görülen, genellikle pigmente ve benign bir tumordur.[1] Toplumda çok sık görülür ve insanların çoğunda hayatları boyunca en az bir lezyon gelişir.[2] Lezyonların boyutları ve evreleri çeşitlilik gösterir. Erken lezyonlar küçük, deri renginde veya kahverengi, keskin sınırlı papulalardır.[13] Lezyonlar büyüdükçe renkleri koyulaşır, deriden kabarık ve daha papillömatöz bir görünüm kazanırlar.[3] V.S'da prevelans, cinsiyet, ırk veya coğrafik dağılımla ilgili çok az epidemiyolojik istatistiksel çalışma vardır. 30 yaşın altında görülmeleri sıklıkla beklenmez [13] , başlangıç yaşı genellikle 4.ve 5. dekatlardır.[15] V.S. prevelansı, yapılan çeşitli çalışmalarda yaşa ve ülkelere göre değişen oranlarda bildirilmiştir. Kwon ve arkadaşları 40-70 yaş arasındaki 303 erkek hastada V.S. prevelansını %88,1 olarak bulmuşlardır. Yaş gruplarına ayrıldığında V.S. prevelansı 40'lı yaşlarda %78,6, 50'li yaşlarda %93,9 ve 60'lı yaşlarda %98,7 olarak saptanmıştır. Yaşın artmasıyla beraber V.S. prevelansında artış olduğu sonucuna varmışlardır .[9] Rajesh ve arkadaşları tarafından yapılan başka bir çalışmada da vakaların %80'inin 50 yaş üzerinde olduğu görülmüştür.[12] Yeatman ve arkadaşlarının Avustralya'da yaptıkları çalışmada dermatolojik sorunu olmayan bireylerden oluşan 100 kişilik seride, V.S. sıklığı 15-25 yaş grubunda %12, 26-50 yaş grubunda %79, 51 yaş üzerinde %100 olarak bildirilmiştir. Erkekler ve kadınlar arasında lezyon sayısı ve prevelansı açısından fark görülmemiştir.[14] Gill ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da yaş ile beraber VS prevelansında artış olduğu belirtilmiştir. Bayanlar için ortalama prevelansın %26,1, erkekler için ise %20,7 olduğu görülmüştür.[3] Tüm bu çalışmalar sonucunda VS sıklığının ileri yaşlarda çok yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Bizim çalışmamızda 120 V.S. hastanın ortalama yaşlarının 62,6 olduğu saptanmıştır .Bu sonuç daha önce yapılan çalışmalar ile uyumlu bulunmuştur. Yapılan bazı çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmesine karşın V.S.'lerin genellikle kadın ve erkeklerde eşit insidansta olduğu kabul edilmektedir. Gill ve arkadaşlarının Avustralya' da yaptıkları çalışmada V.S.'si olan 15-35 yaş grubundaki 170 hastanın 82(%48,2)'si erkek, 88(%51,8)'i kadın olup, kadın/erkek oranı 1,07/1 olarak bildirilmiştir.[3] Izıkson ve arkadaşlarının yaptığı 9204 vakalık çalışmada hafif oranda erkek baskınlığı saptanmıştır.[80]

Avustralya'da 1997'de yapılan başka bir çalışmada 100 VS'lu hastanın 52'si kadın, 48'i erkek olarak bildirilmiştir.[14] De Giorgi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise 138 hastanın 73'ü kadın, 65'i erkek olarak bildirilmiştir.[44] Askari ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise hastaların %98,2'si erkeklerden oluşmaktadır.[36] Bizim çalışmamızda ise V.S.'si olan 120 hastanın 48(%40)'i erkek, 72 (%60)'si kadın olup, kadınlar erkeklere göre belirgin olarak daha fazla bulunmuştur.V.S. lezyonları sıklıkla birkaç adet olmakla beraber bazen de yüzlerce sayıda olabilirler.[13] Gill ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastaların %62,5'inde sadece 1 adet V.S. tespit edilmiştir.[3] Bizim çalışmamızda hastaların ortalama V.S. sayısı 3,76 olarak bulunmuştur.V.S.'lar en sık yüz, boyun, sırtın üst bölümü ve ekstremitelerde yerleşirler. Avuç içi ve ayak tabanlarında yerleşim görülmez.[13] V.S.'lerin yerleşim bölgeleri Gill ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastaların %67,5'inde yalnız gövde, %25'inde gövde ve ekstremite, %5'i yalnız ekstremite olarak bildirilmiştir.[3] Yeatman ve arkadaşları ise 3067 adet V.S.'yi inceledikleri çalışmalarında V.S.'lerin; %54,7'sinin gövdede, %15,2'sinin ellerde, %11,4'ünün yüz ve boyunda, %8,5'inin kollarda, %6'sının alt bacakta, %2,6'sının üst bacakta ve %1,6'sının ayaklarda yerleştiğini bildirmişlerdir.[14] Askari ve arkadaşları yaptıkları çalışmada ise V.S.'lerin %39,7'sinin yüz ve kulaklarda, %16,1'inin sırtta, %12,5'inin göğüste ve %10,3'ünün kollarda yerleştiğini bildirilmişlerdir.[36] Çalışmamıza alınan 120 adet V.S'nin 20 (%16,7) 'sinin gövde arka yüzde, 20 (%16,7) 'sinin gövde ön yüzde,19 (%15,8) 'unun yanakta, 15 (%12,5) 'inin alında yerleştiği belirlenmiştir. VS'lerin renkleri açık kahverengiden sarı ve pembe tonlarına, koyu kahverengiden siyaha kadar çeşitlilik gösterebilir.[2,13] Erken lezyonların rengi daha açık tonlarda iken lezyonlar eskidikçe renkte koyulaşma olduğu görülür.[3] Braun ve arkadaşlarının 192 hastalık çalışmalarında; lezyonlarda açık kahverengi rengin %95, koyu kahverengi rengin %94 ve mavi-gri rengin de %53 oranlarında olduğu saptanmıştır.[22] Çalışmamızdaki olgularda incelenen 120 adet V.S'nin 81(%67,5)'inde klinik olarak açık kahverengi, 53(%44,2)'ünde klinik olarak koyu kahverengi renk izlenmiştir. Çalışmamızdaki olgularda incelenen 120 adet V.S'nin 90(%75)'ında dermatoskopik olarak açık kahverengi, 52(%43,3)'sinde dermatoskopik olarak koyu kahverengi, 23(%19,2)'ünde dermatoskopik olarak beyaz renk izlenmiştir. V.S. lezyonlarının çoğunun büyüklüğü yaklaşık olarak 0.5 cm ile 1 cm arasındadır. Nadiren 5 cm'den büyük olabilirler.[13]

Kore'de erkek hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada yaşın artmasıyla beraber V.S. çaplarında artış olduğu saptanmıştır.[9] Başka bir çalışmada da benzer sonuçlara rastlanmıştır.[12] Bizim çalışmamızda da diğer çalışmalara benzer şekilde lezyonların ortalama çapı 1,12x1,14 cm olarak bulunmuştur. En büyük çap 4 cm olarak izlenmiştir. Dermatoskopi pigmente deri lezyonlarının tanısında çıplak gözle görülemeyen morfolojik özelliklerin görülebilmesini sağlayan, basit, non-invaziv bir tanı yöntemidir.[28,29] Pigmente deri lezyonlarının pigmentasyon özellikleri, homojeniteleri, şekilleri, sınır ve yüzey özellikleri dermoskopi ile değerlendirilir. V.S. tanısı genellikle klinik olarak konulmakla beraber bazı hastalarda pigmente V.S. ile malign melanom ayırıcı tanısı güç olabilir. Bu nedenle dermoskopik inceleme V.S. tanısı ve ayırıcı tanısında büyük avantajlar sağlar.[43-46] İlk olarak 1951'de kullanılan dermoskopi tekniği günümüze kadar büyük gelişmeler göstermiştir. Bizim çalışmamızda da kullandığımız dijital dermoskopi tekniği, lezyonların makroskopik ve dermoskopik kayıtlarının alınması ve daha sonraki kontrollerde lezyon özelliklerinin karşılaştırılması açısından önemlidir. VS'da en sık görülen dermoskopik özellikler komedon benzeri açıklıklar ve milia benzeri kistlerdir. VS'da sık görülen diğer bir dermoskopik özellik irregüler, lineer şekilli ve keratin ile dolu fissürlerdir. Fissürler çok sayıda olduklarında lezyona 'beyin benzeri' bir görünüm verirler.[9] Braun ve arkadaşlarının yaptığı 203 pigmente V.S.'yi incelendiği çalışmada en sık saptanan dermoskopik özellikler; 144(%71) lezyonda komedo benzeri açıklıklar ,135 (%66) lezyonda milia benzeri kistler ,129(%63) lezyonda saç tokası kan damarları ve 183(%90) lezyonda keskin kenar şeklinde bildirilmiştir.[9] Bununla beraber 124(%61) lezyonda fissürler, 94(%46) lezyonda güve yeniği sınır ve 94(%46) lezyonda pigment ağı olduğunu bildirmişlerdir.[24] Vasküler özelliklerin de değerlendirilebildiği dermoskopik incelemede, pigmente V.S.'de lezyonun periferinde 'saç tokası kan damarları' şeklinde spesifik vasküler yapı bulunabilir.[8] Çalışmamızda bu firkete damarlar %2,5 oranında görülmüştür.Argenziano ve arkadaşları dermotoskopik olarak inceledikleri 531 lezyonun 41 tanesine histopatolojik olarak V.S. tanısı koymuşlardır. Bu lezyonlara yapılan dermoskopik inceleme sonrasında lezyonların %51,2'sinde saç tokası kan damarları saptanmıştır. Herhangi bir lezyonun dermoskopik incelemesinde saç tokası kan damarları gözlendiğinde lezyonun V.S. olma olasılığının %70 olduğu sonucuna varmışlardır.[38]

De Giorgi ve arkadaşları ise lezyon tanımlanmasında vasküler paternlerin tek başlarına tanı kriteri olmayacağı belirtmişlerdir.[44] Bizim çalışmamızda 120 lezyonun incelenmesi sonrasında en sık saptanan dermoskopik özellikler; komedo benzeri açıklıklar (%90,8), kahverengi opak alanlar (% 86,7), milia benzeri kistler (%77,5), hiperkeratoz (%53,3), parmak izi görünümü (%42,5) güve yeniği kenar (%35), , fissürler (%31,7), tombul parmak bulgusudur.(%26,7).Bizim çalışmamızda da birçok diğer çalışmada olduğu gibi V.S. için standart dermoskopik özellikler olan komedo benzeri açıklıklar ve milia benzeri kistler en sık karşılaşılan özelliklerdendir. Lezyonların hiçbirinde radyal uzantı,ülserasyo,mavi gri ovoid yapılar,psodopod,peçe,arnavut kaldırım benzeri patern,yaprak benzeri alanlar,mavi beyaz yapılar,atipik pigment ağı izlenmemiştir.Çalışmamızda V.S'lar klinik olarak solid, yassı ve pigmente olmak üzere üç alt tipe ayrılmış ve dermatoskopik bulguları karşılaştırılmıştır. Solid V.S.'lerde sıklık sırasına göre en sık dermatoskopik bulgular komedo benzeri açıklıklar (%92,9), kahve opak alanlar (%85,7), hiperkeratoz (%61,9), jöle bulgusu (%59,5), sarı opak alanlar(%52,4) ve parmak izi bulgusu (%47,6)'dur. Rajesh G ve arkadaşlarının toplamda 250 tane V.S.lezyonunda dermoskopik bulguları inceledikleri çalışmalarında ise solid V.S'de en sık saptanan bulgular komedo benzeri açıklıklar(%80), fissürler(%52), ve keskin sonlanmalar(%83) olarak belirtilmiştir.[12] Çalışmamızda yassı VS'lerde sıklık sırasına göre dermatoskopik bulgular: kahve opak alanlar(%%83,9), komedon benzeri açıklıklar (%77,4), yıldızsı milia (%67,7), sarı opak alanlar (%67,7) ,beyin benzeri görünüm(%64,5) ve hiperkeratoz (%45,2)dur. Pigmente VS'lerde ise sıklık sırasına göre dermatoskopik bulgular komedo benzeri açıklıklar (%97,9), kahverengi opak alanlar (%89,4) ,siyah globul benzeri alanlar (%57,4), jöle bulgusu (%55,3),siyah noktalar (%51,1), bulutsu milia (%42,6) ve yıldızsı milialardır.(%40,4) Rajesh G ve arkadaşlarının toplamda 250 tane V.S. dermoskopik bulgularını inceledikleri çalışmalarında %60 oranında en sık görülen klinik alt tip solid V.S. olarak belirlenmiştir.[12] Bizim çalışmamızda ise solid tip V.S.'ler %35 oranında görülürken en sık görülen klinik alt tip %39,2 oranıyla pigmente V.S. olarak bulunmuştur. Rajesh G ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada parmak izi ve pigment ağı benzeri yapıların sıklıkla yassı tip V.S.'lerde görüldüğü bildirilmiştir.[12] Bizim çalışmamızdaki veriler ise bu bulguların yassı tipte daha yüksek oranda görüldüğünü desteklememektedir.

Braun ve arkadaşları 203 pigmente V.S.'de yaptığı çalışmada ise %70 oranında komedo benzeri açıklıklar,%66 oranında milia benzeri kistler,%90 oranında keskin sonlanmalar, %46 oranında güve yeniği kenar, %63 oranında firkete benzeri damar saptamıştır. Ek olarak bu çalışmada pigmente V.S.'lerde %46 oranında pigment ağı benzeri yapılar saptanmış ve yazarlar diğer V.S. dermatoskopik bulgularının varlığında pigment ağı benzeri yapıların melanositik lezyonlardaki tipik ağ yapısı ile karıştırılmamasını önermişlerdir.[10] Bizim çalışmamızda ise pigmente V.S.'de sıklık sırasına göre komedo benzeri açıklıklar (%97,9), kahverengi opak alanlar (%89,4) ,siyah globul benzeri yapılar (%57,4), jöle bulgusu(%55,3),siyah noktalar (%51,1), bulutsu milia(%42,6) ve yıldızsı milialar(%40,4) izlenmiştir.Bu veriler de literatür ile uyumludur.

SONUÇ

Sonuç olarak, çalışmamızda V.S. ve alt tiplerinde dermatoskopik bulgular değerlendirilmiştir.Saptanan bulgular baş boyun bölgesinde yerleşimi sık olan bu iyi huylu epidermal tumorların tanısında ve klinik ayırımında klinik bulgulara ek olarak dermatoskopinin yararlı bir teknik olduğunu düşündürmektedir. Bununla birlikte V.S. solid,yassı ve pigmente klinik alt tiplerinde dermatoskopik bulgular karşılaştırılmış komedo benzeri açıklıklar, bulutsu milia benzeri kistler,siyah nokta ve siyah globul yapılarının pigmente tiplerde;jöle bulgusunun solid tiplerde, beyin benzeri görünüm, yıldızsı milia benzeri kistler ve sarı opak alanların yassı tiplerde daha yüksek oranda görüldüğü belirlenmiştir. Lezyon sayısı ve yaş değerlerinin ortalaması bu üç grupta karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Klinik alt tiplerin cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde pigmente tiplerin erkek cinsiyette daha yüksek oranda görüldüğü saptanmıştır. Elde edilen bulguların çoğu literatür ile uyumlu olsa da, bu verilerin istatistiksel anlamlılığının değerlendirilebilmesi için olgu sayısı daha yüksek olan kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

1. Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C. Benign epidermal tumors. In: Rook's Textbook of Dermatology 8th ed. Londan Well-Blacwell 2010;52, 38-9

2. Hafner.C, Vogt T. Seborrheic Keratosis. JDDG ; 2008. 8: 664-677

3. Gill D, Dorevitch A, Marks R. The prevalence of seborrheic keratoses in people aged 15 to 30 years. Arch Dermatol. 2000; 136:759-762

4. James W, Berger T, Elston D. Epidermal nevüsler, neoplaziler, kistler. Andrew's Klinik Dermatoloji 10.baskı. İstanbul 2008:637-639

5. Kirkham N. Tumors and cysts of the epidermis. In: Elder D, Elenitsas R, Jaworsky C, Johnson B, editors. Lever's Histopatology of the skin. 8th ed. Philadellphiz: Lippincott-Raven , 1997: 685-93

6-Hafner C[1], Vogt T.Seborrheic keratosis.J Dtsch Dermatol Ges. 2008 Aug;6(8):664-77.

7. Braun RP, Rabinovitz HS, Oliviero M, Kopf AW, Saurat JH. Dermoscopy of pigmente skin lesions. J Am Acad Dermatol 2005; 52(1): 109-121

8. Braun R, Rabinovitz H, Oliviero M. Dermoscopic diagnosis of seborrheic keratosis. Clinics in Dermatology 2002;20:270-272

9. Kwon O, Hwang E, Bae J. Seborrheic keratoses in the Korean males:causative role of sunlight. Photodermatol Photoimmunol Photomed 2003;19:73-80

10- Braun RP, Rabinovitz HS, Krischer J, Kreusch J, Oliviero M, Naldi L, Kopf AW, Saurat JH. Dermoscopy of pigmented seborrheic keratosis: a morphological study. Arch Dermatol. 2002 Dec;138(12):1556-60

11. Kim J, Kim H, Lee S, Park J . The expression of GLTSCR2, a candidate tumor suppressor, reduced in seborrheic keratosis compared normal skin. Pathology –Research and Practice 206(2010)- 295-299

12-Rajesh G[1], Thappa DM, Jaisankar TJ, Chandrashekar L. Spectrum of seborrheic keratoses in South Indians: a clinical and dermoscopic study. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2011 Jul-Aug;77(4):483-8.

13. Burgdorf W.H.C, Plewig G, Wolff H.H, Landthaler M , Benign epithelial tumors. Braun-Falco's Dermatology 3th ed. Germany 2009 ; 1340-1342

14. Yeatman JM, Kilkenny M, Marks R. The prevalence of seborrheic keratoses in an Australian population: does exposure to sunlight play a part in their frequency? Br J Dermatol 1997;137:411-414.

15. Kennedy C, Bajdik CD, Willemze R, De Gruijl FR, Bouwes Bavinck JN. The influence of painful sunburns and lifetime sun exposure on the risk of actinic keratoses, seborrheic warts, melanocytic nevi, atypical nevi, and skin cancer. J Invest Dermatol 2003; 120: 1087–1093.

16. Gelirer Ö. Seboreik Keratoz tanılı hastalarda düşük ve yüksek riskli human papilloma virüs varlığının araştırılması. Uzmanlık Tezi. Pamukkale Üniversitesi. Denizli. 2009;3

17. Silver SG, Ho VCY. Benign epithelial tumors. In: Freedberg IM, Eisen AZ, WollfK, AustenKF, GoldsmithLA, Katz SI, editors. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 6th ed. Newyork: McGraw Hill, 2003; 767-770

18. Gushi A, Kanekura T, Kanzaki T, Eizuru Y. Detection and sequences of human papillomavirus DNA in nongenital seborrheic keratosis immunupotent individuals. J Dermatol Science 2003;31:143

19. Rady PL, Yen A, Rollefson JL, Orengo I. Herpesvirus-like DNA sequences in non-Kaposi's sarcoma skin lesions of transplant patients. Lancet. 1995; 27: 1339-1340

20. Cathy L. Seborrheic keratosis with associated lesions: a retrospective analysis of 85 lesions. Australas J Dermatol 2006; 47: 109-113

21. Ceylan C, Alper S, Kılınç I. Leser-Trelat sign. Int J of Dermatol 2002; 41: 687-8

22-Braun RP, Rabinovitz HS, Krischer J, et al. Dermoscopy of pigmented seborrheic keratosis: a morphological study. Arch Dermatol 2002; 138:1556.

23. Flugman SL, McClain SA, Clark RA. Transient eruptive seborrheic keratosis associated with erythrodermic psoriasis and erythrodermic drug eruption: Report of two cases. J Am Acad Dermatol. 2001; 45: 212-214.

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

25. Vun Y, De'Ambrosis B, Spelman L, Muir JB. Seborrheic keratosis and malignancy: collision tumour or malignant transformation. Australas J Dermatol 2006; 47: 106-108

26. Chung VQ, Moschella SL, Zembowicz A, Liu V. Clinical and pathologic findings of paraneoplastic dermatoses. J Am Acad Dermatol. 2006; 54: 745-762.

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

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

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

30. Borenstein M, Mirzabeigi M, Vincek V. Pityrosporum and seborrheic keratosis: an association. Dermatol Online J. 2005; 11: 3.

31. Trattner A, David M, Sandbank M. Seborrheic keratosis of the areola. Cutis 1994; 53(2):95-96

32. Gulias-Canizo R, Aranda-Rabago J, Rodiguez-Reyes AA. Seborrheic keratosis of conjunctiva: a case report. Arch Soc Esp Oftalmol 2006;81(4):217-219.

33. Konishi E, Nakashima Y, Manabe T, Mazaki T, Wada Y. Irritated seborrheic keratosis of the external ear canal. Pathol Int 2003;53:622-666.

34. Thakur JS, Thakur A, Chauhan CGS, Diwana VK. Giant pedunculated seborrheic keratosis of penis. Indian J.Dermatol 2008;58(1):37-38

35- Ka VSK, Clark-Loeser L, Marghoob AA. Vascular pattern in seborrheic keratoses and melanoma. Dermatol Surg 2004;30:75-7.

36. Askari SK, Schram SE, Wenner RA, Bowers S. Evaluation of prospectively proven collected presenting signs/symptoms of melanoma, basal cell carcinoma, squamous cell carcinoma, and seborrheic keratosis in an elderly male population. J Am Acad Dermatol 2007;56:739-747.

37. Kobayashi M, Hiruma M, Suga Y, Nishimura K. A patient with a seborrheic keratosis which caused impaired hearing by closure of the external auditory meatus. Int J Dermatology 2000;39:550-551

38- Argenziano G, Zalaudek I, Corona R, Sera F, Cicale L, Petrillo G, Ruocco E, Hofmann-Wellenhof R, Soyer P. Vascular structures in skin tumors. Arch Dermatol 2004;140:1485-9.

39. Wu Y, Hsiao P, Lin Y. Verruciform xanthoma-like phenomenon in seborrheic keratosis. Journal of Cutaneous Pathology 2006; 33:373-377

40. Farmer E, Hood A. Benign tumors of the epidermis. Pathology of the skin. International Edition. USA 1990; 536-539

41- Shanker V, Nandi J, Ghosh K, Ghosk S. Giant melanoacanthoma mimicking malignant melonama. Indian J Dermatol 2011 Jan; 56(1)79-81

42. Braun RP, Rabinovitz HS, Krischer J, Kreusch J. Dermoscopy of pigmented seborrheic keratosis: morfological study. Arch Dermatol 2002;138:1556-1560.

43. Murphy M, Watson R. Accuracy of diagnosis of seborrheic keratosis in a dermatology clinic. Arch Dermatol 2000;136:800-801.

44- De Giorgi V, massi D, Salvini C, Mannone F, Carli P. Pigmented seborrheic keratoses of the vulva clinically mimicking a malignant melanoma: a dermoscopic-pathologic case study. Clin Exp Dermatol 2005; 30:17-19.

45-Lee JYY, Lin MH. Pigmented malignant hidroacanthoma simplex mimicking irritated seborrheic keratosis. J Cutan Pathol 2006;33: 705-708

46-Zhang Q, Wang W, Zhao M, Shen L, Cheng J. Clinical and pathological study of lichen-planus-like keratosis in China. J Dermatol 2006;33:457-461

47-Klimopoulos S, Kounoudes C, Pantelidaki C, Skrepetou K. The Leser-Trelat sign in association with carcinoma of the ampulla of vater. Am Journal Gastroenterol 2001; 96:1623-1626.

48-Heaphy MR, Millns JL, Schroeter AL. The sign of Leser-Trélat in a case of adenocarsinoma of the lung. J. Am Acad Dermatol 2000; 43:386-390

49-Wieland CN, Kumar NK. Sign of Leser-Trelat. Int J Dermatol 2008;47:643644.

50-Kilickap S, Yalcin B. The sign of Leser-Trélat. N Engl J Med 2007;356;21:2184.

51-Akasaka T, Kon S. Two cases of basal carsinoma arising in seborrheic keratosis. J.Dermatol 1997; 24(5): 322-327

52-Misago N, Satoh T, Narisawa Y. Basal cell carcinoma with tricholemmal (at the lower portion) differatiation within seborrheic keratosis. J Cutan Pathol 2003; 30:196-201.

53-Shamsadini S, Wadji MB, Shamsadini A. Surrounding ipsilateral eruptive seborrheic keratosis as a warning sign of intraductal breast carcinoma and Paget's disease (Leser-Trelat sign) Dermatol Online J.2006; 12(6):27

54-Marschall SF, Ronan SG, Massa MC. Pigmented Bowen's disease arising from pigmented seborrheic kertaosis.J Am Acad Dermatol 1990; 23(3):440-444

55-Hoshina D, Akiyama M, Hata H, Aoyagi S, Sato-Matsumura KC, Shimizu H. Eccrine porocarcinoma and Bowen's disease arising in a seborrhoeic keratosis Clin Exp Dermatol 2006; 32:54-56.

56-Cascajo CD, Reichel M, Sánchez JL. Malignant neoplasm associated with seborrheic keratoses. An analysis of 54 cases. Am J Dermatopathol 1996; 18(3):278-282.

57-Zabel RJ, Vinson RP, McCollough ML. Malignant arising seborrheic keratosis. J Am Acad Dermatol 2000; 42:831-833.

58- Tunca M, Tastan HB, Sutman K. Seboreik ve solar keratoz tedavisinde

kriyoterapinin etkinliği. T Klin J Dermatol 1997; 7:170-176

59- B. Jacob . Management of benign skin lesions commonly affecting the face: actinic keratosis, seborrheic keratosis and rosacea . Current Opinion in Otolaryngology and Head and Neck Surgery 2009; 17; 315-320.

60. Hafner C, López-Knowles E, Luis NM, et al. Oncogenic PIK3CA mutations occur in epidermal nevi and seborrheic keratoses with a characteristic mutation pattern. Proc Natl Acad Sci U S A 2007; 104:13450.

61. Birnie AJ, Varma S. A dermatoscopically diagnosed collision tumour: malignant melanoma arising within a seborrhoeic keratosis. Clin Exp Dermatol 2008; 33:512.

62. Mehrabi D, Brodell RT. Use of the alexandrite laser for treatment of seborrheic
keratoses. Dermatol Surg 2002;28:437-439

63. Khatri KA. Ablation of cutaneous lesions using an erbium: YAG laser. J Cosmet Laser Ther 2003;5:150-153

64. Chun EY, Lee JB, Lee KH. Focal trichloroacetic acid peel method for benign
pigmented lesions in dark-skinned patients. Dermatol Surg 2004;30:512-516

65. Terzioğlu F. Melonom, bazal hücreli karsinom, displastik nevüs ve seboreik keratozlu olguların demografik ve dermatoskopik özellikler. Uzmanlık Tezi Gazi Üniversitesi, Ankara 2010; 30-54

66. Jee H, Lee NR, Ahn SK. Case of seborrheic keratosis with underlying basal cell carcinoma suggesting a collision tumor. J Dermatol 2013; 40:837.

67-Orpin SD, Preston PW, Salim A. The ‘St.tropez’ a new dermoscopic feature of seborrheic keratoses? Clin Exp Dermatol 2006; 31:706-723.

68-Hirata SH, Almeida FA, Tomimari-Yomashita J, ‘Globule’ dermoscopic structures in pigmented seborrheic keratosis. Arch Dermatol 2004;140:128-129

69-Kim YK, Kim DY, Lee SJ, et al. Therapeutic efficacy of long-pulsed 755-nm alexandrite laser for seborrheic keratoses. J Eur Acad Dermatol Venereol 2014; 28:1007.

70- Carli P, De Giorgi V, Soyer HP, Stante M, Mannone. Dermatoscopy in the diagnosis of pigmented skin lesions: a new semiology for the dermatologist. JEADV 2000;14:353-369.

71. Polder KD, Landau JM, Vergilis-Kalner IJ, et al. Laser eradication of pigmented lesions: a review. Dermatol Surg 2011; 37:572.

72. Ka VSK, Clark-Loeser L, Marghoob AA. Vascular pattern in seborrheic keratoses and melanoma. Dermatol Surg 2004;30:75-77.

73. Culbertson GR. 532-nm diode laser treatment of seborrheic keratoses with color enhancement. Dermatol Surg 2008; 34:525.

74. Karaarslan I, Bıyıklı E, Akalın T, Özdemir F. Seboreik Keratozların Dermoskopik özellikler; Yalancı Melonisitik Lezyon Kriterlerinin Yeri Nedir? .Türk Dermatoloji Dergisi 2009; 3:1-4

75. Aktaş H[1], Ergin C[2], Keseroğlu HÖ[2]. Diclofenac gel may be a new treatment option for seborrheic keratosis; Indian Dermatol Online J. 2016 May-Jun;7(3):211-2.

76. Cuevas P, Angulo J, Salgüero I, Giménez-Gallego G. Clearance of seborrhoeic keratoses with topical dobesilate. BMJ Case Rep 2012. 2012:pii: bcr0120125628

77. Asagami C, Muto M, Hirota T, Shimizu T, Hamamoto Y. Anti-tumor effects of 1,25-dihydroxyvitamin D3 (1,25(OH) 2D3) in seborrheic keratosis. J Investig Dermatol Symp Proc. 1996;1:94–6

78. Herron MD, Bowen AR, Krueger GG. Seborrheic keratoses: A study comparing the standard cryosurgery with topical calcipotriene, topical tazarotene, and topical imiquimod. Int J Dermatol. 2004;43:300–2.

79.Ozbagcivan O,Lebe B,Akarsu S,Fetil E. Kutanöz Melanomlu Olgulardaki Dermatoskopik Özellikler İle Histopatolojik Prognostik Belirteçlerin İlişkisinin Araştırılması.Türk Dermatoloji Dergisi 2015;49:200-7

80. Izikson L, Sober AJ, Mihm MC, Zembowicz A. Prevalence of melanoma clinically resembling seborrheic keratosis. Analysis of 9204 cases. Arch Dermatol 2002;138:1562-6