

# 8. ULUDAĞ DERMATOKOZMETOLOJİ GÜNLERİ



**Editörler**

--  
--  
--

**1 Mart – 4 Mart 2015  
Karinna Otel, Uludağ**

**Yayıncı** :

**Editör** :

**Editörler Kurulu** :

**Basım** :

**Kopya Sayısı** :

Her hakkı saklıdır. Bu kitaptaki bildirilerin içerikleri ile ilgili bütün sorumluluk yazarlara aittir. Editörler, Organizasyon Komitesi ve diğer tüm kurullar için bağlayıcı nitelik taşımazlar.

Bu kitabın tamamı veya bir kısmı ..... nin yazılı izni olmadan elektronik, mekanik, fotokopi veya başka herhangi bir kayıt sistemi ile çoğaltılamaz ve yayınlanamaz.

### **Yayıncı İletişim Adresi**

**Adres:**

**E-mail:**

**ISBN:**

## ÖNSÖZ

Sayın Meslektaşlarımız,

Dermatokozmetoloji Derneği ve Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı işbirliğinde, 01-04 Mart 2015 tarihleri arasında, Uludağ'da sekizincisi düzenlenecek olan "Uludağ Dermatokozmetoloji Günleri" ne sizleri davet etmenin mutluluğunu yaşıyoruz.

Dernek olarak, Dermatoloji Uzmanlık eğitim programında yer alması gerektiğine inandığımız "Deri bakımı ve kozmetik işlemler" konusunda ilk uygulamalı kursları 2000 yılında düzenlemiştik. Sadece Deri ve Zührevi Hastalıkları uzmanlık öğrencileri ile uzmanlara yönelik olan, sınırlı sayıda katılımcıya yer verebildiğimiz toplantılarımız, meslektaşlarımızın yoğun ilgisi ile büyüdü, gelişti. Bu toplantıda yeni başlayanlar için temel dermatokozmetolojik uygulamalar yanında, konusunda deneyimli meslektaşlarımızın algoritmik kombine tedavi yaklaşımları da yer bulacaktır.

Sizleri uygulamalı kursların ağırlıklı olduğu sempozyumumuzda konuk etmekten büyük onur duyacağız. Beyaz cennet Uludağ'da değerli katılımlarınızla bilimsel yönden doyurucu bir toplantı geçirmek umuduyla en iyi dileklerimizle saygılarımızı sunarız.

**Prof. Dr. Şükran TUNALI**

Sempozyum Eş Başkanı

**Prof. Dr. Hayriye SARICAĞLU**

Sempozyum Eş Başkanı

12.00	KAYIT İŞLEMLERİ	
13.30 – 15.10	<b>YENİ BAŞLAYANLAR İÇİN KOZMETİK UYGULAMALAR - I</b> Oturum Başkanları: Dr. Hamdi Memişoğlu, Dr. Nilgün Atakan	
	Peeling	Dr. Ercan Arca
	Dolgu	Dr. Nilsel İter
	Botulinum Toksin	Dr. Hatice Şanlı
	PRP / Otolog Fibroblast	Dr. Gürol Açıkgöz
	Roller / Mezoterapi	Dr. Dilek Bayramgürler
	Tartışma	
15.10 – 15.30	KAHVE ARASI	
15.30 – 16.50	<b>YENİ BAŞLAYANLAR İÇİN KOZMETİK UYGULAMALAR - II</b> Oturum Başkanları: Dr. M. Ali Gürer, Dr. İnci Mevlitoğlu	
	Fasiyal Analiz (İdeal Yüz)	Dr. Hakan Erbil
	Lazer Seçimi ve Komplikasyonları	Dr. Meltem Önder
	PDO / Polilaktik Asit İplerle Lifting	Dr. Erol Koç
	Dermatokozmetolojik Aciller	Dr. Sibel Alper
	Tartışma	
16.50 – 17.30	<b>UYDU SEMPOZYUMU: GEN İLAÇ</b> <b>Botulinum Toksin Uygulamalarında Güncel Yaklaşımlar</b> Oturum Başkanı: Dr. Ahmet Yaşar Turanlı, Dr. Zafer Kurumlu Konuşmacı: Dr. Zafer Kurumlu	
17.30 – 18.00	KAHVE ARASI	
18.00 – 18.45	<b>UYDU SEMPOZYUMU: ALLERGAN</b> <b>Tüm Yüz Yaklaşımında İdeal İkili: Botulinum Toksin &amp; Vycross Teknolojisi</b> Oturum Başkanları: Dr. Muammer Seyhan, Dr. Hakan Erbil	
	Tedavi Öncesi Konsültasyonun Önemi	Dr. Ömür Tekeli Dr. Nezih Karaca
	Konsültasyondan Pratiğe Tüm Yüz Vycross Uygulaması	Dr. Hakan Erbil
19.00 – 19.30	AÇILIŞ TÖRENİ	
20.00 – 21.30	AKŞAM YEMEĞİ	

08.30 – 09.15 **PANEL 1**

**KOMBİNASYON TEDAVİLERİNE ALGORİTMİK YAKLAŞIM - I**

**Oturum Başkanları:** Dr. Yalçın Tüzün, Dr. Ayşen Karaduman

**Glabella, Alın, Şakak  
Periorbital**

Dr. Serap Öztürkcan  
Dr. Şebnem Özkan

Tartışma

09.15 – 09.30 KAHVE ARASI

09.30 – 10.15 **PANEL 2**

**KOMBİNASYON TEDAVİLERİNE ALGORİTMİK YAKLAŞIM - II**

**Oturum Başkanları:** Dr. Ertuğrul Aydemir, Dr. Fezal Özdemir

**Perioral  
Yanak, Burun**

Dr. Nilgün Şentürk  
Dr. Yelda Kapıcıoğlu

Tartışma

10.15 – 10.30 KAHVE ARASI

10.30 – 12.00 **PANEL 3**

**OLGU ÖRNEKLERİ İLE UZMAN GÖRÜŞLERİ**

**Oturum Başkanları:** Dr. Gönül Ergenekon, Dr. Yavuz Hamanyeri

Dr. Murat Borlu  
Dr. Gonca Gökdemir  
Dr. Erol Koç  
Dr. Zekai Kutlubay  
Dr. Yelda Kapıcıoğlu  
Dr. Başak Kandı  
Dr. Zehra Aşiran Serdar

Tartışma

12.00 – 13.00 ÖĞLE YEMEĞİ

13.00 – 19.30

UYGULAMALI KURSLAR

UYGULAYICILAR

MODERATÖRLER

Dolgu (Gözaltı)

Dr. Hakan Erbil  
Dr. Abdullah Yıldız

Dr. Emel Erdal Çalıkoğlu

Dolgu (Yüz)

Dr. Başak Kandi  
Dr. Zehra Aşiran Serdar

Dr. Emel Fetil

Botulinum Toksin

Dr. Zekai Kutlubay  
Dr. Neslihan Dolar

Dr. Neslihan Şendur

Roller

Dr. Günnur Önarslan  
Dr. Dilek Bayramgürler

Dr. Günseli Öztürk

PRP

Dr. Gürol Açıkgöz  
Dr. Hatice Erdem

Dr. Ekin Şavk

Saçlı Deri Mezoterapi

Dr. Eda Tiftikçi  
Dr. Mediha Yılmaz

Dr. Aynur Akyol

Kombinasyon Peeling

Dr. Ercan Arca  
Dr. Selçuk Toklu

Dr. Varol Aksungur

İplerle Yüz Liftingi

Dr. Erol Koç  
Dr. Nezh Karaca

Dr. Seher Bostancı

DİOD Lazer ile Epilasyon

Dr. Murat Borlu

Dr. Bilal Doğan

Alexandrite Lazer ile Epilasyon

Dr. Neval Bayazıt  
Dr. Belçin İzol

Dr. Mustafa Özdemir

Mikro Odaklı Ultrason ile Lifting (I)

Dr. Ömür Tekeli

Dr. Oktay Avcı

Frac 3 NdYAG ile Epilasyon

Dr. Makbule Dünder

Dr. Tamer İrfan Kaya

Alexandrite + Nd - YAG ile Epilasyon

Dr. Gökhan Gökler

Dr. Turhan Şahin

Hiperhidroz – Ozmidroz

Dr. Binnur Tüzün

Dr. Vahide Baysal Akkaya

Mikro Odaklı Ultrason ile Lifting (II)

Dr. Hülya Sağlam

Dr. Seval Doğruk Kaçar

Fokuslu Radyofrekans + Ultrason ile Lifting

Dr. Gonca Gökdemir

Dr. Hakan Turan

Fraksiyone Erbium: YAG

Dr. Aziz Mutlu Barlas

Dr. Yaşar Gül Denli

Fraksiyone Altın İğneli Radyofrekans

Dr. Tuğrul Dereli  
Dr. Burcu Yamangöktürk Solak

Dr. Deniz Seçkin

Alexandrite Nd YAG Vasküler Leke Tedavisi

Dr. Ekrem Civaş

Dr. Deniz Arıca

İğneli Radyofrekans ile Lifting

Dr. Meltem Önder

Dr. Orhan Özgöztaş

20.00 – 24.00 GALA YEMEĞİ KOÇYİĞİT MEDİKAL

3 Mart 2015 Salı

- 08.30 – 09.10** **PANEL 4**  
**KOMBİNASYON TEDAVİLERİNE ALGORİTMİK YAKLAŞIM - III**  
**Oturum Başkanları:** Dr. Server Serdaroğlu, Dr. Sevgi Bahadır
- Boyun** Dr. Rebiay Kıran  
**Eİ** Dr. Ayten Ferahbaş
- Tartışma
- 09.10 – 10.20** **PANEL 5**  
**ZOR TEDAVİLER ve AKILCI İLAÇ KULLANIMI**  
**Oturum Başkanları:** Dr. Akın Aktaş, Dr. Rifkiye Küçükoğlu
- Pigmentasyon Tedavisi** Dr. Serap Utaş  
**Skar Tedavisi** Dr. Pelin Koçyiğit  
**Bölgesel Yağlanma Tedavisi** Dr. Ayça Cordan Yazıcı  
**Akılci İlaç Kullanımı (Yerel ve İntralezyonel Kortikosteroid**  
**Tedavisi)** Dr. Soner Uzun
- Tartışma
- 10.20– 10.30** KAHVE ARASI
- 10.30 – 11.30** **PANEL 6**  
**OLGU ÖRNEKLERİ ile KOMPLİKASYONLARIN YÖNETİMİ**  
**Oturum Başkanları:** Dr. Gönül Ergenekon, Dr. Zafer Kurumlu
- Dolgu Enjeksiyonu** Dr. Gönül Ergenekon  
Dr. Zafer Kurumlu
- Botulinum Toksin** Dr. Tuğrul Dereli
- 11.30 – 12.15** **UYDU SEMPOZYUMU: MEZOKLİNİK**  
**PCL Dolgu Biyo Uyumlu - Biyo Absorbe**  
**Oturum Başkanları:** Dr. Sibel Alper, Dr. Güzin Özarmağan  
**Konuşmacılar:** Dr. Erol Koç, Dr. Şerafettin Saraçoğlu
- 12.15 – 13.00** ÖĞLE YEMEĞİ

13.00 – 20.10

UYGULAMALI KURSLAR

UYGULAYICILAR

MODERATÖRLER

Dolgu (Gözüaltı)	Dr. Hakan Erbil Dr. Abdullah Yıldız	Dr. Emel Erdal Çalıkoğlu
Dolgu (Yüz)	Dr. Başak Kandı Dr. Zehra Aşiran Serdar	Dr. İdil Ünal
Botulinum Toksin	Dr. İlgen Ertam Dr. Kubilay Yücel	Dr. Kamer Gündüz
Roller	Dr. Mukaddes Özcan Dr. Tuğba Çorumluođlu	Dr. Ali Karakuzu
PRP	Dr. Özlem Karabudak Dr. Berna Şanlı	Dr. Işıl İnanır
Saçlı Deri Mezoterapi	Dr. Eda Tiftikçi Dr. Müge Güler Özden	Dr. Cevdet Altınyazar
Kombinasyon Peeling	Dr. Ercan Arca Dr. Selçuk Toklu	Dr. Ahmet Metin
İplerle Yüz Liftingi	Dr. Erol Koç Dr. Nezih Karaca	Dr. Nihal Kundakçı
DİOD Lazer ile Epilasyon	Dr. Murat Borlu	Dr. Rafet Koca
Alexandrite Lazer ile Epilasyon	Dr. Neval Bayazit Dr. Belçin İzol	Dr. Aysun Şıkar Aktürk
Mikro Odaklı Ultrason ile Lifting (I)	Dr. Ömür Tekeli	Dr. Şevki Özdemir
Frac 3 NdYAG ile Epilasyon	Dr. Makbule Dünder	Dr. Ayşe Serap Karadağ
Alexandrite + Nd - YAG ile Epilasyon	Dr. Gökhan Gökler	Dr. Zerrin Öğretmen
Hiperhidroz – Ozmidroz	Dr. Binnur Tüzün	Dr. Göksun Karaman
Mikro Odaklı Ultrason ile Lifting (II)	Dr. Hülya Sağlam	Dr. Nilgün Solak Tekin
Fokuslu Radyofrekans + Ultrason ile Lifting	Dr. Gonca Gökdemir	Dr. Emine Derviş
Fraksiyone Erbium: YAG	Dr. Aziz Mutlu Barlas	Dr. Afet Akdağ Köse
Fraksiyone Altın İğneli Radyofrekans	Dr. Tuğrul Dereli Dr. Burcu Yamangöktürk Solak	Dr. Deniz Seçkin
Alexandrite Nd YAG Vasküler Leke Tedavisi	Dr. Ekrem Civaş	Dr. Deniz Arıca
İğneli Radyofrekans ile Lifting	Dr. Meltem Önder	Dr. Orhan Özgöztaşı

20.10 – 21.30

AKŞAM YEMEĞİ

4 Mart 2015 Çarşamba

09.00 – 12.00

OTELDEN ÇIKIŞ





## BİLDİRİ SIRASI

- 1 HİDROFİLİK JEL KULLANILARAK CERRAHİSİZ ORTA DERECEDE MEME BÜYÜTMESİ YAPILAN BİR OLGU SUNUMU
- 2 HİDROFİLİK JEL KULLANILARAK CERRAHİSİZ BÜYÜK BEDEN MEME BÜYÜTMESİ YAPILAN BİR OLGU SUNUMU
- 3 ŞOK DİYET SONRASINDA GELİŞEN PRURİTUS PİGMENTOSA: OLGU SUNUMU
- 4 HİDROFİLİK JEL İLE DUDAK ŞEKİLLENDİRME SONRASI SOLİD FASİYAL ÖDEM GELİŞEN BİR OLGU
- 5 MELAZMA VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ
- 6 VENÖZ MALFORMASYONUN LP ND: YAG VE IPL İLE KOMBİNE TEDAVİSİ: OLGU SUNUMU
- 7 DAPSONA DRAMATİK BİR YANIT VEREN DOLGU KOMPLİKASYONU
- 8 MELAZMADA MİKRO İĞNEME TEDAVİSİNİN SONUÇLARI: 3 OLGULUK VAKA SERİSİ
- 9 TEDAVİYE DİRENÇLİ ERKEK TİPİ ANDROJENİK ALOPESİ'DE PLATETTEN ZENGİN PLAZMA (PRP) İLE MİKROİĞNELEME TEDAVİSİ
- 10 DERMAL DOLGU VE PRP KULLANILARAK FACİAL LİFTİNG VE LEKE TEDAVİSİ YAPILAN OLGU
- 11 ENJEKSİYON LİPOLİZ YAPILAN OLGU SUNUMU
- 12 ÖN SAÇ ÇİZGİSİNİ DAHADA İLERLETMEK İÇİN FUE TEKNİĞİ İLE YAPILAN SAÇ EKİMİ OLGU SUNUMU

**08. ULUDAĞ DERMATOKOZMOTOLOJİ KONGRESİ  
GELEN ÖZET METİNLER**

# PDO POLİDİAKSANON, FİNE THREAD LİFTİNG, İP İLE CİLT GERME VE ÖRÜMCEK AĞI TEKNİĞİ

*Dr. Erol Koç*

## TANIM

Teknolojisi; monofilament ve polifilament mikro iplerine ve polidoksanon'a dayanmaktadır. Bu polimer, renksiz bir kristal halinde sentetik ve ayrışabilen bir maddedir ve uzun yıllardır kardiyolojik ameliyatlarda dikiş ipliği olarak kullanılmıştır. İpler çok güçlüdür ve 60 ila 80 gün sonra dahi dayanıklılık özelliğinin %50'sini korur. Monofilamentler 180 ila 240 gün arasında doku tarafından eritilmiş olur. Biyolojik uyumluluğu en yüksek suture materyalidir. Büyük çaplı ipliklerde ve elyaflarda olduğu gibi biyolojik liflerde de yoğun fibrotik oluşum olmadan uzun süreli etki görülür. (1 yıldan uzun süre). Yeni oluşan kollajen 18-24 ay boyunca iskelet işlevi görmeye devam eder. Prosedür, gerektiğinde tekrarlanabilir. İplik iğne ile birlikte cilt içine takıldığında, bağışıklık sistemi ipi yabancı cisim olarak algılar. Böylece bağışıklık sistemi inflamatuvar reaksiyon gösterir. Kollajen oluşumu ve kan akışı uyarılır. Ayrıca ipin gerginliği, gerdirme etkisi yapar.

## Etki Mekanizması

- *Yabancı cisim etkisine bağlı kollajen rejenerasyonu*  
*Yabancı cisim reaksiyonuna bağlı gelişen doku adezyonu ve çapalama etkisi*
- *Mikrosirkülasyonda artış*
- *Selülitte azalma / Lipolizde artış*

## Kullanıldığı Bölgeler

Yüz Bölgesi, Göz Çevresi, Perioral Bölge, Nazolabial Alan, Dudaklar, Marionette, Sigara çizgileri, Boyun, Boyun Kırışıklıkları, Dekolte, Gıdı Bölgesi, Kol/Bacak İçi, Popo, Meme, Karın Bölgesi, Stria, Yara iyileşmesi.

## İplik Çeşitleri

Monofilament: İşlemlerde %60 oranında kullanılan iplerdir. Yüzde 3-4-6 cm, vücutta 6-9 cm uzunluktadır. Kalıcılık süresi 6-12 aydır.

Multi (İkiz): Yüzde ve vücutta kullanılır. Kaldırma gücü monofilamentlerden daha yüksektir. (2x Monofilament)

Screw: Yüzde ve vücutta kullanılır. Kaldırma gücü monofilamentten yüksektir. (3x monofilament). Ana vektöre doğru oblik, horizontal, kafes uygulanabilir.

Multi Screw: Yüz ve vücutta kullanılır. Kaldırma gücü monofilament, multi ve screw iplikten yüksektir. (5x monofilament)

Gold: Yüz ve vücutta kullanılır. Kaldırma gücü monofilamentten yüksektir. Kalış süresi tüm iplerden daha uzundur. İnflamasyona bağlı fibroblastik etkisi daha yüksektir. Zigomatik alan, Yüz kontürü, mandibuler hatta, alın çizgilerinde uygulanır.

COG: Yüz ve vücutta kullanılır. Kaldırma kuvveti tüm ipliklerden daha yüksektir. (10x monofilament). Kalış süresi monofilamentten uzundur. Ana vektöre doğru, oblik yerleştirme ile yelpaze, oblik veya dik yerleştirilir.

Yüz Bölgesi; İp yerleştirme yukarı ve laterale, temel vektör ucu temporal bölgeye yakın, zigomatik alan üstünde seçilir. Yüz kontörü ve zigomatik bölgede altın iplikler öncelikle tercih edilir. Sert anatomik yapılara yakın alanlardaki yumuşak doku bölgelerinde yukarı ve dışa doğru lifting etkisi yüksek (COG,Multi Screw,Screw) ipler tercih edilir. Tüm yüz uygulamalarında 100-300 ip kullanılır. İplerin %30'u nitelikli iplerden %70'i monofilament olanlardan kullanılır. 3-4-6 cm'lik iplikler önceliklidir. 9-10 cm COG iplikler el becerisi geliştikçe yüz bölgesinde kullanılmalıdır. İşlem sonrasında 6-8 ayda bir yapılacak 50-80 iplik kontrol seansları etkinliğin uzatılmasında etkilidir.

Göz çevresi; Orbita üstünden kaştan başlayarak vertikal sıralı ipler takılır. Kaş üstü bölgede; temporal bölgede, alın bölgesinde, glabellada, kaz ayaklarında kullanılır.

Dudaklar; dolgu ile kontör yapar gibi, 3 cm'lik iğneler, pembe bitiminden beyaz içine uygulanır.

Uygulama öncesi hazırlık

- Bölgenin temizlenmesi (antiseptik ürün ile)
- Bölgenin anestezisi
- Topikal krem
- Blok (infra, supraorbital, mental sinirler)/lokal anestezi (Lidokain-Ultrakain)
- Sedasyon anestezisi
- İşlem planlama ve yüzü işaretleme
- Tümesan sıvısı 2 cc Jetokain, 3 cc SF, 1 cc Bikarbonat

İşlem Sonrası Dikkat edilecekler

Buz uygulaması, profilaktik antibiyotik kullanımı, sıcaktan korunmak, travma riskinden korunmak, morarma giderici okside K vit kullanmak (10 gün), RF, odaklı USG gibi uygulamalardan kaçınmak.

Yan Etkiler

Ekimoz, Ödem, Kızarıklık, Geniş alan uygulamalarında 5-10 gün iyileşme süresi.

Komplikasyonlar

Enfeksiyon, Asimetri (nadiren, özellikle yoğun COG kullanımında)

Kombinasyon Tedavileri

1. Botulinum toksini
2. Dolgu
3. Fokuslu USG
4. Altın iğne
5. Fraksiyonel Lazer
6. RF / AWT / Vakumlu sistemler
7. Mezolifting, PRP, Gençlik aşısı, İşilti dolgusu. Sistemleri ile uygun seans aralıkları belirlenerek kombine edilebilir.

## **Poli L Laktik Asit ile Cilt Germe**

Anında ve doğal bir yüz germe işlemi olup, zamanla kaybolan kollajeni yerine getirme amacı taşır. Tamamen emilebilirdir ve 30 dakikalık bir uygulamadır. İz-skar riski yoktur. 18 aya kadar etkilidir. Çene, kaş, yanak ve boyunda kullanılmaktadır. PLA; kraniyofasiyal cerrahide yıllardır kullanılan bir polimerdir. Tamamen absorbable, kısmi biouyumlu, iyi tolere edilebilir bir üründür. Allerji testi gerektirmez. Subkutan dokuda fibroblast aktivitesini stimule eder ve kollajen üretimini uyandır. Yabancı cisim reaksiyonu ile inflamatuvar reaksiyonun uyarılmasına neden olur, koni'nin etrafında fibrozis oluşumu ve fibröz kapsülle sarılması gerçekleşir.

Polilaktik asit içeren koniler lactide glycolide 82-18 ihtiva eder. 30 cm'lik 8 koni, 27,5 cm'lik 12 koni, 26,7 cm'lik 16 koni çeşitleri vardır.

İdeal hastalar; orta yüz çökmüş hastalar, malar volüm kaybı olan hastalar, çene pitozu, boyun kaslarında gevşeme ve kaş pitozu olan hastalardır.

Uygulaması kolay olmakla birlikte iyi bir eğitim gerektirmektedir. Kanama, ekimoz, morarma, iğne giriş çıkış noktalarında yabancı gamze oluşumu gibi, basit, kolay tedavi edilebilir ve tolere edilebilir yan etkileri vardır. Uygun hasta seçimi, tekniğin iyi uygulanması, işlem sonrası iyi takip ile sonuçları çok yüz güldürücüdür.

# PLATELETEN ZENGİN PLAZMA / OTOLOG FİBROBLAST

*Yrd. Doç. Dr. Gürol Açıkgöz*

*GATA Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı*

## PLATELETEN ZENGİN PLAZMA (PRP)

Plateletlerin hemostaz görevlerinin yanında yara iyileşme sürecinde aldıkları etkin rol artık iyi anlaşılmış bir gerçektir. Otokrin ve parakrin self aktivasyonla inflamatuvar cevabın, kemotaksisin, aterotrombozisin, koagülasyon ve selüler diferansiyasyon regulasyonunun tetiğini çekerler, yeni oluşan ekstraselüler matriksin oluşumuna katkıda bulunurlar.  $\alpha$ , lizozomal ve yoğun kor granülleri ihtiva ederler. Özellikle  $\alpha$  ve kor granüllerindeki büyüme faktörleri (BF), sitokinler, kemokinler ve pıhtılaşma faktörleri ile yara iyileşmesinde (inflamasyon, doku rejenerasyonu) rol alırlar. Bu sekretuar moleküller platelet aktivasyonu ile pıhtılaşmadan sonraki yaklaşık 10 dakikalık süreçte salınırlar. BF'leri salınmadan önce aktiflenirler. Hasar görmüş, yaşamını kaybetmiş plateletler BF'lerinin aktive olamamasına ve dolayısıyla PRP uygulaması başarısızlıkla sonuçlanır. Plateletlerin bütünlüklerinin korunması için asid sitrat dekstroz tip A antikoagulanı ve santrifüj sırasında düşük yerçekimi kuvvetleri gereklidir. 1-7

Yara iyileşmesi, kompleks, multiselüler bir süreçtir ve bir anlamda bariyer restorasyonunu amaçlar. İçerisinde keratinositlerin, fibroblastların, endotel hücrelerinin, makrofajların ve platelet gibi hücrelerin rol alıp, koordineli olarak çalıştığı bir süreçtir. PRP'nin tedavi amaçlı kullanılması fikri plateletlerin içeriğindeki yüksek miktardaki büyüme faktörlerinin fonksiyonlarına dayanmaktadır. 1-7

PRP, referans hattının üzerinde platelet içeren otolog kandan elde edilen plazma fraksiyonudur. PRP içerdiği BF sayesinde büyüme faktörü agonisti gibi davranır. Normal bir pıhtıda %93 kırmızı kan, %6 platelet ve %1 ise beyaz kan hücresi bulunmaktadır. PRP'de ise bu oran platelet %93, kırmızı kan %6, beyaz kan hücresi ise %1'dir. PRP içeriğinde 7 kat artmış TGF- $\beta$ , 30 kat artmış PDGF ve 10 kat artmış EGF olduğu öne sürülmüştür. Fibroblast, remodelizasyon safhasında rol alır. BF mezenşimal hücreler üzerindeki reseptöre bağlanırlar. Hücre içine ve hücre nükleuslarına penetre olmadıklarından tümör formasyonunu indüklemeyebilirler. PRP içeriğindeki maddeler konsantrasyon farkı nedeniyle basit difüzyonla tatbik bölgesindeki mikroçevreye yayılır. Verildiği bölgede kalmaları önemlidir. 1-7

Kişiden alınan antikoagulanlı kan santrifüje edildiğinde 3 kısma ayrılır. Alt kısım saf eritrositlerden, orta kısım (buffy coat) platelet ve beyaz kan hücrelerinden ve en üst kısımda da plazma bulunur. Alınan kanın yaklaşık %10 kadarı PRP olarak elde edilir. Ekstrakte etme sürecinde santrifüjde düşük G gücü kullanılmalıdır. 1-7

Normalde iyi bir PRP'de en az bir milyon platelet olmalıdır. PRP'nin daha yüksek oranda platelet ihtiva etmesinin yara iyileşmesini negatif yönde etkilediği gösterilmiştir. Ayrıca yüksek oranda TGF- $\beta$ , EGF ve PDGF'nin yara iyileşmesini bozduğu ve skar dokusunu artırdığı gösterilmiştir. 1-7

PRP dermatolojide; deprese skarda, yüz ve boyun rejenüvasyonunda, melazmada, saç transplantasyonu sonrası tedaviye destek amacıyla kullanılmaktadır. 1-7

Yüksek düzeyde tolere edilebilmesi, deride üst düzeyde bir canlanma sağlayabilmesi, kullanılan ürün ve sağlanan etkinin uzun soluklu olması, tedavi sürecinin görece kolay ve güvenli olması, otolog olması avantajlarıdır. 1-7

PRP uygulama sıklığı ile ilgili net protokoller olmamakla birlikte alopesilerde nokta tekniği ile 2-4 haftada bir 3 veya 6 seans, cilt yenilemede napaj ve nokta tekniği kombinasyonu ile 2 haftada bir 3 seans, dermal augmentasyonda lineer tünel tekniği ile 3 haftada bir 2-3 seans şeklinde uygulanabilir. 1-7

PRP, kritik trombositopeni, hipofibrinojemi, hemodinamik dengesizlik, sepsis, antikoagülan tedavisi, akut ve kronik enfeksiyonlar, fasiyal kanseri veya kronik karaciğer patolojisi olanlarda kullanılmamalıdır. 1-7

Hastanın yaşı, cinsi, ırkı, deri kalitesi, eşlik eden/altta yatan hastalıklar, uygulama bölgesi, lokalizasyonu, yara derinliği, yara süresi, PRP içeriğindeki platelet sayısı gibi durumlar PRP uygulama sonuçlarını etkiler.1-7

## **OTOLOG FİBROBLAST**

Fibroblastlar mezenkim kaynaklı olup tam farklılaşmış gelişim evresini tamamlayarak fibrosit adını alırlar. Ekstraselüler matriks sentezlenmesi ve depolanması, kemotaktik, mutajenik ve modulatör sitokinlerin proliferasyonu ve migrasyonu yanında fibroblastlar otokrin ve parakrin etkileşimi de sağlar. Yara iyileşmesinde temel rol alan kollajen, elastin ve mukopolisakkaridlerin yapımında sorumlulukları olan hücrelerdir.8-14

Otolog fibroblast enjeksiyonuyla Tip III kollajen sentezlenir, daha kalın ve yoğun bir kollajen tabakası oluşur ve bu etki yıllarca büyük oranda devam eder. İlk olarak 1995 yılında kullanılmaya başlanmış, 2005 yılında FDA onayı alması ile birlikte kozmetik amaçlı kullanımı başlamıştır. 2008 yılından itibaren ülkemizde kullanılmaya başlanmıştır. Yanık, diyabetik ülser, kronik venöz ülser, bası ülserleri, akne skatrisleri ve kozmetik amaçlı olarak ise yüz yenileme ve kırışıklık tedavisinde kullanılmaktadır. 8-14

Seçilen hastaların uygun bölgelerinden (kulak arkası, pubik bölge vb) alınan deri örnekleri uygun medyalarla soğuk zincir kurallarına uygun olarak laboratuvarlarına gönderilir. Burada gördüğü işlemler sonrası hazırlanmış olarak örnekler uygulama için hazır duruma getirilir. Elde edilen otolog fibroblastın nokta tekniğiyle 4-5 hafta aralıklarla 3 seans uygulanması kabul gören uygulama tercihidir. Uygulama yerinde görülen eritem, ödem, ekimoz ve endürasyon en sık karşılaşılan yan etkilerdir.8-14

Otolog fibroblast tedavisinin daha az doku örneği gerektirmesi ve kollajen üreterek skar tedavisine katkısı en başta gelen avantajlarıdır. Ayrıca, elde edilen ve -80 °C de saklanan fibroblastların istenilen durumlarda tekrar kullanılabilmesi böylelikle hücre yaşlanmasının önüne geçilebilmesidir. Maliyetinin oldukça yüksek olması ve işleyecek laboratuvar sayısının azlığı önemli dezavantajlarıdır. 8-14

Kişinin kendi hücrelerinde kültüre edilip hazırlanan bir tedavi olduğundan yabancı cisim reaksiyonları, nodül oluşumu, allerjik reaksiyonlar gibi diğer dolgu maddelerinde görülen reaksiyonlar bu uygulamada görülmez. Güvenilir ve etkili olan bu yöntem yüz yenileme, kırışıklık tedavisi, skatris tedavisinde kullanılmaktadır. 8-14



## KAYNAKLAR:

1. Turan Y, Erbil AH, Koç E. Plateletten Zengin Plazma ve Dermatoloji. *Dermatoz* 2011;2(3):355-360.
2. Cervelli V, Garcovich S, Bielli A, et al. The effect of autologous activated platelet rich plasma (AA-PRP) injection on pattern hair loss: clinical and histomorphometric evaluation. *Biomed Res Int*. 2014;2014:760709.
3. Kang JS, Zheng Z, Choi MJ, Lee SH, Kim DY, Cho SB. The effect of CD34+ cell-containing autologous platelet-rich plasma injection on pattern hair loss: a preliminary study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2014;28(1):72-9.
4. Lee S, Zheng Z, Kang J, Kim D, Oh SH, Cho SB. Therapeutic efficacy of autologous platelet-rich plasma and polydeoxyribonucleotide on female pattern hair loss. *Wound Repair Regen*. 2014 Dec 18. doi: 10.1111/wrr.12250.
5. Fukaya M, Ito A. A New Economic Method for Preparing Platelet-rich Plasma. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2014;2(6):e162.
6. Arshdeep, Kumaran MS. Platelet-rich plasma in dermatology: boon or a bane? *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2014;80(1):5-14.
7. Khatu SS, More YE, Gokhale NR, Chavhan DC, Bendsure N. Platelet-rich plasma in androgenic alopecia: myth or an effective tool. *J Cutan Aesthet Surg*. 2014;7(2):107-10.
8. Köse O, Özmen İ, Yeniay Y. Akne Skarları Tedavisinde Otolog Kültüre Fibroblast Enjeksiyonu. *Türkderm* 2012;46.90-3.
9. Kutlubay Z, Karakuş Ö, Engin B, Serdaroğlu S. Otolog Fibroblast İnjeksiyonu. *Dermatoz* 2014;5(2):1452d1.
10. Fabi S, Sundaram H. The potential of topical and injectable growth factors and cytokines for skin rejuvenation. *Facial Plast Surg*. 2014;30(2):157-71.
11. Munavalli GS, Smith S, Maslowski JM, Weiss RA. Successful treatment of depressed, distensible acne scars using autologous fibroblasts: a multi-site, prospective, double blind, placebo-controlled clinical trial. *Dermatol Surg*. 2013;39(8):1226-36.
12. Thangapazham RL, Darling TN, Meyerle J. Alteration of skin properties with autologous dermal fibroblasts. *Int J Mol Sci*. 2014;15(5):8407-27.
13. Driskell RR, Lichtenberger BM, Hoste E, et al. Distinct fibroblast lineages determine dermal architecture in skin development and repair. *Nature*. 2013;504(7479):277-81.
14. Smith SR, Munavalli G, Weiss R, et al. A multicenter, double-blind, placebo-controlled trial of autologous fibroblast therapy for the treatment of nasolabial fold wrinkles. *Dermatol Surg*. 2012;38,1234-43.

# AKILCI İLAÇ KULLANIMI

## YEREL VE İNTRALEZYONEL KORTİKOSTEROİD TEDAVİSİ

**Prof.Dr. Soner Uzun**

*Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı*

Dermatolojik hastalıklarda yerel kortikosteroid tedavisi lezyon alanında yüksek etki sağlamak ve sistemik yan etkileri sınırlandırmak amacıyla ilk kez 1952 yılında ekzemaların tedavisinde Dr. Marion Sulzberger tarafından kullanılmıştır. Yerel kortikoterapinin etkinliği kullanılan ajanın vazokonstriktif, antiinflamatuvar, antiproliferatif ve immünoşüpresif etkileri ile ilişkilidir.

**Yerel Kortikosteroid Tedavisi Endikasyonları:** Bu tedavinin çok etkili olduğu hastalıklar; atopik dermatit (çocukluk dönemi), seboreik dermatit, intertrigo, çocuk bezi (diaper) dermatiti, psoriasis (intertrijöz), büllöz pemfigoid'dir. Orta derecede etkili olduğu hastalıklar ise; psoriasis (gövde tutulumu), erişkin atopik dermatiti, nümmuler ekzema, kontakt dermatit, papüler ürtiker, parapsoriasis, liken simpleks kronikus ve vitiligo'dur.

**Yerel Kortikosteroidlerin Etki Güçleri:** Kortikosteroidlerin etki gücü, vazokonstriktör etkileri ile doğru orantılıdır. Aşağıdaki tabloda ülkemizde bulunan yerel preparatlar etki güçlerine göre sınıflandırılmıştır.

Yerel kortikosteroidlerin tedavi edici etki ve yan etkilerinde; kullanılan kortikosteroidin gücü (zayıf, orta, güçlü, çok güçlü olması), uygulama şekli (kullanım sıklığı, kullanılan kortikosteroidin miktarı, uygulama yöntemi "kapalı-açık", uygulanan anatomik alan, uygulanan alanın genişliği, uygulanan alanda korneum tabakasının kalınlığı, kullanılan kortikosteroidin formu "krem, pomad, losyon vs." gibi) önemli faktörlerdir.

**Yerel Kortikosteroidlerin Yan Etkileri:** Epidermal atrofi, stria, purpura, telenjektazi, rozase, steroid aknesi, perioral dermatit, hipertrikozis, hipopigmentasyon, follikülit ve milia, yara iyileşmesinde gecikme, bakteriyel ve fungal enfeksiyonlara eğilim yerel kortikosteroid tedavisi sırasında gelişebilecek yan etkilerdir.

**Kullanım Sıklığı:** Yüksek güçlü ve güçlü kortikosteroidler günde 1 kez, orta güçlüler günde 1 ya da 2 kez, düşük etkili olanlar ise günde 2 kez uygulanırlar.

**Kullanım Miktarı:** 10x10 cm'lik bölgeye 1 gr krem veya pomad uygulanır. Çok güçlü veya güçlü kortikosteroidler uzun süre geniş yüzeylerine uygulanacaksa, pomadlar vazelinle, kremler baz kremlerle seyreltilmelidir.

**Oklüzyon Şeklinde Uygulama (Plastik film veya naylon örtü ile kapalı uygulama):** Deriden emilim 10-100 kat artar. Ayrıca derinin hidrasyonu artar ve stratum korneum kortikosteroid rezervuarı haline gelir.

**Topikal Kortikosteroidlerin Emilimini Arttıran Faktörler:** Uygulama alanının geniş olması, bölgenin nemli olması (emilimi 4-6 kez artırır), uygulama bölgesinde inflamasyon olması, uygulanan kortikosteroidin florlu olması emilimi arttıran faktörlerdir.

**Topikal kortikosteroidler için kullanım önerileri:** Kortikosteroidlere iyi yanıt veren dermatozlarda (ör; ekzemalarda) düşük veya orta etkililer, kortikosteroidlere az yanıt veren dermatozlarda (ör; palmoplantar, hipertrofik ve likenifiye dermatozlarda) güçlü veya çok güçlüler (hatta oklüzyon şeklinde), yüz ve kıvrım yerlerinde (aksilla, kasık, genital ve perianal bölgelerde) düşük ve orta etkili formlar (perioral dermatit ve atrofi gelişimi riski açısından) tercih edilmelidir. Çok güçlü olanlar kısa dönem (14-20 gün) ve aralıklı kullanılmalıdır. Uzun süre kullanımlarda ani kesmekten sakınılmalıdır (Rebound). Ülsere ve atrofik lezyonlarda, aktif enfeksiyon alanında ise kullanılmamalıdır. Çocuklarda kullanırken, sistemik ve yerel yan etkiler göz önünde bulundurulmalıdır.

Atopik dermatitli çocuklarda orta güçlüler verilmeli (zayıf etkililer nöksleri arttırabilir), erişkinlerde likenifiye lezyonlarda güçlüler kullanılmalı (daha sonra orta veya az güçlülere geçilmelidir), mukoza lezyonlarında oral veya genital kandida riski akılda tutulmalıdır. Uygun taşıyıcılı (krem, merhem, losyon, jel, köpük, taban) preparatlar seçilmeli: Kuru lezyonlarda merhem, sulantılı / yarı sulantılı lezyonlarda losyon, jel veya krem, saçlı deri, kıllı bölgeler ve kıvrım yerlerinde ise losyon ve köpük daha uygun olup merhem enfeksiyon riskini arttıracığı için uygun değildir.

Çocuklarda Kullanımı: Prematürlerde deriden (daha ince olduğundan ve özellikle de bez bölgesinden) emilim daha yüksektir. Deriden fazla miktarda emilim endojen kortizol üretimini süprese eder, kronik süpresyon ise gelişme geriliğine neden olur. Bu nedenle çocuklarda daha çok düşük ve orta etkili kortikosteroidler tercih edilmeli, güçlü etkililer kullanılacaksa doz 15 gr/haftayı aşmamalıdır.

Yaşlılarda ve Gebelerde Kullanımı: Yaşlılarda deri inceldiğinden kortikosteroidin emilimi artar. Yan etkilerden sakınmak için kısa süreli ve sık olmayan kullanımlar tercih edilmelidir. Gebelikte topikal kortikosteroidler C kategorisindedir. Kullanılması zorunlu ise kısa süreli, zayıf etkililer kullanılmalı ve oklüzyon yapılmamalıdır. Emzirenlerde beslenmeden önce göğüs bölgesine ve memelere sürülmemelidir.

Topikal Kortikosteroid Seçerken Göz Önünde Bulundurulması Gereken Özellikler:

1. *Hastalığın yaygınlığı (sınırlı, geniş alanlar tutulmuş)*
2. *Lezyonun durumu (kuru, sulantılı, hiperkeratozik, vs.),*
3. *Olası tedavi süresi*
4. *Lezyonların yerleşim yeri (Yüz, kıvrım yeri, plantar, ağız vs.),*
5. *Dermatozun tipi (psoriasis, ekzema vs.)*
6. *Sekonder enfeksiyonun varlığı (bakteriyel, fungal, herpetik)*
7. *Lezyonun kalınlığı (hiperkeratozik)*
8. *Hastanın yaşı, durumu (infant, çocuk, yetişkin, yaşlı, gebe vs.),*
9. *Hastanın maddi durumu*

İntralezyonel Kortikosteroid Tedavisi: Yerel tedavinin etkisiz olduğu veya sistemik tedaviden kaçınılan lokalize dermatozlarda kullanılan bir yöntemdir. Stratum korneum bariyerini baypas ederek patolojinin olduğu alanda yüksek kortikosteroid konsantrasyon ile tedavi imkânı sağlar. En sık endikasyonları; sarkoidoz, granüloma annulare, alopesi areata, keloid, akne kisti, pemfigus vulgaris, hipertofik liken planus ve morfea'dır. Triamsinolon asetonid 30-kalibrelik bir iğne ile az miktarlarda lezyon içerisine enjekte edilir. İdeal konsantrasyon lezyonun tipi, kalınlığı ve yerleşim yerine göre değişir: Keloid gibi kalın dermal lezyonlarda 20-40 mg/ml gibi yüksek konsantrasyonlarda enjekte edilebilirken ince lezyonlarda dermis ya da yağ dokusu atrofisinden kaçınmak için daha çok seyreltilmiş (2 mg/ml'e kadar) konsantrasyonlar kullanılmalıdır.

Sonuç: Yerel kortikoterapi inflamatuvar deri hastalıklarında tedavinin temel taşıdır. Glukokortikosteroidlerin uygun yerel kullanımları bu ilaçların çeşitli formülasyonlarının ve güç farklılıklarının bilinmesini gerektirir. Uygun tedavi için lezyonun tipi, durumu, yerleşim yeri, hastanın yaşı, uygulama süresi ve miktarı dikkate alınmalıdır. Özellikle güçlü kortikosteroidlerin uygun olmayan kullanımlarında yerel ve sistemik yan etkiler gelişebilir. İntralezyonel tedavi bazı kronik dermatozlarda iyileşmeyi hızlandıran, sistemik steroid ihtiyacını azaltan bir uygulamadır.

# KOMBİNASYON TEDAVİLERİNE ALGORİTMİK YAKLAŞIM; PERİORBİTAL REJUVENASYON

*Prof. Dr. Ayşe Şebnem Özkan*

Tüm vücut enerjisinin dışa açılım noktası olan gözler, sağlıklı görünüm açısından olduğu kadar iletişim ve duygudurum ifadesinde de önemli rol oynar. İletişimin ilk durağı olarak göz ve çevresinin estetik görünümü her zaman istenir. Buna karşın yaşlanmanın ilk ve öne çıkan belirtileri gözler çevresinde olduğundan periorbital rejuvenasyon özellikle üzerinde durulan bir konudur.

Yaşla birlikte deride kollagen ve elastinde yapılanma bozukluğu ile hialüronik asit azalması, kemik ve yağ kompartmanlarındaki kayıplara eklenince ortaya gevşeklik, gerginlik kaybı, çizgiler ve oluklarla karakterize bir görünüm ortaya çıkar. Göz çevresindeki yaşlanma belirtileri alt ve üst göz kapağındaki değişimlerin yanısıra, alın, glabella ve temporal bölgede oluşan değişimlerle birlikte tamamlanmaktadır. Dolayısıyla periorbital rejuvenasyon tüm bu bölgelerin birlikte değerlendirilmesini, deri, kas, kemik ve yağ tabakalarının hepsinin hedeflenmesini gerektirecektir.

Periorbital bölgenin kemik yapısında; lateral, supra ve infraorbital kenarlar, supraorbital ve infraorbital foramina, zigomatikofasiyal foramina, supersilier ve zigomatik arklar, üst ve alt temporal çıkıntılar, ayrıca frontal ve malar kabartıların değerlendirilmesi önem taşır. Frontal kemiğin oluşturduğu supraorbital kenar üzerinde supraorbital foramenin lokalizasyonunu belirlemek gerekir. Supraorbital foramen fasial orta hattın yaklaşık 2.5 cm uzaklıkta yer alır, supraorbital sinirin gözden çıkarak supraorbital arter ve venle birleştiği bölgedir. İnfraorbital kenar ise maksiller kemiğin mediali ile zigomatik kemiğin lateralinden oluşur. Yine fasial orta hattın 2.5cm kadar lateralinde ve infraorbital rimin 1 cm kadar altındaki infraorbital foramen yine sinir ve damarların lokalize olduğu noktalarıdır.

Bölgenin kaslarından orbikularis okuli; oldukça yüzeysel bir kas olup gözü çepeçevre kuşatır. Glabellar kompleks; korrugator ve proserus kaslarından oluşmaktadır. Küçük ve derin olan korrugator supersiliinin kasılmaları kaşları aşağı ve mediale çekerek glabelladaki vertikal gidişli '11 çizgileri'nin oluşmasına neden olur. Proserus ise alın ve kaşları aşağı çeken kıştır; burun kökündeki transvers çizgilenme ve 'Tavşan çizgileri'nin oluşmasından sorumludur. Kaşları kalkık tutan kaslar frontalis kaslarıdır. Bunların kasılması gözün açılmasına yardım eder ve alındaki horizontal çizgilerin gelişmesine neden olur. Levator palpebra superior ismiyle bilinen kaslar ise üst göz kapağının kalkmasını sağlar.

Göz kapağı derisi, vücudun en ince derisidir, subkutan doku minimaldir ve oldukça gevşek bir yapıdadır. Kirpikler diğer vücut kıllarının aksine arrektör pili kasları içermez, kısa anagen ve uzun telogen safha gösterir, androgenlere duyarlı değildir.

Yaşlanma süreci ile birlikte göz çevresinde kozmetik olduğu kadar fonksiyonel değişimler de gelişir; kaşlar orijinal pozisyonundan aşağıya düşer, pitoz gelişir ve üst göz kapağı derisinde sarkma gözlenir. Bu durum görüş alanını da daraltacaktır. Kompanse edebilmek üzere frontal kaslar fazlasıyla kullanılarak alında transvers çizgilenmelere neden olur. Zamanla derinin incilmesi, subkutan yağ dokusunun ve kasların atrofisi ile birlikte venöz dilatasyonun gelişimi periorbital retiküler venlerin belirginleşmesine neden olur.

Periorbital rejuvenasyon programına başlamadan önce göz ve çevresi tüm komponentleriyle değerlendirilmelidir. Kaz ayakları çizgileri ve 11 çizgileri adı verilen mimik çizgileri, kaşların pozisyonu ve şekli, alındaki transvers çizgiler, periorbital derideki gevşeklik ve kırışıklık, gözaltındaki renk değişimleri, periorbital retiküler venlerin belirginliği hepsi değerlendirilmelidir.

Periorbital rejuvenasyona kaz ayaklarının botulinyum toksin uygulamalarıyla giderilmesi ile başlanabilir. Herkeste gülümseme ile gelişen kaz ayakları paterni farklı özellikler gösterir, dolayısıyla mevcut paterne göre uygulamanın yapılması gerekir. Uygun olmayan enjeksiyonlar yeni kompensatuar kasılma ve kırışıklıkların gelişmesine, yada doğal görünümünden sapmalara neden olacaktır. Kişinin beklentisine yönelik ve kaşların pozisyonunu etkileyecek biçimde uygulamalar

Periorbital derinin durumuna göre yenileme yöntemlerinden bir yada birkaçı seçilebilir. Bunlar arasında kimyasal peeling, dermabrazyon, roller, nonablatif ve ablatif lazer işlemleri, IPL, fotodinamik tedavi, fokuslanmış ultrason, bipolar ve monopolar radyofrekans uygulamaları farklı kombinasyonlarda uygulanabilir.

Volum kaybının çok belirgin olduğu durumlarda farklı materyaller ile (otolog yağ, hiyalüronik asit..) dolgu uygulamaları da yapılmaktadır.

Periorbital retiküler venlerin belirgin olduğu durumlarda vasküler komponente etkili NdYAG lazer uygulamaları öne çıkmaktadır.

Bu uygulamaların güneş koruyucular, topikal antioksidanlar, retinoidler, peptidler ve büyüme faktörleri içeren yerel tedavilerle desteklenmesi özellikle gözaltı morlukları, fotoyaşlanma ve ödemin belirgin olduğu olgularda önerilmektedir.

Blefaroplasti gibi cerrahi uygulamalar kişinin beklentileri de değerlendirilerek uygulanabilmektedir.

### **Kaynaklar**

1. Kane MAC. *Nonsurgical periorbital and brow rejuvenation. Plast. Reconstr. Surg.* 135: 63, 2015
2. Chauhan N, Ellis DAF. *Periorbital rejuvenation; reticular vein treatment. Facial Plast Surg Clin N Am.* 147:-155, 2013
3. Brauer JA, Patel U, Hale EK. *Laser skin resurfacing, chemical peels, and other cutaneous treatments of the brow and upper lid. Clin Plast Surg* 40: 91-99, 2013
4. Bucay VW, Day D. *Adjunctive skin care of the brow and periorbital region. Clin Plast Surg* 40: 225-236. 2013
5. Çetinkaya A, Devato MH. *Periocular fat grafting; indications and techniques. Curr Opin Ophthalmol* .24: 494-499. 2013
6. Lee S, Yen MT. *Injectable hyaluronic acid fillers for periorbital rejuvenation. Int Ophthalmol Clin.* 53:3; 1-9. 2013
7. Sterling JB. *Micropunch blepharopeeling of the upper eyelids: A combination approach for*

# VARİSELLA SİKATRİSLERİ OLAN BİR HASTADA YAPILAN DERMOKOZMETİK İŞLEMLER

**Doç. Dr. Zekayi Kutlubay**

*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı*

Otuz bir yaşında bir erkek hasta yaklaşık bir yıl kadar önce yüzündeki varisella izlerinin giderilmesi için başvurdu. Hasta üç yaşındayken varisella infeksiyonu geçirmiş. Hastanın yüz bölgesinde çoğunluğu “rolling” ve “boxcar” tarzında olmak üzere sikatrisler mevcuttu. Bu sikatrisler için bir yıl önce ablatif Er:YAG lazer uyguladık. Er:YAG lazer 2940 nm dalga boyunda ışın yayar ki bu da su molekülünün maksimum absorpsiyon seviyesi olan 3000 nm'ye yakındır. CO2 lazere göre su tarafından 12-18 kat daha güçlü şekilde absorbe edilir. Kanama odakları görülünceye kadar, birkaç kat “short pulse” modunda ablasyon yapıldı. Operasyon sonrası bakımları yapması istendi. Hastanın yüzündeki lazer lezyonları yaklaşık bir hafta içinde krutlanarak iyileşti. Hafif bir eritem vardı, o da bir ay içinde kayboldu. Aradan 6 ay geçtikten sonra hastaya aynı seansta hem subsizyon hem de roller uygulamaları yapıldı. Subsizyon için oftalmologların kullandığı iki kenarı da kesici olan katarakt bıçağı kullanıldı. Katarakt bıçağı ile sikatris altında bulunan fibröz bantlar ve yapışıklıkların kesilmesi sağlandı. Katarakt bıçağı ileri geri ve yana hareketlerle bantların kesilmesini sağladı. Bütün sikatrislere subsizyon yapıldıktan hemen sonra, 2 mm uzunluğunda iğneleri olan roller ile mikro-iğneleme tekniği uygulandı. Yıldız şeklinde hareketler yapılarak, her bir bölgeden 5-6 kez iğnelerin geçişi sağlandı. Aradan bir hafta geçtikten sonra sikatrislerin hemen altına (subsizyon yapılarak bantların kesildiği bölgelere) dolgu injeksiyonu yapıldı. Bir seansta 3 ml dolgu injekte edildi. Birer ay aralarla toplam üç kez roller uygulaması yapıldı. Elbette varisella sikatrisleri tamamen kaybolmadı fakat sikatrisler bariz azaldı, daha yüzeyselleşti. Hem hastanın yakın çevresi hem de kendisi sonuçtan oldukça memnun. İlginç, tedavisi zor, bu tarz sikatrislerde çok başarılı olamadığımız, klasik dermokozmetik işlemlerden farklı uygulamalar gerektirdiği için sizlere sunmayı uygun gördüm.

**8. ULUDAĞ DERMATOKOZMOTOLOJİ KONGRESİ  
GELEN SÖZEL BİLDİRİLERİ**

# HİDROFİLİK JEL KULLANILARAK CERRAHİSİZ ORTA DERECEDE MEME BÜYÜTMESİ YAPILAN BİR OLGU SUNUMU

<sup>1</sup>Gülfem Ateş Gürbüz, <sup>2</sup>Ali Şahan, <sup>2</sup>Erol Koç,

<sup>1</sup>Dr. N. K. Sincan Devlet Hastanesi, Dermatoloji Bölümü, Ankara

<sup>2</sup>Ankara Medical Park Hastanesi, Dermatoloji Bölümü, Ankara

## GİRİŞ

Hidrofilik jel temelde sudan oluşan bir jeldir ve yumuşak dokulara yumuşaklık ve esneklik vererek bu koşulların uzun süre kalmasını sağlar, insan dokularıyla yüksek uyuma sahip bir biyolojik maddedir; bileşiminin % 98'inin sudan oluşması sayesinde insan vücudunun doğal görünümünü verir. Palpasyon ile fark edilebilen bir kontur bulunmaz. Meme büyütmesi için cerrahi işlem istemeyen ya da cerrahi girişime uygun olmayan hastalar için iyi bir alternatiftir. İşlemin temel özelliği ameliyat sonrası iyileşme döneminin kısa olmasıdır. Hasta işleminden sonra sosyal yaşantısına ve iş yaşamına dönebilir. Burada orta derecede meme büyütmesi yapılan 28 yaşında bir olgu sunulmaktadır.

## AMAÇ

Meme büyütmesi için cerrahi işlem yapılamayan hastalarda hidrofilik jel ile yapılan meme büyütme işleminin sunumu.

## METOD

Olgu sunumudur.

## OLGU

Meme küçüklüğü şikâyeti olan fakat cerrahi işlem istemeyen, bekâr, 28 yaşında bayan hasta polikliniğe başvurdu (Şekil-1). Hastanın yapılan fizik muayenesi, laboratuvar tetkikleri ve meme görüntüleme raporlarında herhangi patolojik bir bulgu saptanmadı. Özgeçmiş ve soygeçmişinde bir özellik yoktu.

Hasta elektif şartlar sağlandıktan sonra polikarbamid hidrofilik jel göğüs dolgusu uygulaması için hazırlandı. Olası hipoglisemi riskine karşı damar yolu açılarak %5'lik dextroz mayii takıldı. Hastanın isteği üzerine orta derecede göğüs büyütmesi planlandı. 3 adet 100 g. hidrofilik jel kullanıldı. Hastanın areolar hattının inferior göğüs sınırını kestiği noktaya lokal anestezi yapılarak 0,5 Cm'lik bir kesi açıldı. Bu kesiden pektoral kas üzerinden paralel geçerek meme dokusu altına, 18 G, 7 cm uzunluğunda titanyum kanülle 60 cc'lik tümesan anestezi yapıldı. Daha sonra aynı açıklıktan her bir göğüse ortalama 150 g. olmak üzere hidrofilik jel simetrik bir şekilde kanül yardımıyla enjekte edildi. İşlem bitiminde kanama kontrolü yapıldı ve hasta pansuman yapılarak gerekli önerilerle takibe alındı (Şekil 2).

## SONUÇ

Hidrofilik jel ile yıkım süreci yeterince yavaş ilerlediğinden, uzun süreli klinik etki beş ila sekiz yıla kadar sürmektedir. Hasta için minimal travmaya yol açan cerrahi olmayan bir işlemdir. İşlem sonrasında iyileşme 1-2 gün gibi kısa sürede gerçekleşir. Yeniden enjeksiyon yapabilme olasılığı vardır. Meme büyütmesi isteyen fakat cerrahi işlem istemeyen hastalarda hidrofilik jel uygulamaları yapılabilir.



# HİDROFİLİK JEL KULLANILARAK CERRAHİSİZ BÜYÜK BEDEN MEME BÜYÜTMESİ YAPILAN BİR OLGU SUNUMU

<sup>1</sup>Ali Şahan, <sup>2</sup>Gülfem Ateş Gürbüz, <sup>3</sup>Erol Koç

<sup>1</sup>Ankara Medical Park Hastanesi, Dermatoloji Bölümü, Ankara  
<sup>2</sup>Dr. N. K. Sincan Devlet Hastanesi, Dermatoloji Bölümü, Ankara

## GİRİŞ

Hidrofilik jel temelde sudan oluşan bir jeldir ve yumuşak dokulara yumuşaklık ve esneklik vererek bu koşulların uzun süre kalmasını sağlar, insan dokularıyla yüksek uyuma sahip bir biyolojik maddedir; bileşiminin % 98'inin sudan oluşması sayesinde insan vücudunun doğal görünümünü verir. Palpasyon ile fark edilebilen bir kontur bulunmaz. Meme büyütmesi için cerrahi işlem istemeyen yada cerrahi girişime uygun olmayan hastalar için iyi bir alternatiftir. İşlemin temel özelliği ameliyat sonrası iyileşme döneminin kısa olmasıdır. Hasta işleminden sonra sosyal yaşantısına ve iş yaşamına dönebilir. Burada büyük beden meme büyütmesi yapılan 32 yaşında bir olgu sunulmaktadır.

## AMAÇ

Meme büyütmesi için cerrahi işlem yapılmayan hastalarda hidrofilik jel ile yapılan meme büyütme işleminin sunumu.

## METOD

Olgu sunumudur.

## OLGU

Meme küçüklüğü şikayeti olan, bekar, 32 yaşında bayan hasta polikliniğe başvurdu. Hastanın yapılan fizik muayenesi, laboratuvar tetkikleri ve meme görüntüleme raporlarında herhangi patolojik bir bulgu saptanmadı. Özgeçmiş ve soygeçmişinde bir özellik yoktu. Hastanın sol memesi sağ memesinden fizyolojik olarak daha büyüktü (Resim-1).

Hasta elektif şartlar sağlandıktan sonra polikarbamid hidrofilik jel göğüs dolgusu uygulaması için hazırlandı. Olası hipoglisemi riskine karşı damar yolu açılarak %5'lik dextroz mayii takıldı. Hastanın isteği üzerine orta derecede göğüs büyütmesi planlandı. 3 adet 100 g. hidrofilik jel kullanıldı. Hastanın areolar hattının inferior göğüs sınırını kestiği noktaya lokal anestezi yapılarak 0,5 cm'lik bir kesi açıldı. Bu kesiden pektoral kas üzerinden paralel geçerek meme dokusu altına, 18 G, 7 cm uzunluğunda titanyum kanulle 60 cc'lik tümesan anestezi yapıldı. Daha sonra aynı açıklıktan her bir göğüse ortalama 150 g. olmak üzere hidrofilik jel simetrik bir şekilde kanül yardımıyla enjekte edildi ve her iki göğüsün eşit büyüklükte olması sağlandı (Resim- 2). İşlem bitiminde kanama kontrolü yapıldı ve hasta pansuman yapılarak gerekli önerilerle takibe alındı. Yapılan takiplerinde hastanın dolgusunda %20 kayıp olması ve büyük beden göğüs istemesi üzerine ilk işleminden 3 ay sonra 2 adet 100 g. hidrofilik jel kullanılarak aynı kesi yerinin lateralinden yeni kesi açılarak işlem tekrarlandı (Resim- 3). Özellikle dekolte kısmına dolgu uygulandı. Kanama kontrolü yapılarak hasta takibe alındı.

## SONUÇ

Hidrofilik jel ile yıkım süreci yeterince yavaş ilerlediğinden, uzun süreli klinik etki beş ila sekiz yıla kadar sürmektedir. Hasta için minimal travmaya yol açan cerrahi olmayan bir işlemdir. İşlem sonrasında iyileşme 1-2 gün gibi kısa sürede gerçekleşir. Yeniden enjeksiyon yapabilme olasılığı vardır. Meme büyütmesi isteyen fakat cerrahi işlem istemeyen hastalarda hidrofilik jel uygulamaları yapılabilir. Hidrofilik jel cerrahi gerektirmeyen bir işlem olduğu için hastanın daha büyük beden göğüs isteği üzerine kolaylıkla işlem tekrarlanabilir.

**8. ULUDAĞ DERMATOKOZMOTOLOJİ  
KONGRESİ GELEN POSTER BİLDİRİLERİ**

# HİDROFİLİK JEL KULLANILARAK CERRAHİSİZ ORTA DERECEDE MEME BÜYÜTMESİ YAPILAN BİR OLGU SUNUMU

<sup>1</sup>*Gülfem Ates Gürbüz, <sup>2</sup>Ali Şahan <sup>2</sup>Erol Koç*

<sup>1</sup>*Dr. N. K. Sincan Devlet Hastanesi, Dermatoloji Bölümü, Ankara*

<sup>2</sup>*Ankara Medical Park Hastanesi, Dermatoloji Bölümü, Ankara*

## GİRİŞ

Hidrofilik jel temelde sudan oluşan bir jeldir ve yumuşak dokulara yumuşaklık ve esneklik vererek bu koşulların uzun süre kalmasını sağlar, insan dokularıyla yüksek uyuma sahip bir biyolojik maddedir; bileşiminin % 98'inin sudan oluşması sayesinde insan vücudunun doğal görünümünü verir. Palpasyon ile fark edilebilen bir kontur bulunmaz. Meme büyümesi için cerrahi işlem istemeyen ya da cerrahi girişime uygun olmayan hastalar için iyi bir alternatiftir. İşlemin temel özelliği ameliyat sonrası iyileşme döneminin kısa olmasıdır. Hasta işleminden sonra sosyal yaşantısına ve iş yaşamına dönebilir. Burada orta derecede meme büyümesi yapılan 28 yaşında bir olgu sunulmaktadır.

## AMAÇ

Meme büyümesi için cerrahi işlem yapılamayan hastalarda hidrofilik jel ile yapılan meme büyüme işleminin sunumu.

## METOD

Olgu sunumudur.

## OLGU

Meme küçüklüğü şikâyeti olan fakat cerrahi işlem istemeyen, bekâr, 28 yaşında bayan hasta polikliniğe başvurdu (Şekil-1). Hastanın yapılan fizik muayenesi, laboratuvar tetkikleri ve meme görüntüleme raporlarında herhangi patolojik bir bulgu saptanmadı. Özgeçmiş ve soygeçmişinde bir özellik yoktu. Hasta elektif şartlar sağlandıktan sonra polikarbamid hidrofilik jel göğüs dolgusu uygulaması için hazırlandı. Olası hipoglisemi riskine karşı damar yolu açılarak %5'lik dextroz mayii takıldı. Hastanın isteği üzerine orta derecede göğüs büyümesi planlandı. 3 adet 100 g. Hidrofilik jel kullanıldı. Hastanın areolar hattının inferior göğüs sınırını kestiği noktaya lokal anestezi yapılarak 0,5 Cm'lik bir kesi açıldı. Bu kesiden pektoral kas üzerinden paralel geçerek meme dokusu altına, 18 G, 7 cm uzunluğunda titanyum kanülle 60 cc'lik tümesan anestezi yapıldı. Daha sonra aynı açıklıktan her bir göğüse ortalama 150 g. Olmak üzere hidrofilik jel simetrik bir şekilde kanül yardımıyla enjekte edildi. İşlem bitiminde kanama kontrolü yapıldı ve hasta pansuman yapılarak gerekli önerilerle takibe alındı (Şekil 2).

## SONUÇ

Hidrofilik jel ile yıkım süreci yeterince yavaş ilerlediğinden, uzun süreli klinik etki beş ila sekiz yıla kadar sürmektedir. Hasta için minimal travmaya yol açan cerrahi olmayan bir işlemdir. İşlem sonrasında iyileşme 1-2 gün gibi kısa sürede gerçekleşir. Yeniden enjeksiyon yapabilme olasılığı vardır. Meme büyümesi isteyen fakat cerrahi işlem istemeyen hastalarda hidrofilik jel uygulamaları yapılabilir.

# HİDROFİLİK JEL KULLANILARAK CERRAHİSİZ BÜYÜK BEDEN MEME BÜYÜTMESİ YAPILAN BİR OLGU SUNUMU

<sup>1</sup>Ali Sahan, <sup>2</sup>Gülfem Ateş Gürbüz, <sup>3</sup>Erol Koç

<sup>1</sup>Ankara Medical Park Hastanesi, Dermatoloji Bölümü, Ankara  
<sup>2</sup>Dr. N. K. Sincan Devlet Hastanesi, Dermatoloji Bölümü, Ankara

## GİRİŞ

Hidrofilik jel temelde sudan oluşan bir jeldir ve yumuşak dokulara yumuşaklık ve esneklik vererek bu koşulların uzun süre kalmasını sağlar, insan dokularıyla yüksek uyuma sahip bir biyolojik maddedir; bileşiminin % 98'inin sudan oluşması sayesinde insan vücudunun doğal görünümünü verir. Palpasyon ile fark edilebilen bir kontur bulunmaz. Meme büyütmesi için cerrahi işlem istemeyen ya da cerrahi girişime uygun olmayan hastalar için iyi bir alternatiftir. İşlemin temel özelliği ameliyat sonrası iyileşme döneminin kısa olmasıdır. Hasta işleminden sonra sosyal yaşantısına ve iş yaşamına dönebilir. Burada büyük beden meme büyütmesi yapılan 32 yaşında bir olgu sunulmaktadır.

## AMAÇ

Meme büyütmesi için cerrahi işlem yapılmayan hastalarda hidrofilik jel ile yapılan meme büyütme işleminin sunumu.

## METOD

Olgu sunumudur.

## OLGU

Meme küçüklüğü şikâyeti olan, bekâr, 32 yaşında bayan hasta polikliniğe başvurdu. Hastanın yapılan fizik muayenesi, laboratuvar tetkikleri ve meme görüntüleme raporlarında herhangi patolojik bir bulgu saptanmadı. Özgeçmiş ve soygeçmişinde bir özellik yoktu. Hastanın sol memesi sağ memesinden fizyolojik olarak daha büyüktü (Resim-1).

Hasta elektif şartlar sağlandıktan sonra polikarbamid hidrofilik jel göğüs dolgusu uygulaması için hazırlandı. Olası hipoglisemi riskine karşı damar yolu açılarak %5'lik dextroz mayii takıldı. Hastanın isteği üzerine orta derecede göğüs büyütmesi planlandı. 3 adet 100 g. hidrofilik jel kullanıldı. Hastanın areolar hattının inferior göğüs sınırını kestiği noktaya lokal anestezi yapılarak 0,5 cm'lik bir kesi açıldı. Bu kesiden pektoral kas üzerinden paralel geçerek meme dokusu altına, 18 G, 7 cm uzunluğunda titanyum kanulle 60 cc'lik tümesan anestezi yapıldı. Daha sonra aynı açıklıktan her bir göğüse ortalama 150 g. olmak üzere hidrofilik jel simetrik bir şekilde kanül yardımıyla enjekte edildi ve her iki göğüsün eşit büyüklükte olması sağlandı (Resim- 2). İşlem bitiminde kanama kontrolü yapıldı ve hasta pansuman yapılarak gerekli önerilerle takibe alındı. Yapılan takiplerinde hastanın dolgusunda %20 kayıp olması ve büyük beden göğüs istemesi üzerine ilk işlemden 3 ay sonra 2 adet 100 g. hidrofilik jel kullanılarak aynı kesi yerinin lateralinden yeni kesi açılarak işlem tekrarlandı (Resim- 3). Özellikle dekolte kısmına dolgu uygulandı. Kanama kontrolü yapılarak hasta takibe alındı.

## SONUÇ

Hidrofilik jel ile yıkım süreci yeterince yavaş ilerlediğinden, uzun süreli klinik etki beş ila sekiz yıla kadar sürmektedir. Hasta için minimal travmaya yol açan cerrahi olmayan bir işlemdir. İşlem sonrasında iyileşme 1-2 gün gibi kısa sürede gerçekleşir. Yeniden enjeksiyon yapabilme olasılığı vardır. Meme büyütmesi isteyen fakat cerrahi işlem istemeyen hastalarda hidrofilik jel uygulamaları yapılabilir. Hidrofilik jel cerrahi gerektirmeyen bir işlem olduğu için hastanın daha büyük beden göğüs isteği üzerine kolaylıkla işlem tekrarlanabilir.

# ŞOK DİYET SONRASINDA GELİŞEN PRURİTUS PİGMENTOSA: OLGU SUNUMU

<sup>1</sup>Gülşen Tükenmez Demirci, <sup>1</sup>A. Tülin Mansur, <sup>2</sup>Ebru Demiralay

<sup>1</sup>Başkent Üniversitesi İstanbul Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>Başkent Üniversitesi İstanbul Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Pruritus pigmentosa (PP), kaşıntılı eritematöz papüller ve retiküler pigmentasyonla karakterize, genç bayanlarda daha sık gözlenen inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Etyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte, fiziksel travma, friksiyon, Helicobacter pylori enfeksiyonu, triklorofenol teması, diyabetes mellitus, ketozis, diyet uygulamaları, anoreksia nervosa ve gebelik ile ilişkili olabileceği tartışılmaktadır. Burada üç günlük bir 'şok diyet' sonrasında gelişen bir PP olgusu sunulacaktır.

On dokuz yaşında kadın hasta bir haftadır gövde ön yüz ve sırt alt yan kısımlarında kaşıntılı kırmızı döküntüler nedeniyle kliniğimize başvurdu. Şikâyetlerin üç gün boyunca sadece protein içeren bir diyet uyguladıktan sonra aniden kaşıntı ile başladığı öğrenildi. Herhangi bir ilaç ve enfeksiyon öyküsü yoktu. Dermatolojik muayenede gövde ön yüzde göğüs ortasında, karın yanlarında ve sırtın alt yan taraflarında simetrik dağılımlı eritemli papüller bir erüpsiyon gözlemlendi.



Hastanın sistemik muayenesi doğaldı. Laboratuvar incelemesinde tam kan sayımı, kan biyokimyası, tam idrar tetkiki ve eritrosit sedimentasyon hızı normaldi. Histopatolojik incelemede epidermiste spongiyoz, bazal tabakada vakuoler değişiklikler, perivasküler mononükleer infiltrasyon ve pigment inkontinensi saptandı. Hastaya klinik ve histopatolojik bulgular doğrultusunda PP tanısı kondu. Doksisisiklin 100 mg/gün ile topikal stronsiyum içerikli nemlendirici losyon tedavisi başlandı. Üç hafta sonraki kontrolünde, kaşıntının tamamen kaybolduğu, eritemli papüller erüpsiyonun yerinde retiküler bir hiperpigmentasyonun kaldığı gözlemlendi.



Literatürde diyet yapılması ve uzun süren açlık sonrasında PP tanısı konan 17 olgu mevcuttur. Bu olguların bazılarında hızlı yağ yakımı sonrasında ortaya çıkan keton ürünlerinin deri döküntüsü ve kaşıntıya neden olduğu ileri sürülmüştür. Bizim olgumuzun 3 gün boyunca sadece protein içerikli bir diyet uygulaması keton ürünlerinin hızla ortaya çıkmasını tetiklemiş olabilir, ancak diyeti kestikten 1 hafta sonra polikliniğimize başvurması nedeniyle bu keton ürünleri idrar ve kanda gösterilememiştir.

Hızlı kilo kaybı sağlması nedeniyle son yıllarda popülerite kazanan kısa süreli, karbonhidrattan fakir, yüksek protein içerikli (ketojenik) diyetlerin PP'ye neden olabileceği unutulmamalıdır.

# HİDROFİLİK JEL İLE DUDAK ŞEKİLLENDİRME SONRASI SOLİD FASİYAL ÖDEM GELİŞEN BİR OLGU

<sup>1</sup>Ali Şahan, <sup>2</sup>Gülfem Ateş Gürbüz, <sup>1</sup>Erol Koç

<sup>1</sup>Ankara Medical Park Hastanesi, Dermatoloji Bölümü, Ankara  
<sup>2</sup>Dr. N. K. Sincan Devlet Hastanesi, Dermatoloji Bölümü, Ankara

## GİRİŞ

Hidrofilik jel temelde sudan oluşan bir jeldir ve bileşiminin % 98'i su moleküllerinden oluşmaktadır. Kalıcılığı 5-8 yıl kadar sürmektedir. Uzun süreli dudak şekillendirilmesi için cerrahi işlem istemeyen hastalar için alternatif olarak kullanılmaktadır. Burada hidrofilik jel ile dudak büyütmesi sonrası malar bölgesinde solid fasiyal ödem oluşan bir olgu sunulmaktadır.

## AMAÇ

Uzun süreli dudak şekillendirilmesi için cerrahi operasyona alternatif olarak kullanılan hidrofilik jel dolgulama tekniğinin nadir görülen bir komplikasyonu olan solid fasiyal ödem gelişiminin sunumu.

## METOD

Olgu sunumudur.

## OLGU

Dudak küçüklüğü şikayeti olan ve uzun süreli kalıcılık isteyen fakat cerrahi işlem istemeyen, bekar, 34 yaşında bayan hasta; dudaklarına hidrofilik jel dolgu uygulaması yaptırdıktan 10 gün sonra yanaklarında oluşan şişlik nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Anamnezinden 1 ml hidrofilik jelin dudaklarına uygulandıktan 24 saat sonra dudaklarının tekrar uygulamadan önceki haline döndüğü, işlemden 48 saat sonra ise yanaklarının şişmeye başladığı öğrenildi. Dermatolojik muayenesinde her iki malar bölgesinin ödemli olduğu, palpasyonla herhangi bir kitle saptanmadığı ve ödemin genel olarak solid bir şekilde homojen yayıldığı gözlemlendi. Yapılan yüzeysel doku ultrasonografik incelemesinde her iki malar bölgesinde yoğun miktarda su toplanması dışında patolojik bir bulgu saptanmadı. Özgeçmiş ve soygeçmişinde bir özellik yoktu. Solid fasiyal ödemin etiyolojisi bilinmemekle birlikte literatürde travma sonrası oluşan 3 adet ve yabancı cisim sonrası oluşan 1 adet vaka raporu bildirilmiştir. Solid fasiyal ödemin mast hücre degranülasyonu sonrasında tetiklenen inflamasyonun lenfatik drenaja zarar vermesi ile meydana geldiği değerlendirilmektedir. Bu olguda da oluşan solid fasiyal ödemin travmadan çok hidrofilik jelin yabancı cisim reaksiyonu oluşturması sonrasında oluşan inflamasyonun bu durumu meydana getirdiği düşünülmüştür.

## SONUÇ

Hidrofilik jel uygulaması hasta için minimal travmaya yol açan, cerrahi olmayan bir işlemdir. Uzun süreli kalıcı dudak şekillendirmesi isteyen, cerrahi işlem istemeyen hastalarda hidrofilik jel uygulamaları yapılabilmesine karşın nadir de olsa solid fasiyal ödem gibi ciddi bir komplikasyon gelişebilmektedir. Her ne kadar firma verileri bu madde için; yüksek derecede elastik ve bio-uyumluluğu olan, fiziksel özellikleri ve kimyasal yapısı insan vücudu ile en uygun düzeyde uyum gösteren, dokularda inflamasyona sebep olmayan ve uygulama yerinden daha başka bölgelere migrasyona neden olmayan, irrite edici ya da alerjik reaksiyon geliştirici bir özelliği bulunmayan bir ürün olarak gösterse ve hidrofilik jelin bu özellikleri nedeni ile postoperatif komplikasyonların ve diğer tüm yan etkilerin nadir olarak görülmekte olduğunu belirtmiş olsa da gelişebilecek nadir komplikasyonlardan biri olan solid fasiyal ödemin olgumuzda gelişmiş olması bu uygulamanın yüzde ne derecede güvenli bir uygulama olduğunu sorgulatmaktadır.

# MELAZMA VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

<sup>1</sup>*Yusuf Topal, <sup>2</sup>Mustafa Tunca*

<sup>1</sup>*Van Asker Hastanesi Cildiye Kliniği, Van*

<sup>2</sup>*GATA Deri Ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Ankara*

## GİRİŞ

Melazma en sık yüzde ortaya çıkan, sınırları düzensiz, simetrik hiperpigmente yamalarla karakterize, sık görülen edinsel bir hastalıktır. Önemli morbiditelere neden olmamasına rağmen yaşam kalitesini belirgin düzeyde etkileyebilir. Literatürde bu konuda bildirilmiş çelişkili sonuçlar olup, ülkemizde yapılmış bu konuyla ilgili çalışma yoktur. Bu tez ile melazmanın demografik, epidemiyolojik özellikleri ve yaşam kalitesini ne kadar etkilediği değerlendirilmiştir.

## METOD

Çalışmaya polikliniğimize başvuran 18 yaşından büyük melazmalı 118 hasta alındı. Hastalar yaş grupları, tetikleyici faktörler, deri tipleri, hastalık süresi, melazma klinik paterni, tutulum seviyesi, aile öyküsü, tedavi özgeçmişleri dikkate alınarak gruplandırıldı ve hastalara DYKİ'nin on sorudan oluşan Türkçe versiyon soru anketi verildi.

## BULGULAR

Melazma çalışmamızda en sık deri tipi 3-4 (%89) olan hastalarda gözlemlendi. En sık malar patern (%53,4) saptandı. UV maruziyeti (%50) en sık gözlenen tetikleyici faktördü. 41 hastamızda (%34,7) ailede de melazma mevcut idi. Ortalama DYKİ skoru 6,2 idi. Deri tipi 3-4 olan, 0-5 yıl arası melazması olan, aile öyküsü negatif olan, derin tutulum gösteren melazmalı hasta gruplarında yaşam kalitesinin daha fazla etkilendiğini saptadık.

## SONUÇ

Çalışmamız melazmanın yaşam kalitesini orta derecede etkileyebilen bir hastalık olduğunu göstermiştir. Özellikle risk grubundaki hastalar tetikleyici faktörler ve korunma konusunda bilgilendirilmeli ve melazma olan hastaların erken tanı ve tedavisi sağlanmalıdır.

# VENÖZ MALFORMASYONUN LP ND: YAG VE IPL İLE KOMBİNE TEDAVİSİ: OLGU SUNUMU

*Funda Koç, Murat Borlu, Demet Kartal, Salih Levent Çınar  
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Kayseri*

## ÖZET

### GİRİŞ ve AMAÇ

Vasküler malformasyonlar kendi aralarında kapiller, venöz, lenfatik, arteriovenöz ve kombine malformasyonlar olmak üzere 5'e ayrılır. Venöz malformasyonlar fonksiyonel ve kozmetik problemlere yol açan, mavi ya da mavimor renkli yumuşak kıvamlı lezyonlardır. Tedavide skleroterapi, cerrahi eksizyon ve lazer tedavileri uygulanabilir. Bu olgu sunumunda venöz malformasyonda lazer tedavisinin etkinliğinin incelenmesi amaçlanmıştır.

### GEREÇ ve YÖNTEM

50 yaşında yüz sol yarımında venöz malformasyonu olan kadın hastanın tedavisinde Long pulsed 1064 nm Nd:YAG ve IPL lazer kombine, tekrarlayan dozlarda, doz artırılarak kullanılmıştır.

### SONUÇ

Venöz malformasyonlarda kombine lazer tedavisi kozmetik ve fonksiyonel problemlerde belirgin gerileme sağlanmış olup, lazer tedavisinin etkili olduğu görülmüştür.

### TARTIŞMA

Teknolojik gelişmelerle birlikte kombine lazer tedavileri venöz malformasyonlu hastalar için ümit verici tedavi alternatifleri olmaktadır.



# DAPSONA DRAMATİK BİR YANIT VEREN DOLGU KOMPLİKASYONU

*Ayşegül Sevim Keçici, Zekayi Kutlubay, Burhan Engin, Server Serdaroğlu  
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Deri Ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İstanbul*

## GİRİŞ ve AMAÇ

Otuz dört yaşında bir kadın hasta Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dermatoloji kliniğine, sol yanağında gelişen kızarıklık, şişlik ve hassasiyet şikâyeti ile başvurdu. Hasta Mayıs 2012'de başka bir merkezde adını hatırlamadığı bir hiyaluronik asit dolgu injeksiyonu yaptırmış. Yaklaşık 6 ay sonra, hastanın sol yanağında sertlik şeklinde başlayıp ağrılı, kırmızımtrak, şiş bir sertlik halini alan lezyon oluşmuş. Hastaya sistemik siprofloksasin ve metronidazol tedavisi başlanmış ancak bu tedavilerle lezyonlarda gerileme olmamış. Hastanın bilinen sistemik bir hastalığı yok, sürekli kullandığı bir ilaç yok, aile öyküsünde babada hipertansiyon dışında bir özellik mevcut değildi. Hastanın mevcut lezyonlarının dolgu işleminin sebep olduğu bir komplikasyon veya derin mantar veya atipik mikobakteri enfeksiyonu açısından araştırılması amaçlanmıştır.

## GEREÇ ve YÖNTEM

Hastanın kliniğimize yatışını takiben rutin biyokimyasal tetkikleri istendi. Nötrofil ağırlıklı lökositozu ve C-reaktif protein yüksekliği (20.16) saptanması üzerine 14 gün süreyle sistemik piperasilin+tazobaktam kombinasyonu verildi. Serolojik testler negatif olarak saptandı (VDRL, HIV, HBV, HCV). Hastanın yanaktaki nodüler lezyonundan derin mikoz, atipik mikobakteri enfeksiyonu ve yabancı cisim granülomu ön tanılarıyla insizyonel biyopsi alındı. Biyopside dermiste abseleşen aktif kronik iltihap görüldü ve granüloma rastlanmadı. Mantar enfeksiyonu ile uyumlu bulgu görülmeydi. Nodüdeki pürülan materyalin mikrobiyolojik incelemesinde az sayıda lökosit saptandı. EZN ile aside dirençli basil veya gram boyamada bakteri görülmeydi; mantar, bakteri ve tüberküloz kültürlerinde üreme olmadı. Pürülan materyalden atipik mikobakteriler için PCR örneği gönderildi, sonuç negatif saptandı. Hastanın çene implantı olması nedeniyle manyetik rezonans inceleme yapılamadığından, osteomyelit açısından bilgisayarlı tomografi ile görüntüleme alındı. Solda belirgin olmak üzere bilateral premaksiller, zigomatik ve premandibuler bölgede deri altında düzensiz yoğunluk artışı saptandı. Öncelikle hastaya 200 mg/gün minosiklin tedavisi başlandı. Üç aylık minosiklin tedavisi sonucu hastanın sol yanak maksiller bölgesinde yeni nodüler lezyon çıkışı gözlemlendi.

## SONUÇ ve TARTIŞMA

Minosiklin tedavisi altında yeni lezyonların çıkması üzerine; hastanın nodülleri hiyaluronik asit injeksiyonuna bağlı yabancı cisim reaksiyonu olarak değerlendirildi ve 50 mg/gün dapson ile tedavi düzenlendi. Rutin hemogram ve biyokimyasal kontroller yapılarak, üçüncü ayın sonunda dapson dozu 100 mg/gün'e çıkarıldı. Hastaya 10 ay süreyle 100 mg/gün dapson verildi. Hastanın nodüllerinde tam bir iyileşme sağlandı.

Hiyaluronik asite bağlı yabancı cisim reaksiyonu gelişiminde dapson tedavisine hızlı ve tam yanıt alınmıştır.

# MELAZMADA MİKRO İĞNEME TEDAVİSİNİN SONUÇLARI: 3 OLGULUK VAKA SERİSİ

***Hatice Duman, Nagihan Köklü, Emek Kocatürk, Bachar Memet, İlateriş Oğuz Topal***  
*Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul*

## **GİRİŞ ve AMAÇ**

Melazma güneş gören bölgelerde ortaya çıkan, çoğunlukla yüzü, nadiren boyun ve ön kolları etkileyen, yaygın olarak görülen edinsel bir hiperpigmentasyon hastalığıdır. Tedavide topikal ajanlar, lazer, mezoterapi, peeling gibi tedaviler kullanılmaktadır. Biz de burada traneksamik asit, nikotinamid, N-asetil glukozamin, C vitamininden oluşan hazır preparat karışımının mikro iğneme yöntemi ile uygulanmasının etkinliğini ve hasta memnuniyetini değerlendirmeyi amaçladık.

## **GEREÇ ve YÖNTEM**

Kozmetoloji polikliniğimize başvuran 2 haftada bir 2 ml traneksamik asit, nikotinamid, N-asetil glukozamin, C vitamininden oluşan hazır preparat karışımı mikro iğneme yöntemi ile uygulanan 3 melazmalı kadın hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalar ilk başvuru anında ve 10. haftada melazma alan ve şiddet indeksi (MASI), melazma yaşam kalite skoru (Melas QoL-Tr) ve hastaların hastalık şiddetlerini 0-10 arası puan verdikleri puanlama sistemi ile değerlendirildi.

## **BULGULAR**

Otuz yedi, 45 ve 53 yaşında malar paternde melazması bulunan 3 kadın hastanın başlangıç MASI skorları sırasıyla 10, 28.2, 27 iken, 10. hafta MASI skorlaması 2.4, 7.2 ve 9 olarak saptandı. Hastaların başvuru anındaki Melas QoL-Tr skorları ise sırasıyla 18, 31, 21 iken 10. hafta skorları 12, 17, 10 olarak belirlendi. Hastaların hastalık şiddetlerini 0-10 arası puan verdikleri puanlama sisteminde puanları başvuru anında sırasıyla 5, 10, 6 iken 10. hafta 4, 5, 3 idi. İşlem sonrası 3 gün içinde gerileyen eritem ve kaşıntı dışında hiçbirinde kalıcı bir komplikasyon gözlenmedi.

## **SONUÇLAR**

Traneksamik asit, nikotinamid, N-asetil glukozamin, C vitamininde oluşan hazır preparat karışımının mikro iğneme yöntemi ile uygulanmasının etkili ve güvenli olduğunu, hastaların tedavi ile yaşam kalitelerinin arttığını belirledik. Ancak daha güvenilir sonuçlar elde etmek için daha fazla olguyu içeren vaka serilerine ihtiyaç vardır.

# TEDAVİYE DİRENÇLİ ERKEK TİPİ ANDROJENİK ALOPESİ'DE PLATETTEN ZENGİN PLAZMA (PRP) İLE MİKROİĞNELEME TEDAVİSİ

<sup>1</sup>Ersin Aydın, <sup>2</sup>Erşan Ön, <sup>2</sup>Mustafa Bayram, <sup>2</sup>Ercan Karabacak, <sup>2</sup>Bilal Doğan

<sup>1</sup>Kasımpaşa Asker Hastanesi Dermatoloji Servisi, İstanbul

<sup>2</sup>Gata Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Dermatoloji Servisi, İstanbul

## AMAÇ

Androjenik Alopesi'de Platetten Zengin Plazma (PRP) ve mikroıgneleme tedavisi ile iyi yanıt alınan bir olgu sunumu.

## OLGU

38 yaşında erkek hasta son 14 yıldır saçlarda incelme, dökülme şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Son 1 yıldır şikâyetlerinde artış tarifleyen hasta son 6 aydır %5 minoksidil içeren sprey kullandığını ancak fayda görmediğini ifade etmektedir. Muayenede saçlı deri frontoparietal ve oksipital alanda saç yoğunluğunda azalma, terminal saçlarda minyatürizasyon izlendi. Çekme testi negatif olarak değerlendirilen hastaya "Erkek tipi Androjenik Alopesi" olarak değerlendirildi. Hasta Hamilton "Evre 5a" olarak değerlendirildi. 3 hafta aralıklar ile 4 seans PRP tedavisi ve haftada bir kez olacak şekilde mikroıgneleme planlanan hastanın tedavi sonrası 4. haftada tedavi memnuniyeti değerlendirilmesi (1- memnun değil, 2- biraz memnun, 3- çok memnun, 4- son derece memnun) ve Hamilton evrelemesi yapıldı. Hasta memnuniyeti 4 olarak saptandı. Tedavi sonrası Hamilton "Evre 2" olarak değerlendirildi.

## SONUÇ

Plateletlerin içeriğindeki VEGF, PDGF gibi angiyojeneze yol açan proteinlerin saç büyümesine sebep olduğu bilinmektedir. PRP uygulamasında, hedef bölgeye kan dolaşımıyla taşınabilenden çok daha fazla sayıda platelet ve içeriğinde bulunan büyüme faktörlerini ulaştırılabilmektedir. Bunun yanısıra uygulanan mikroıgneleme ile kan dolaşımı arttığı vurgulanmaktadır. Ayrıca yapılan hayvan deneylerinde PRP uygulaması ile, FGF ve beta katenin gibi saç gelişimini tetikleyen proteinlerin upregülasyon noktası olan dermal papilla hücrelerinde proliferasyona yol açtığı gösterilmiştir. Bizim olgumuzda, yapılan hasta memnuniyeti ve klinik evreleme değerlendirmesi ile tedaviye iyi yanıt alındığını düşündürmektedir. PRP erkek tipi androjenik alopesi tedavisinde, güvenli, non-allerjik ve ucuz bir tedavi yöntemi olması nedeni ile kullanışlı bir alternatif olabileceği düşünülmektedir. Tedavi başarısının belirlenmesi ve ideal uygulama sayısı ve sıklığının saptanabilmesi için geniş hasta grupları üzerinde prospektif klinik çalışmalara ihtiyaç vardır.

## TARTIŞMA

PRP tedavisini iyi anlamak için; kompleks yara iyileşme süre -cinin çok iyi anlaşılması ve plateletlerin fizyolojisini çok iyi etüt etmek gerekir.(1,) Standart PRP hazırlama teknikleri ile ideal yöntemin bulunmasıyla, doğru doz PRP enjeksiyonunun zamanlamasının iyi bir şekilde yapılmasıyla, kozmetik ve cer rahi işlemler sonrası standart rehabilitasyon ile, en önemlisi de daha fazla sayıda yapılacak prospektif çift kör-randomize klinik çalışmalarla gelecekte kullanımı ümit vadeden bir uygulama gibi görünmektedir.(1) Bunun yanısıra uygulanan mikroıgneleme tekniği ile kıl folliküllerine stimülasyon yapıldığından ve saçlı deri dolaşımı arttığından dolayı kıl gelişimi üzerine olumlu fayda sağladığı düşünülmektedir.

# DERMAL DOLGU VE PRP KULLANILARAK FACIAL LİFTİNG VE LEKE TEDAVİSİ YAPILAN OLGU

<sup>1</sup>Erşan Ön, <sup>1</sup>Mustafa Bayram, <sup>2</sup>Evren Gökeşme, <sup>1</sup>Engin Karaman, <sup>1</sup>Ercan Karabacak, <sup>1</sup>Bilal Doğan  
<sup>1</sup>GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Dermatoloji Servisi, İstanbul  
<sup>2</sup>Serbest Hekim

## AMAÇ

Dermal dolgu ve PRP kullanılarak facial lifting ve leke tedavisi yapılan olgu sunumu.

## OLGU

42 yaşında bayan hasta göz altı morlukları, yüzde lekelenmeler ve belirginleşen nazolabial şikayeti ile başvurdu. Yapılan muayenede hastanın her iki gözaltında (teartroft) belirgin doku kaybı ve nazolabial katlantılarda grade 2 belirginleşme izlendi. Tüm yüzde yaygın efelidler ve yer yer solar elastoz ile uyumlu hiperpigmentasyonlar izlendi. Hastanın fotoğrafları ve yazılı onamı alındıktan sonra, orta yüz bölgesine lidokain ve prilokain içerikli topikal anestezi (Emla krem %5) uygulanarak 30 dakika bekletildi. Lokal antisepsi kurallarına dikkat edilerek 24 mg/ml yoğunluğunda hyaluronik asit içeren dermal dolgu maddesi (Juvederm Ultra 4) ile orta yüz bölgesine üç nokta tekniği ile her iki tarafa 0.5 cc olmak üzere toplam 1 cc ve yine her iki göz altına (tearthroft) 20 mg/ml yoğunluğunda hyaluronik asit içeren dermal dolgu maddesi (RESTYLANE® Vital) 27 G kanül ile her iki tarafa 0.5 cc olmak üzere toplam 1 cc dermal dolgu enjeksiyonu yapıldı. İşlem sonrası fotoğraflar çekildi. Hastaya bunun yanısıra 3 haftada 1 kez olacak şekilde toplamda 4 seans dermoroller ve Plattelet Rich Plasma (PRP) uygulandı.

## SONUÇ

Facial bölgeye herhangi bir girişim yapılmadan önce anatomisi çok iyi bilinmelidir. İmmünjenitesi düşük, dokuda kalış süresi yüksek dolgu maddeleri geliştirildikçe, cerrahi dışı facial fillerve lifting daha çok vakada uygulanabilir hal almaktadır. Doğru hasta ve doğru dolgu maddesi seçimi ile cerrahi alternatif olabilecek düzeyde uygulama başarısı sağlanabilir. Cerrahi komplikasyonlar sonrası oluşan deformitelerin düzeltilmesinde de uygulanabilmektedir. Özellikle orta yüze yapılacak yüksek ağırlıklı HA içeren dermal dolgular lifting yaparak nazolabial katlantılara ve teartroft bölgesindeki kayıpları gidermektedir. Bunun yanısıra PRP dermoroller ile uygulanma durumunda özellikle leke tedavisinde tercih edilebilecek bir kozmetik yöntemdir.

## TARTIŞMA

Hastaların günlük yaşantılarını olumsuz etkileyebilecek kozmetik problemler sebebiyle dermatoloji polikliniklerine başvuruları arttıkça bizlerinde bu tarz dermokozyetik girişimlere yönelmemiz hastaları olumlu olarak etkileyecektir. Hastaların giderek cerrahi operasyonlardan uzaklaşarak daha az invaziv uygulamalara yöneldiği gerçeği gözönünde bulundurulacak olursa, gelecekte facial bölge dolgu uygulamalarının yapılan dermatokozyetik işlemler içerisinde daha yüksek paya sahip olacağı düşünülmektedir.

# ENJEKSİYON LİPOLİZ YAPILAN OLGU SUNUMU

***Engin Karaman, Mustafa Bayram, Evren Gökeşme, Erşan Ön, Ercan Karabacak, Bilal Doğan***  
*GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Dermatoloji Servisi, İstanbul*

## AMAÇ

Enjeksiyon lipoliz yapılan olgu sunumu.

## OLGU

36 yaşında bayan hasta sırt bölgelerinde diyetle ve sporla iyileşmeyen yağlanma şikâyeti ile başvurdu. Yapılan muayenede hastanın her iki gövde yan tarafta elle tutulacak şekilde yağlanmada artış izlendi. Tüm sırtta ve gövde de katlantılar, deride elastikiyet kaybı izlendi.

Hastanın fotoğrafları ve yazılı onamı alındıktan sonra, orta yüz bölgesine lidokain ve prilokain içerikli topikal anestezi (Emla krem %5) uygulanarak 30 dakika bekletildi. Lokal antisepsi kurallarına dikkat edilerek hastanın özellikle ihtiyaç duyulan bölgelerine 1 cm aralarla işaretlenerek Phosphotidil kolin ve karnitin içeren karışım haftada 1 kez toplam 6 seans, seanslarda değişen oranlarla 13mm'lik 30 G'luk iğne ile derin enjeksiyon olacak şekilde uygulandı. Hastanın işlem öncesi ve sonrası fotoğrafları çekildi. Uygulama sonrası enjeksiyon bölgesinde yaklaşık 1 saat süreyle yanma ve kaşıntı tarifleyen hastada sistemik herhangi bir yan etki izlenmedi.

## SONUÇ

Hastaya uygulama sonrası yapılan memnuniyet anketinde tedavi öncesi ve sonrası kıyaslamada olumlu yönde fark izlendi. Fosfatidilkolin ile birlikte veya tek başına deoksikolat enjeksiyonları lokalize yağ birikiminde, lipoliz amaçlı uygulanan yeni bir tedavi yöntemi olma potansiyeline sahiptir. Ancak doktorlar ve hastalar temkinli olmalıdır. İzole hayvan deneylerinin dışında insanlarda yapılan çalışmalarda limitli dozlar kullanılmıştır. Oluşan yan etkiler lokalize ve geçicidir. Ancak sürdürülen çift kör klinik araştırmalar da destekler ise bu bileşenlerin enjeksiyonu lokalize yağlanmayı azaltmak için kullanılan minimal invaziv yeni bir tedavi yöntemi olabilir. Etkinlik ve uzun dönem güvenilirlik açısından daha çok ve dikkatli çalışmalar gereklidir.

# ÖN SAÇ ÇİZGİSİNİ DAHADA İLERLETMEK İÇİN FUE TEKNİĞİ İLE YAPILAN SAÇ EKİMİ OLGU SUNUMU

<sup>1</sup>Erşan Ön, <sup>2</sup>Evren Gökeşme, <sup>1</sup>Mustafa Bayram, <sup>1</sup>Engin Karaman, <sup>1</sup>Ercan Karabacak, <sup>1</sup>Bilal Doğan  
<sup>1</sup>Gata Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Dermatoloji Servisi, İstanbul  
<sup>2</sup>Serbest Hekim

## AMAÇ

Ön saç çizgisini daha da ilerletmek için FUE tekniği ile yapılan saç ekimi olgu sunumu.

## OLGU

30 yaşında erkek hasta ön saç çizgisinin geri olması şikâyeti ile başvurdu. Hastanın yapılan muayenesinde saçlı deri sağlıklı olarak değerlendirildi. Dermatoskopik muayenede saçların büyük kısmı terminal kıl oldukları gözlemlendi. Vellüs tip kıllar azınlıkta oldukları saptandı.

Çekme testi negatif olarak yorumlandı. androjenetik alopesiyi düşündüren patolojik bir bulgu izlenmedi. Kozmetik açıdan rahatsızlık duyan hastanın resimleri çekilerek işlem detaylı onam formu imzalatıldı. Oksipital alandan lokal anestezi sonrası tümesan anestezi uygulandı.

Mikromotor ile graflar alındı. Frontal bölgede ekim yapılacak alan boyunca anestezi yapıldı. Anestezi sonrası yine tümesan anestezi sonrası kanallar açılarak FUE(follicular unit extraction) tekniği ile ön saç çizgisinden itibaren 1 cm boyunca yaklaşık 1200 follikül graft ekimi yapıldı. Oksipital alandan graft alımı yapıldıktan sonra, alım yapılan bölge temizlenerek pansumanı yapıldı. Cerrahi işlem sonrası 1 hafta boyunca her gün özel yıkama tekniği ile yıkama gerektirmektedir. İlk 3 ay içerisinde ekim yapılan graflarda kıl shaftı dökülmesi norma olarak değerlendirilmektedir. 8-10 ay sonra nihai sonuç alınmaktadır.

## SONUÇ

FUE tekniği ile saç ekimi son yıllarda en çok yapılan kozmetik cerrahi yöntemidir. İşlem süresinin uzun olması ve deneyim gerektiren bir cerrahi işlem olması sebebiyle dermatologlar arasında çok tercih edilen işlemler arasında yer almamaktadır. Dermatolojik yaşam kalite endeks çalışmaları olmamasına rağmen sözel olarak memnuniyetlerini belirtmektedirler. Bu gibi cerrahi işlemlerin günlük mesaimizde daha fazla yer alması kanaatindeyiz. Cerrahi tedavi sonrası hastaya PRP, Mezoterapi gibi yöntemler uygulanarak daha iyi sonuç alınması söz konusudur.