

¹ Hülya ALBAYRAK

² Cihangir ALIĞAĞOĞLU

² Serdar Cenk GÜVENÇ

² Mehmet Emin YANIK

² Oğuz KÜÇÜKÇAKIR

² Zehra GÜRLEVIK

¹ Düzce Atatürk Devlet Hastanesi, Dermatoloji Bölümü, DÜZCE

² Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji AD. DÜZCE

Submitted/Başvuru tarihi:
05. 07. 2010
Accepted/Kabul tarihi:
09. 08. 2010
Registration/Kayıt no:
10 07 138

Corresponding Address
/Yazışma Adresi:

Dr. Hülya ALBAYRAK
Düzce Atatürk Devlet Hastanesi, Dermatoloji Bölümü / Düzce

e-posta:
drhulyaalbayrak@gmail.com

© 2012 Düzce Medical Journal
e-ISSN 1307- 671X
www.tipdergi.duzce.edu.tr
duzcetipdergisi@duzce.edu.tr

Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Kliniğinde Son 10 Yılda Takip Edilen Mycosis Fungoides Vakalarının Retrospektif Değerlendirilmesi

Retrospective Evaluation of Mycosis Fungoides Patients Which Were Followed in Duzce Medical Faculty Dermatology Clinic in the Last Ten Years

ÖZET

Amaç: Mikozis fungoides (MF) klinik, histolojik, immünolojik ve moleküler bulgularıyla derinin T hücreli lenfomasıdır. Diğer lenfomalardan farklı olarak çok yavaş seyirlidir. Çalışmamızın amacı bölgemizde nispeten sık olarak görülen MF'in klinik ve demografik özelliklerini ortaya koymaktır.

Gereç ve Yöntem: Düzce Tıp Fakültesi Dermatoloji polikliniğinde Şubat 1999 ile Haziran 2009 tarihleri arasında takip edilen 44 MF hastası retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Bölgemizde bu hastalığın sıklığı 100 binde 1,34 olarak saptanmıştır. Bu sıklık diğer serilerle kıyaslandığında hastalığın bölgemizde 2,6-4,3 kat daha sık olduğunu göstermekteydi. Ortalama görülme yaşı 55,7 yıl idi ve batı toplumlarındakine benzer bulunmuştur. Hastalığın cinsiyete göre dağılımına bakıldığında erkeklerde daha sık gözükülmektedir. Bu oran ülkemizdeki diğer çalışmalardan farklı olarak bizim çalışmamızda 1,75 olarak saptanmıştır. Yaş dağılımına göre değerlendirildiğinde 50 yaşından önce bayanlarda sık görülürken, 50 yaşından sonra erkekler lehine fark birden artmaktaydı. Bu durum bölgemizde bu hastalığın etiolojisini etkileyen faktörlerin farklı olabileceğini aynı zamanda cinsiyetler arasında da fark olabileceğini düşündürmektedir.

Sonuç: MF'in bölgemizde daha sık görüldüğünü saptadık. Fakat bu sıklığı açıklayacak potansiyel özgün bir risk faktörü saptanamadı. Bu çalışma bölgemizde yapılacak prospektif kontrollü bir çalışmaya ihtiyaç olduğunu açıkça göstermiştir.

Anahtar kelimeler: Mikozis fungoides, kutanöz lenfoma, demografik özellikler

ABSTRACT

Aim: Mycosis fungoides (MF) is one type of T cell lymphomas characterized by a constellation of clinical, histologic, immunologic and molecular findings. Many patients follow a slowly progressive, but indolent disease course, while others have a more aggressive disease. The aim of this study was to investigate clinical and demographic characteristics of MF, which was relatively frequently seen in our region.

Methods: We retrospectively reviewed patients with MF which were followed up in Düzce medical Faculty Dermatology Department between February 1999 and June 2009. Forty four were enrolled who fulfilled the inclusion criteria

Results: The incidence of Mycosis Fungoides in our region was 1,3 per 100,000. It was 2,6 to 4,3 times more frequent when compared to other series. The mean age was 55,7 years which were similar to the western reports. When the gender differences were analyzed, it was seen that it is more frequent in males. It was 1,75 times more, again different than the other studies reported from Turkey. Age characteristics show that it was more frequent in females before 50 years of age. There is a sudden increase in males after 50 years of age. These findings showed that the etiological factors of the disease might be different among sex groups.

Conclusion: This study revealed that MF was more frequent seen in our region, but we could not find any potential specific risk factors. The present study clearly showed the need of a prospective controlled trial design in our region

Key words: Mycosis fungoides, cutaneous lymphoma, demographic features.

GİRİŞ

Mikozis fungoides (MF), kutanöz T hücreli lenfomaların en sık rastlanan tipi olup primer deri lenfomalarının yaklaşık %50'sini oluşturmaktadır. Klasik olarak yama, plak ve tümör tiplerinden oluşan bu kanserler genellikle yavaş

seyirli ve agresif olmayan bir seyir izler. Bu tümörler derinin T hücreli lenfomaları alt grubunda değerlendirilir. Küçük orta büyüklükteki CD4+ T lenfositlerin çoğalmasdır. Büyük çoğunlukla deriye sınırlı kalmakla birlikte iç organ tutulumları da olabilir.

MF'in etiyolojisi kesin olarak bilinmemektedir. İleri yaştaki erişkinlerde ve erkeklerde özellikle daha sık olarak saptanır.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Komitesi'nin 2005 yılında yayınladıkları ortak bildiriyle hastalıkta TNMB evrelemesi kullanılmaktadır (1). Tedavi hastalığın evrelemesine göre değişmektedir. Erken evrelerde deriye yönelik fototerapi ve topikal ajanlar kullanılmaktadır. Daha ileri aşamalarda ise retinoidler, interferon ve sistemik tedaviler tedaviye eklenmelidir. Lenf nodu tutulumu veya sistemik tutulum durumunda kemoterapi tedavisi başlanmaktadır. MF bir kanser olmasına karşın özellikle erken evrelerde prognozu oldukça iyidir. Nadiren ve özellikle ileri evre hastalarda ölümcül olabilen sistemik tutulum göstermektedir.

GEREÇ VE YÖNTEM

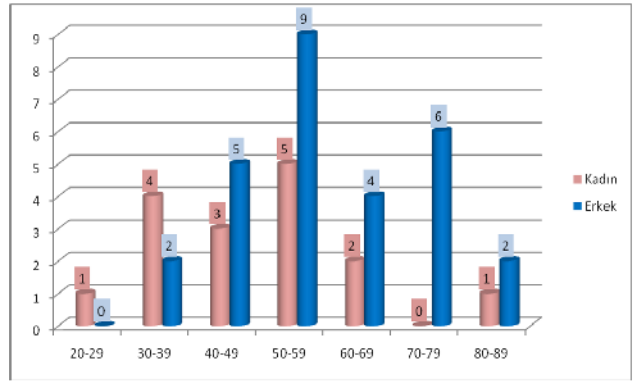
Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Uygulama Hastanesi Dermatoloji Anabilim Dalı Polikliniği'nde Şubat 1999-Haziran 2009 tarihleri arasında klinik ve histolojik olarak MF tanısı konulan ya da daha öncesinde MF tanısı konulup bu tarihler arasında kontrole gelen 44 MF hastasının dosyaları retrospektif olarak değerlendirildi.

Tüm veriler "SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) for Windows XP" programında kaydedildi. İstatistiksel analizlerde tüm kategorik değişkenler için ki-kare testi kullanıldı. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirildi. Normal dağılıma uymayanlar nonparametrik testlerden Mann-Whitney U (MWU) testi ile analiz edildi. Değerlendirmeler sonucunda $p < 0,05$ olanlar anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmaya Düzce Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı Polikliniği'nde izlenen 44 MF hastası dahil edildi. Çalışmaya alınan MF'li hastaların demografik özellikleri grafik 1'de gösterilmiştir. Hastaların 16'sı (%36,4) kadın, 28'i (%63,6) erkek olup erkek/kadın oranı 1,75'ti. Hastaların yaşı 20 ile 89 arasında değişmekte, ortalaması $55,7 \pm 15,6$ olup ortalama değeri 55 idi.

Cinsiyete göre yaş dağılımına bakıldığında hastalığın



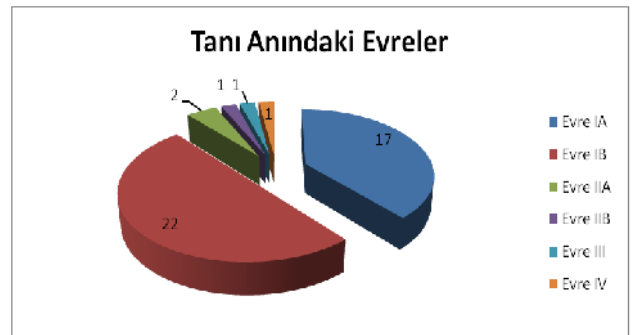
Grafik 1: Hastaların cinsiyet ve yaş gruplarına göre dağılımı

ortalama tanı anındaki yaşları kadınlarda $46,3 \pm 16,9$ erkeklerde $55,9 \pm 13,3$ olarak saptandı. Lezyonların başlangıcına göre bakıldığında kadınlarda başlangıç yaşı ortalama $37,5 \pm 17,6$ erkeklerde ortalama $52,7 \pm 13,0$ olarak saptandı. Bu değerler lezyonların kadınlarda daha erken oluştuğunun işareti olsa da aradaki yaş farkı istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0,242$).

Lezyonların başlangıcı ile tanı arasındaki süre değerlendirildiğinde çalışmamızda bu süre en az 1 ay en çok 480 ay olarak bulundu. Ortanca değer 42 ay olarak saptandı. Ayrıca aynı yaş gruplarında lezyonların başlangıcı ile tanı arasında geçen süre kadınlarda ortalama $132,8 \pm 119,1$ ay ortalama değer 102 ay, erkeklerde ortalama $39,1 \pm 57,0$ ay ortalama değer 12 ay olarak saptandı. Kadınlarda lezyonların başlangıcı ile tanı arasındaki süre belirgin olarak daha uzundu. Aradaki bu fark ile yapılan değerlendirmede istatistiksel anlamlılık saptanmadı ($P=0,012$).

Hasta dosyalarından yapılan değerlendirme ile tanı anındaki evrelemeleri yapıldı (Grafik 2). TNMB (2) evreleme sistemine göre gruplandırıldığında en fazla hasta (22/44) evre IB'de idi. Evre IA ve IB ikisi birlikte alındığında hastaların büyük çoğunluğu %88,6 bu iki grupta idi.

Yapılan değerlendirmede Evre IA'da 12 hastada yama tarzında lezyonlar görülürken 2 hastada lezyonlar



Grafik 2: Hastaların tanı anındaki evrelerine göre dağılımı

plak tarzındaydı. Evre IB'de ise 13 hastada plak tarzındaki lezyon görülmüş, 6 hastada ise yama tarzında tutulum saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede evre IA'da görülen bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıydı ($P<0,001$). Aynı şekilde evre IB'deki farklılıkta istatistiksel olarak anlamlıydı ($P=0,001$). Yani evre IA'da yama, IB'de plak tarzı lezyonlar daha sık görülüyordu.

Hastaların 8'inde (% 18,18) başlangıç tedavisi olarak PUVA tercih edilmiş, 27'sine (%61,3) dbUVB tedavisi uygulanmıştır. RePUVA Evre IB'deki 4 hastaya başlanmıştı. İnterferon kombinasyonu 2 ayrı hastaya verilmişti. Metotrexate Evre 3'te 1 hastaya başlanmıştı. ReUVB Evre IB'de ve kemoterapi ise evre IVA'ya uygulanmıştı. Uygulanan tedaviler açısından değerlendirildiğinde Evre IA ve Evre IB hastalar kıyaslanmış, her iki grupta da dbUVB daha sık olarak tercih edilmiştir. Fakat uygulanan tedavi yöntemleri açısından IA ve IB grupları arasında anlamlı bir fark saptanamadı ($P=0,051$; $\chi^2=3,8$). Geç evre hasta sayıları az olduğundan istatistiksel değerlendirme yapılamadı.

Hastaların lezyon tipleri ile uygulanan tedaviler karşılaştırıldığında yama tip tutulumlarda deriye yönelik tedavi daha sık seçilirken, plak tarzı lezyonlarda fototerapi daha sık olarak seçilmiştir. Tüm lezyon tiplerinde ise fototerapi en sık olarak seçilen tedaviydi. Yapılan istatistiksel değerlendirmede yama ve plak tipi lezyonlar en sık görülen lezyon tipleri idi. Sadece bu iki lezyon tipi değerlendirmeye alındığında uygulanan tedaviler açısından bu iki grup arasında istatistiksel anlamlı bir fark saptanamadı ($P=0,212$ $\chi^2=1,5$). Fakat tüm klinik tutulum tipleri değerlendirildiğinde aradaki fark anlamlı saptanamadı ($P=0,014$ $\chi^2=17,56$). Bu farklı gruplardaki hasta sayısının azlığı yapılan istatistiğin gücünü azaltmaktaydı.

Hastaların tedaviye yanıtları da değerlendirildi. Toplam 5 hastada hiç yanıt alınmazken Evre IIB bir hastada ilerleme olmuştur. 18 hastada tedaviye tam yanıt alınırken 20 hastada ise kısmi yanıt alınmıştır. Gruplardaki hasta sayısının az olması nedeniyle kıyaslamada nonparametrik testlerden Kruskal-wallis testi uygulandı. Gruplar arasında tedaviye yanıt açısından istatistiksel bir fark saptanamadı ($P=0,171$, $\chi^2=7,7$).

Hastaların aldıkları tedaviler ile tedaviye yanıtları değerlendirildi. Buna göre PUVA uygulanan 8 hastanın 6'sında (%75) tam yanıt, 1 hastada kısmi yanıt, 1 hastada ise yanıt alınmamıştır. UVB uygulanan 27 hastada ise 11 (%40,7) hastada tam yanıt, 15 hastada kısmi yanıt, 1 hastada ise tedaviye yanıt alınmamıştır.

Hastalarımızdan sadece 1 tanesinde hastalık nüks etmiştir. Bu durum Evre IB'de UVB tedavisi alan bir hastada görülmüştür. Hasta sayımızın azlığı nüks hakkında değerlendirme yapmamıza olanak sağlamadı.

Hastaların şu anki durumları değerlendirildiğinde Evre IIB'deki bir hasta hastalığına bağlı olarak ex olmuştur.

TARTIŞMA

MF görülme sıklığı açısından değerlendirildiğinde Düzce ilinin nüfusu Türkiye İstatistik Enstitüsü 2008 adrese dayalı kayıt sistemine göre toplam 328.611 kişi idi (3). Literatüre bakıldığında batı dünyasında yıllık artış insidansı yüz binde 0,3-0,5 arasında değiştiği görülmektedir (4, 5). Buna göre ilimizde toplam 10 yıllık sürede beklenen vaka sayısı 9,84-16,4 arasında olmalıydı. Hastanemizin belirli bir bölgeye hizmet vermesi nedeniyle il dışından gelen hasta sayımız çok azdı. Yine aynı olasılıkla il dışında tedavi olan ilimizde yaşayan hasta sayılarını eşit kabul edersek hastalığın görülme sıklığı yüz binde 1,34 olarak saptanmaktadır. Bu oran batı ülkelerinden çok fazla idi. Yine ülkemizden yapılan iki büyük çalışmanın da büyük şehirlerimizde yapılmış olması il dışından gelen hasta sayılarının çokluğu gerçek bölgesel istatistiğin verilmesini olanaksız hale getirmekteydi. İstanbul Üniversitesinden Polat Ekinci ve arkadaşlarının (6) yaptığı değerlendirmede toplam 203 hastanın 65'i yani %32'si Karadeniz bölgesindedi. Hastanenin bulunduğu bölge olan Marmara'da ise hastaların % 24'ü bulunmaktaydı. Bu oran diğer bölgelerde daha da düşmekteydi. Bu durum ülkemizde MF'in görülme sıklığı açısından bölgesel farklılık gösterdiğinin bir başka kanıtı olarak da değerlendirilebilir. Düzce ili batı Karadeniz bölgesinde olup hastalığın görülme sıklığı batı dünyasından yaklaşık 2,6-4,3 kat daha sık olarak gözlenmekteydi. Bu farklılığın nedeni araştırılması gereken önemli bir problemdir. Araştırmamızın hasta sayısı az olmasına rağmen hastalığın bölgesel insidansının yüksek olduğunu göstermesi nedeniyle ilerdeki çalışmalara ışık tutacak önemli bir araştırmadır.

Hastalığın görülme yaşına bakıldığında 55-60 arasında değişmektedir (7). Bizim hasta grubumuzun ortalama yaşı 55,8 olup 20 ile 89 arasında dağılmaktaydı. Yaş açısından ortanca değer 55 olarak saptandı. Bu değer diğer literatür verileriyle de uyuşmaktaydı. Ekinci (6) tarafından yapılan çalışmada ortalama yaş 44,6 olduğu saptanırken Ankara üniversitesinden Anadolu ve arkadaşları (8) ise ortalama yaşı 45,6 olarak bulmuşlardı. Bu veri

ülkemizdeki diğer araştırmalara göre ortalama yaşımızın daha yüksek olduğunu göstermekteydi. İkinci (6) saptanan bu yaş farkının Türkiye'nin genç nüfus yoğunluğuna bağlı olabileceğini öne sürmüştür. Bizim çalışmamızda erkek bireylerin çokluğu ve hastalığın erkek bireylerde daha çok 50 yaş ve üzerinde görülmesi ve hasta sayımızın azlığı nedeniyle yaş ortalamasının yüksek çıktığı düşünüldü. Sonuçta, bölgesel farklılıklar hem yaş hem de cinsiyet farkını birlikte getiriyordu.

MF yavaş seyirli bir hastalık olup dermatolojik bulguları yanında ciddi sistemik şikayetler oluşturmaması hekime başvurmayı geciktiriyor olabilir. Literatürde Van Doorn ve arkadaşlarının (9) yaptığı çalışmada tanıdan önceki semptom süresi ortalama 48 ay olarak saptanırken, Kim ve arkadaşları (10) tarafından yapılan çalışmada bu süre 4,2 yıl olarak bildirilmiştir. İkinci (6) tarafından yapılan tez çalışmasında lezyonların başlangıcı ile tanı arasındaki süre ortanca değeri 46 ay olarak saptanmıştır. Bizim çalışmamızda ise en az 1ay, en çok 480 ay olarak bulundu, ortanca değer 42 ay olarak saptandı. Tanıdaki gecikme cinsiyete göre değerlendirildiğinde bayanlarda ortanca değer 102 ay olurken erkeklerde bu süre sadece 12 ay idi ve farklılık istatistiksel olarak da anlamlıydı ($p=0,012$). Bu sonuç lezyonların bayanlarda daha çok genç yaşlarda gözlendiği erkeklerde ise daha çok ileri yaşlarda gözlendiği bilgisi ile birlikte değerlendirildiğinde genç yaşlarda görülen bazı küçük deri lezyonlarına önem verilmediği ileri yaşlarda ise cilt lezyonlarının insanları daha fazla tedirgin etmiş olabileceğini düşündürmüştür. Onlu yaş grupları olarak değerlendirildiğinde de kadınlarda lezyonların başlangıcı ile tanı arasındaki süre daha uzundu. Bu durum kentimizin düşük sosyoekonomik düzeyine bağlı olarak kadınların erkeklere göre doktora başvurmalarının daha zor olması ile ilişkili olabilir. MF hastalarının önemli bir bölümü erken evrelerde saptanır ve hiçbir zaman ileri evrelere dönüşmezler. Assaf ve arkadaşlarının yayınladığı çalışmada (11) 998 primer kutane lenfomalı olgu serilerinde MF'lerin %80'inin evre IA ve IIA arasında olduğu, Van Doorn ve arkadaşlarının (9) 309 olgulu serilerinde hastaların %72,5'inin evre IA ve IB olduğu, Kim ve arkadaşları (9) tarafından değerlendirilen 525 MF hastasının ise %66,9'unun T1 ve T2 evrede olduğu bildirilmiştir. Ülkemizden Anadolu ve arkadaşlarının (8) yaptıkları çalışmada olguların %89,4'ünün erken evre (evre IA-IIA) olduğu belirtilmiştir. Ülkemizde İkinci (6) tarafından yapılan çalışmada hastaların %36'sı evre IA, %58'i evre IB idi. Bizim çalışmamızda da % 38,6 evre IA'da, % 50'si evre IB'de saptandı. Sonuçlar

diğer çalışmalarla kıyaslandığında erken evre İkinci (6) tarafından yapılan çalışmadaki kadar yüksek olmasa da ona yakın bulunmuş olup, Anadolu ve arkadaşlarının (8) sonuçları ile örtüşmekteydi. Öte yandan çalışmamızda ileri evre hastaların azlığı dikkat çekmektedir. Hiç evre IVB hasta olmaması da dikkat çekicidir. Bu aşamadaki hastaların Onkoloji veya Hematoloji kliniklerinde de izlenmesi bunun nedeni olabilir. İleri evre hastalarının azlığı hastalığın ileri evreye dönüşmemesi veya çok az dönüşmesi ile açıklanabilir.

MF'nin klasik klinik tipleri yama, plak ve tümördür. Çalışma grubumuzdaki hastaların %40,9'unda sadece yama tipinde lezyonlar, % 36,3'ünde ise plak tarzı lezyonlar vardır. Evre IA'da yama tarzı lezyonlar sık görülürken, Evre IB'de plak tarzı lezyonlar daha siktir. Bu iki farklılıkta da istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır. İkinci (6) tarafından yapılan tez çalışmasında plak tarzı lezyonlar daha çok Evre IB hastalarda saptanmış fakat bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Hastalığın ilerleyici olmaması nedeniyle başlanacak tedavilerde hastaya zarar vermeyecek tedavi yöntemlerinin seçilmesi önemlidir. Literatürde Zackheim (12) ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada topikal kortikosteroid uygulaması ile yapılan 9 aylık izlemde T1 evresinde tam yanıt oranı % 63, T2 evresinde ise % 25 bulunmuştur. İkinci (6) tarafından yapılan çalışmada ise tek başına kortikosteroid verilenlerde tam yanıt oranı % 90,9 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ise tek başına veya kombine topikal tedavi ile tam yanıt oranı %44,4 olarak saptandı. Bu farklılık, İkinci (6) tarafından yapılan çalışmada belirtilen ve ortalama 6,7 ayda nüks görülen hastalar tam yanıt olarak değerlendirilmiş iken, bizim çalışmamızda bu hastaların tedaviye tam yanıt olarak değerlendirilmemelerinden kaynaklanabilir. Biz çalışmamızda tam yanıt olarak hastanın tekrar herhangi bir tedaviye ihtiyaç duymamasını yani stabil tam yanıt olan hastaları aldık.

Fototerapi MF tedavisinde sıkça kullanılan bir tedavi yöntemidir. Bu amaçla en sık kullanılan tedavi yöntemleri PUVA ve UVB tedavisidir. Kliniğimizde kullanılan fototerapi cihazı sadece dar bant UVB tedavisi verebilmektedir. Yani UVB tedavisi olarak belirtilen hastalarımızın tümü dar bant UVB tedavisi almışlardır. Literatürde Hermann ve arkadaşlarının (13) yaptıkları çalışmada toplam %95 hastada fototerapi ile yanıt almışlardır. T1 evrede tam yanıt %79, T2 evresinde %59 oranında tam yanıt elde etmişlerdir. Takip edilen sürede nüks olmadan geçen süreyi 43 ay olarak bulmuşlardır. Querfeld ve

arkadaşları (14) ise 104 MF hastasına PUVA tedavisi uygulamışlar tedavi sonucunda hastaların %66'sında tam yanıt elde etmişlerdir. Ahmad ve arkadaşları (15) ise evre IA ve IB hastalarında PUVA ile tam yanıt oranını %62 ve dbUVB ile %60 oranında saptamışlardır. Ankara'dan Anadolu ve arkadaşlarının (8) çalışmasında erken evre MF hastalarında PUVA tedavisi ile tam yanıt oranı %80,4 olarak saptanmıştır. Bizim çalışmamızda PUVA tedavisiyle tam yanıt oranı %75, kısmi yanıt ise %12,5 oranındadır. DbUVB ile tam yanıt oranı ise %40,7, kısmi yanıt oranı ise %55 olarak saptanmıştır. Tedaviler kıyaslandığında dbUVB ile PUVA arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanamadı ($P=0,185$; $X^2=1,7$). Bizim çalışmamızda PUVA tedavisinde tam yanıt oranı literatürle uyumlu olmasına karşın dbUVB tedavisinde tam yanıt oranımız daha düşüktür.

MF'te beklenen yaşam süresi hastalığın başlangıç yaşı, hastalığın evresi, lezyonların tipi ve yaygınlığı ile birlikte deri dışı tutulum varlığıyla ilişkili bulunmuştur. Literatürde Kim ve arkadaşlarının (10) takip ettiği 525 MF ve SS'lu hastanın takibinde beklenen yaşam süreleri kontrol grubuyla aynı bulunmuştur. Zeckheim ve arkadaşlarının (16) 489 KTHL'li hastanın prognozları analiz edilmiş, T1 evresinde sağ kalım oranları kontrol grubu ile farklılık göstermemiştir. Sadece %1,1 hastada ilerleme saptanmıştır. Diğer yandan 10 yıllık sağ kalım oranları kontrol grubuna kıyasla (relative survival) istatistiksel olarak T2 evrede orta (%67), T3 (%39,2) ve T4 (%41) evrede ileri derecede daha az bulunmuştur. İkinci (6) tarafından yapılan çalışmada ise MF'e bağlı ölüm oranı %1 olarak saptanmıştır. Bizim çalışmamızda ise Evre IIB'deki 1 hasta hastalığın ilerlemesine bağlı olarak kaybedilmiştir. Yine Evre IB'deki 1 hastada tam stabil remisyon sonrası hastalık nüks etmiştir. Tüm bu bulgularla değerlendirildiğinde özellikle erken evrelerde iyi prognozlu bir hastalık olarak gözükmektedir. Çalışmamızın retrospektif ve 10 yıllık süreyi içeren küçük bir toplulukta yapılan çalışma olması da hastaların takip olanağını artırmakta ve prognoz hakkındaki bilgileri daha güvenilir kılmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Willemze R, Jaffe ES, Burg G, et al. JWHO-EORTC classification for cutaneous lymphomas. *Blood*. 2005;105(10): 3768-85.
2. Mahrle G, Thiele B. Retinoids in cutaneous T cell lymphomas. *Dermatologica*. 1987;175:145-50.
3. <http://tuikapp.tuik.gov.tr/adnksdagitapp/adnks.zul>
4. Van Doorn R, Van Haselen CW, Van Voorst Vader PC, et al. Mycosis fungoides: disease evolution and prognosis of 309 Dutch patients. *Arch Dermatol*. 2000;136(4):504-10.
5. Zinzani PL, Ferreri AJ, Cerroni L. Mycosis fungoides. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2008;65(2):172-82.
6. Polat Ekinci A. Ocak 2001 Nisan 2008 tarihleri arasında İstanbul Üniveritesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim dalında takip edilen Mikozis Fungoides'li hastaların retrospektif olarak değerlendirilmesi. Tez çalışması. 1-100, 2009.
7. Lenane P, Powel FC, O'keane C, et al. Mycosis Fungoides – a review of the management of 28 patients and of the recent literature. *Int. Journal of Dermatology*. 2007;46:19-26.
8. Anadolu RY, Birol A, Sanli H, Erdem C, Türsen U. Mycosis fungoides and Sezary syndrome: therapeutic approach and outcome in 113 patients. *Int J Dermatol*. 2005;44(7):559-65.
9. Van Doorn R, Van Haselen CW, Van Voorst Vader PC, et al. Mycosis fungoides: disease evolution and prognosis of 309 Dutch patients. *Arch Dermatol*. 2000;136(4):504-10.
10. Kim YH, Liu HL, Mraz-Gernhard S, Varghese A, Hoppe RT. Longterm outcome of 525 patients with mycosis fungoides and Sezary syndrome: clinical prognostic factors and risk for disease progression. *Arch Dermatol*. 2003;139(7):857-66.
11. Assaf C, Gellrich S, Steinhoff M, et al. Cutaneous lymphomas in Germany: an analysis of the Central Cutaneous Lymphoma Registry of the German Society of Dermatology (DDG). *J Dtsch Dermatol Ges*. 2007;5(8):662-8.
12. Zackheim HS, Amin S, Kashani-Sabet M., McMillan A. Prognosis in cutaneous T-cell lymphoma by skin stage: long-term survival in 489 patients. *J Am Acad Dermatol*. 1999;40(3):418-25.
13. Herrmann JJ, Roenigk HH, Hurria A, et al. Treatment of mycosis fungoides with photochemotherapy (PUVA): long-term follow-up. *J Am Acad Dermatol*. 1995;33(2):234-42.
14. Querfeld C., Rosen ST, Kuzel TM, et al. Long-term follow-up of patients with early-stage cutaneous Tcell lymphoma who achieved complete remission with psoralen plus UV-A monotherapy. *Arch Dermatol*. 2005;141(3):305-11.
15. Ahmad K, Rogers S, McNicholas PD, Collins P. Narrowband UVB and PUVA in the treatment of mycosis fungoides: a retrospective study. *Acta Derm Venereol*. 2007;87(5):413-7.
16. Zackheim HS. Treatment of patch-stage mycosis fungoides with topical corticosteroids. *Dermatol Ther*. 2003;16(4):283-7.