

DİYALİZ HASTALARINDA DERMATOLOJİK SORUNLAR VE ÖNERİLER

Prof.Dr. Hatice Şanlı
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dermatoloji Anabilim Dalı



- KBY (stage 1 ve 2)(GFR \geq 60 ml/dk/1.732 m²) genellikle asemptomatiktir. Herhangi üremik ve/veya deri bulgusu yoktur.
- KBY (stage 3 ve 4) deri bulguları yaygındır
 - **Kuruluk ve persistan kaşıntı altta yatan renal disfonksiyonu araştırmayı gerektirir.**
- Terminal böbrek yetmezliğinde multiple metabolik anormallikler ve eşlik eden deri bulguları vardır.

Diyaliz tedavisi alan KBY hastalarındaki dermatolojik bulgular

KBY hastalarının %96'sında en az bir dermatolojik bulgu vardır

Kserozis	%72	
Pigmentasyon	%50	Birçok deri bulgusunun diyaliz alanlar ile almayanlar arasındaki sıklığı benzemektedir
pruritus	%36	
enfeksiyon	%29	
Deride yaşlanma	%13	
Yarım/ yarım tırnak	%28	Deri belirtileri hastalık süresi ve şiddeti ile artar Diyaliz genellikle bulguları şiddetlendirir, hafifletmez
Lunula yokluğu	%22	
Perforan hastalıklar	%3	
Büllöz hastalıklar	%2	
Nefrojenik sistemik fibrozis	%3	



KSEROZİS KUTİS

KBY'DE EN SIK RASTLANAN DERİ
BULGUSU
HEMODİYALİZ HASTALARINDA %50-85

Deri kuruluğu nedenleri

- Ekrin ter bezlerinin küçülmesi
- Sebace gland atrofisi
- Diüretik kullanımı

Kserozis kutis

- Lokalize veya generalize olabilir
- Ön kol ekstensör alanlar, bacak ve kalçalarda sıktır
- **Kaşıntıya neden olur**
- Yara iyileşmesinde gecikme ve enfeksiyonlara yatkınlık da olur

Ayırıcı tanı

- İktiyozis (kongenital veya edinsel)
- Atopiye bağlı deri kuruluğu
- Diğer kuru deri nedenleri
 - Aşırı deri temizliği ve nemlendirici kullanmama

ÇÖZÜM: NEMLENDİRME
Dexpantenol içeren %10 üreli losyonlar



KAŞINTI

sıklık: %20-50

kaşıntı

- Böbrek yetmezliği nedenlerinden bağımsızdır
- Böbrek fonksiyon bozukluğu ile kötüleşir
- Yaşam kalitesini çok bozar
- Kaşıntıda renal tx etkili bir çözümdür, diyaliz etkili rol oynamaz
- Kronik ambulator periton diyalizinde kaşıntı sıklığı hemodiyalizden daha düşüktür

Üremik kaşıntı

Birkaç aydan- bir yıla
değişen süre

İntermittan veya
persistan

En sık sırt, karın, kollar,
bacaklar ve başta
lokalize

Objektif semptomlar :

- ekskoriasyon ,**
- prurigo papülleri**
(perforan
hastalıklardan ayrılmalı)
- likenifikasyon**





Üremik kaşıntı nedenleri

- Kserozis
- Zayıf diyaliz edilen maddelerin sistemik birikimi
- Endojen opiatlar
- CRP ve Proinflamatuvar sitokinler (Th1 sitokinler ve IL-2) (INFLAMASYON)
- Hiperkalsemi ve hiperfosfatemiye sekonder kalsiyum fosfat kristallerinin deride birikmesi
- Santral duyarlanma(birkez kaşıntı çıkınca derideki sinirlerde sekonder değişiklikler olur ve SSSde kaşıntıya duyarlık artar)

Ayırıcı tanı

- **Kronik böbrek yetmezliği tanısı konmalı**
- **Diğer kaşıntı nedenleri dışlanmalıdır !**
 - Endokrin hastalıklar
 - Atopik dermatit
 - Enfestasyon
 - Psikiyatrik hastalık (delüzyon parazitoz)
 - Kontakt dermatitler
 - Dializatlara bağlı gelişen allerjik reaksiyonlar

skabies



KAŞINTI

orta

hafif

NEMLENDİRİCİLER

KALİTELİ DİYALİZ (etkili v e yeterli)

PTH ÖLÇÜMÜ

Hiperparatiroidi

Medikal
Cerrahi tedavi

normal

Tedavi

TOPIKAL

Emolyen
Kapsaisin
Gammalinoleik asit
takrolimus

SİSTEMİK

Aktif kömür 6g/g
Butorfanol
Gabapentin 300 mg
Gammalinoleik asit
Nalfurafine
Naltrexon 50mg/g
Pentoxifillin
talidomid

FİZİKSEL

Akapunktur
UVB
Renal transplantasyon

Deride hiperpigmentasyon

KLİNİK

- El içi ve ayak tabanında maküler koyulaşma mukozal yüzeyde diffüz hiperpigmentasyon vardır .
- Güneş gören alanlarda daha fazladır (GÜNEŞTEN KORUNMALI)

AYIRICI TANI

- Addison
- Bronzlaşma
- Diğer nedenler

Deride hiperpigmentasyon

- Orta molekül ağırlıklı moleküllerin birikimi suçlanır
 - Ürokrom pigmentleri
 - Karotenoidler
 - Alfa ve beta melanosit sitümüle eden hormon
- High flux hemodiyaliz(HF-HD) ve hemodiafiltrasyon gibi **orta molekül ağırlıklı molekülleri temizleyen sistemler çözüm olabilir**



KERATOZİS PİLARİS

Kıl follikülünde keratinin aşırı üretimi

Böbrek yetmezliğinde neoplastik olmayan folliküler hiperkeratoz görülür.

Foliküler hiperkeratoz

KLİNİK

- Hiperkeratotik çıkıntılar
- Yüz, boyun ve gövdede
- nonspesifiktir

PATOLOJİ

- Ortohiperkeratotik kolonlardan oluşan anormal hiperkeratoz
- Etyoloji??

Ayırıcı tanı

- Diğer nedenler dışlamalıdır
- Maligniteler (amiloidozla birlikte multiple myeloma, melanoma
- Familial veya sporodik
- Polikistik böbrek hast.
- Pellegra
- Çinko eksikliği
- Hiperlipoproteinemi
- Radyasyon sonrası

tedavi

- %20 amonyum laktat kremleri
- Üre içeren krem ve losyonlar

Üremik Frost

- Prevelans: %3
- KBY de sık görülür, hemodiyalizin uygulandığı hastalarda insidans düşer
- **Hemodiyaliz koruyucudur!**

Üremik frost

NEDİR ?

- Sarımsı-beyaz ürat kristallerinin yüz, boyun ve kollarda açığa çıkmasıdır
- Beyaz kolay dağılan ve ufalanan yapılardır
- Bu materyal SF ile dilüe edilerek incelenirse üre nitrojen seviyeleri arttığı saptanabilir

NEDEN OLUR ?

- Üre klirensinin azalması, ürenin terle sekrete edilmesi ve buharlaşma sırasında kristalleşmesi

Kandaki düzeylerine benzer şekilde

Ayırıcı tanı

- Retansiyon keratozu
- Atopik dermatit
(yetişkinde fleksural kıvrımlarda likenifiye kaşıntılı plak)
- Postinflamatuvar deskuamasyon
(güneş sonrası yanık gibi)

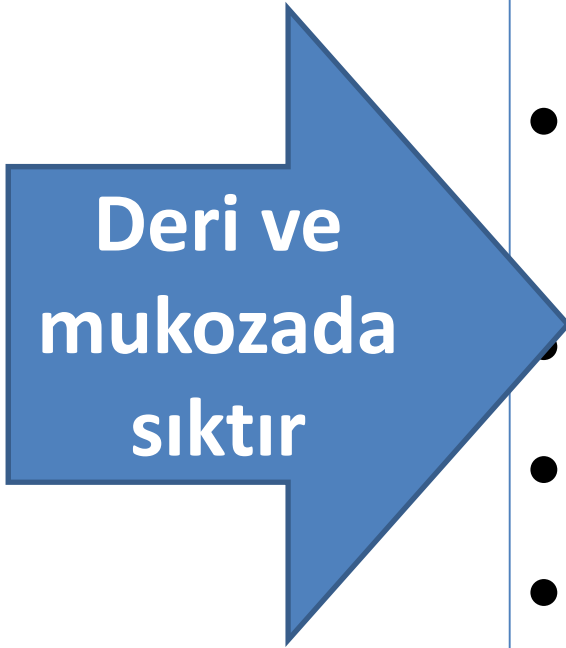


EKİMOZ

DERMİS VE SUBKUTİSTE ERİTROSİT EKSTARVAZASYONU SONUCU DERİDE
MORUMSU RENK

1-2 HAFTADA SARI-YEŞİL RENGE DÖNER

ekimoz



SORGULA

- Pikür yerlerinde uzamış kanama ?
- Epistaksis ?
- Gingival kanama ?
- GI kanama ?

TERMİNAL BÖBREK YETMEZLİĞİ

Üre artışı
Kreatinin artışı
Fenol, fenolik asit artışı
Guanidosüksinik asit artışı

Platelet disfonksiyonu
(ADP ve serotonin deposu azalır, endotele az yapışır)
Trombositopeni

EKİMOZ

**DIYALİZ
KESİN
ÇÖZÜM
DEĞİLDİR**

Özellikle periton diyaliz ekimoz daha az olabilir (antikoagulan tedavi gerekmiyor)

Ayırıcı tanı

- Travma
- Solar purpura
- Koagulasyon hastalıkları
- Antikoagulan kullanımı
- İmmuntrombositopeni
- Trombotik trombositopenik purpura

HİKAYE

LABORATUVAR



EDİNSEL PERFORAN DERMATOZLAR

DERMİSTEKİ MATERYALİN TRANSEPİDERMAL ELİMİNASYONUyla KARAKTERİZEDİR.

TERMİNAL BÖBREK YETMEZLİĞİ VE DİYABETTE SIKTIR

Primer perforan deri hastalığı

- Elastozis perforans serpiginoza
- Reaktif perforan kollajenöz
- Perforan follikülit
- Kyrle hastalığı

- **Edinsel perforan dermatozlar diyalizle mi ilgili ?**

- Hemodiyalizde görülme sıklığı %11

- EPD' lu böbrek yetmezliği saptanan hastaların hepsi diyaliz tedavisi alan hastalar

patofizyoloji

- Anlaşılammamıştır
 - Yara iyileşmesinde geçikme (diyabetik mikroangiopati, böbrek hasta. Vs) ?
 - Lokal travma (kaşıma) nedeniyle oluşan hasarın yetersiz tamiri ve dermal materyalin epidermisten atılması ?
 - Değişmiş dermal kollagen ve kalsiyum tuzlarına karşı yabancı cisim reaksiyonu ?

KLİNİK

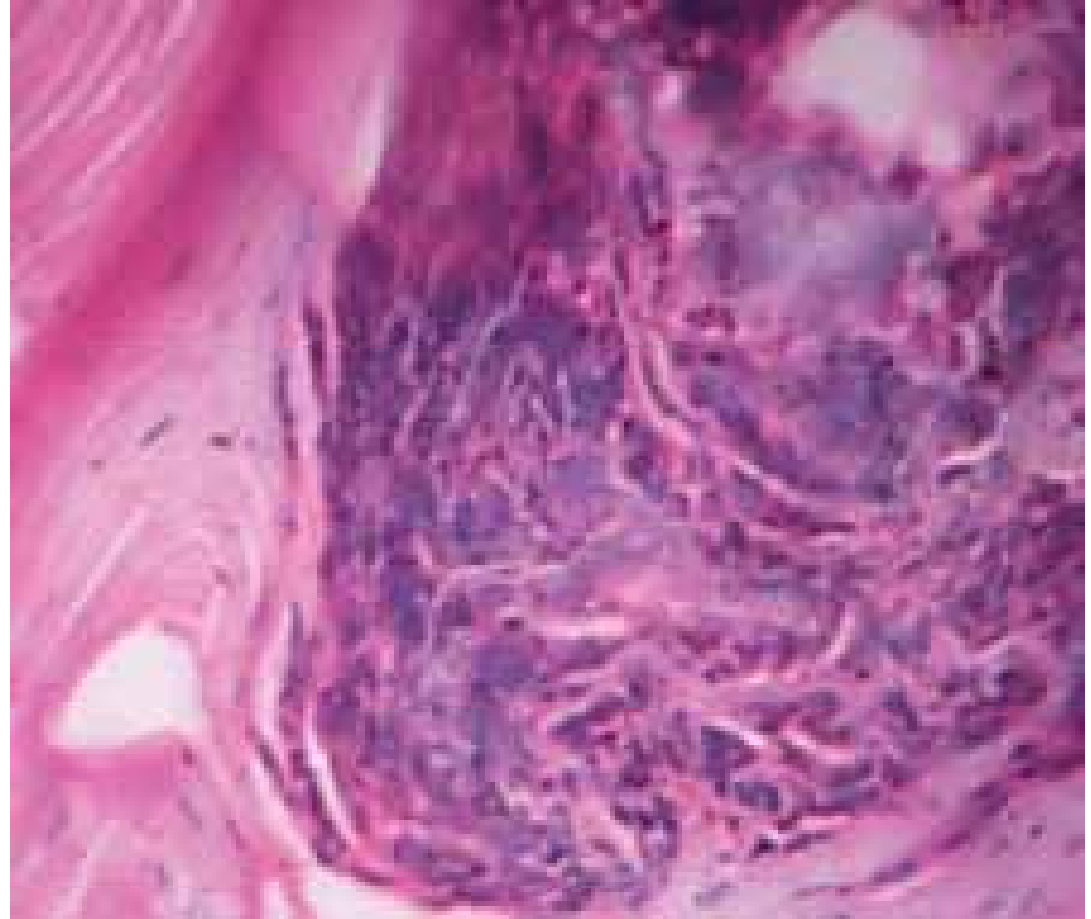
- Ekstensör yüzeylerde yerleşir (travma, friksiyon)
- Hiperkeratotik tıkaçlı papül , plak ve nodüller
- Şiddetli kaşıntı
- Kronik
- Lineer lezyonlar (kübnerizasyon)



PATOLOJİ

✓ DIAGNOSTİKTİR

Keratin , kollagen ve elastik fibrillerle dolu keratin tıkaçların bulunduğu epidermal invaginasyon ve dilate kıl follikülleri





Kyrle hastalığı



Edinsel perforan dermatoz
(KBY, 2 yıldır hemodiyaliz hastası)

Ayırıcı tanı

- Prurigo nodularis
- Follikülitis
- Böcek ısırıkları
- Multiple keratoakantoma
- Psoriazis
- Liken planus

DERMATOPATOLOJİ DİAGNOSTİKTİR

Tedavi

- Topikal ve sistemik retinoid
- Topikal steroidler
- Keratolitikler
- UVB
- PUVA
- Allopurinol
- Kryoterapi
- Fotodinamik tedavi



METASTATİK KALSİNOZİS KUTİS

KBY' NİN GEÇ BULGUSUDUR (%1)

Dermis ve subkutan dokuda çözülmeyen kalsiyum ve fosfat tuzlarının birikimidir

Hiperkalsemi, hiperfosfatemi şüçlanır

Klinik bulgular

- Özellikle eklem çevrelerinde , fleksural alanlarda ağrısız infiltrate plaklar vardır
- Kalsifikasyon hiperfosfatemi düzeyi ile koreledir
- Deri yüzeyinde beyaz kireç benzeri madde bulunabilir
- Benign nodüler kalsiflaksi üzerinde nekroz olmaz (**Klasiflakside olur**)

Dermatopatoloji

- Dermis ve subkutan dokuda kalsiyum depozitleri ve etrafında yabancı cisim dev hücrelerine inflamasyon bulguları
- Von Kossa boyaması: Kalsiyum siyah görünür

Ayırıcı tanı

- Diğer kalsinozis kutis subtipleri (skleroderma vs.)
 - Süre
 - Lokalizasyon
 - Tedavi sorgulanmalı

Tedavi

- Altın standart yoktur
- Serum kalsiyum ve fosfat düzeyleri normalize edilmeli
- Sekonder hiperparatiroidinin eşlik ettiği refrakter MKK de paratiroidektomi kürdür



KALSİFLAKSİ
(kalsifik üremik arteriopati)

KALSİNOZİS KUTİSİN BİR SUBTİPİ

kalsiflaksi

- Dermis ve subkutan doku yağ dokusunda küçük-orta damarlarda kalsifikasyon nedeniyle ortaya çıkan kutanöz iskemi doku infarktı ve nekrozdur
- **Hemen daima terminal böbrek hastalarında çoğu da hemodiyaliz alan hastalarda görülür (%1-4)**
- Periton diyalizinde risk daha yüksektir
- Morbidite ve mortalite yüksek (sepsis en önemli nedeni)

KALSİFLAKSİ

PATOLOJİ :

Lobuler yağ nekrozu,
nötrofil, lenfosit ve
köpüksü histiyositler
görülür



Retiform purpura/nekrozda ayırıcı tanı

- Antifosfolipid sendromu
- Radyasyon arteriti
- Vaskülitler
- Distrofik kalsifikasyon
- Kolestreol embolisi
- Pannikülit
- Purpura fulminans
- Warfarin veya heparin nekrozu
- Pyoderma gangrenozum
- Levamizol toksisitesi

Nekrotizan vaskülit



Lökositoklastik vaskülit



Antifosfolipid antikor sendromu



Diyaliz hastasında warfarine
bağlı deri nekrozu



Deri ve subkutan dokuda nekroz:
Birçok damarda fibrin trombozu

BULGULAR	WARFARİN DERİ NEKROZU	KALSİFLAKSİ
LOKALİZASYON	Ekstremiteler Proksimal uyluk iç yüz Karın ön bölümü, lateral gövde	Adipoz dokunun kalın olduğu alanlar
PATOLOJİ	Altındaki subkutan dokuda damar tutulumu olmadan deri nekrozu	İntravasküler kalsiyum depozitleri, başlıca küçük ve orta çaplı venül ve arteriollerde
TEDAVİ	Warfarin kesilir Heparin, vitamin K, konsantre protein C, yara bakımı	Kalsiyum bağlayıcılar kesilir Sodyum Tiyosülfat Paratiroidektomi Yara bakımı

Tedavi prensipleri

- Destekleyici tedavi
- Yara debridmanı
- Enfeksiyon kontrolü
- Risk faktörlerini azaltmak
 - Düşük fosfat diyeti (43 mg/g)
 - Düşük kalsiyum diyalizat
 - Kalsiyum ve fosfat düzeylerini normalize etmek

tedavi

- **Sodyum tiyosülfat infüzyonu**
 - (25 gr IV 30-60 dk) 8 haftada lezyonları iyileştirir,ağrıyı azaltır.
Bu tedaviye iyileşme olduktan sonra en az 2 ay devam edilir
- **Cinacalset**
 - KBYli diyaliz tedavisi alan hastalarda sekonder hiperparatiroidizme etkilidir. Ağrı hafifler ülser iyileşmesihaftalar-ayları alır.
- **Bifosfonat**
 - sistemik steroidlerle eş zamalı verilmesi bazı hastalarda yararlı olmuş
- **Paratiroidektomi**
 - (tedaviye dirençli hastalarda)
- **Hiperbarik oksijen tedavisi**



NEFROJENİK SİSTEMİK FİBROZİS

Renal diyaliz hastalarında tanımlanan skleromiksödema benzeri tablo (nadirdir, %0.01-0.02)

tanımlama

- Deride skleromiksödem benzeri değişiklikler
- Ekstrakutanöz tutulum
 - kalp
 - Akciğer
 - böbrekler
- Hastaların hemen tamamında kontrastlı MR veya MRA sırasında gadolinium maruziyeti vardır. 2-3 ay içinde semptomlar başlar



Ayırıcı tanı

- Skleromiksödem
- Morfea/skleroderma
- Eozinofilik fasiit
- Sklerödema
- Eozinofili-myalji sendromu
- lipodermatosklerozis

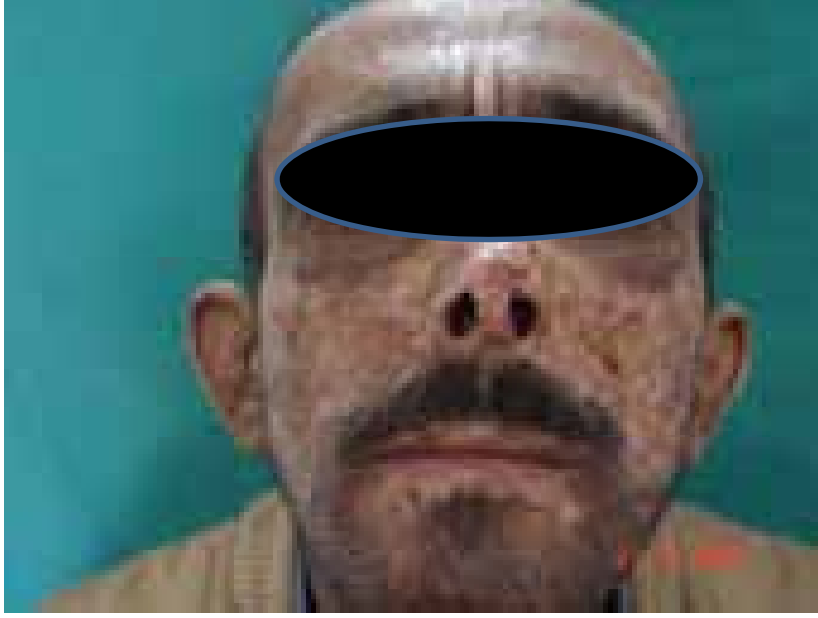
Tedavi

“esas olan hastalığın gelişimine engel olmaktır”

- Etkin bir tedavisi yoktur
- Topikal veya sistemik steroidler
- Siklofosfamid
- Talidomid
- Plazmaferez
- İmmunglobulin infüzyonu
- İmatinib mesilat
- Rapamisin
- Fizik tedavi (eklem kontraktürleri için)

SON 3 YIL İÇİNDE YENİ OLGU BİLDİRİLMEMİŞTİR

Diyalizi optimize etmek, alternatif tanı yöntemleri uygulamak



PORFİRİA KUTANEA TARDA

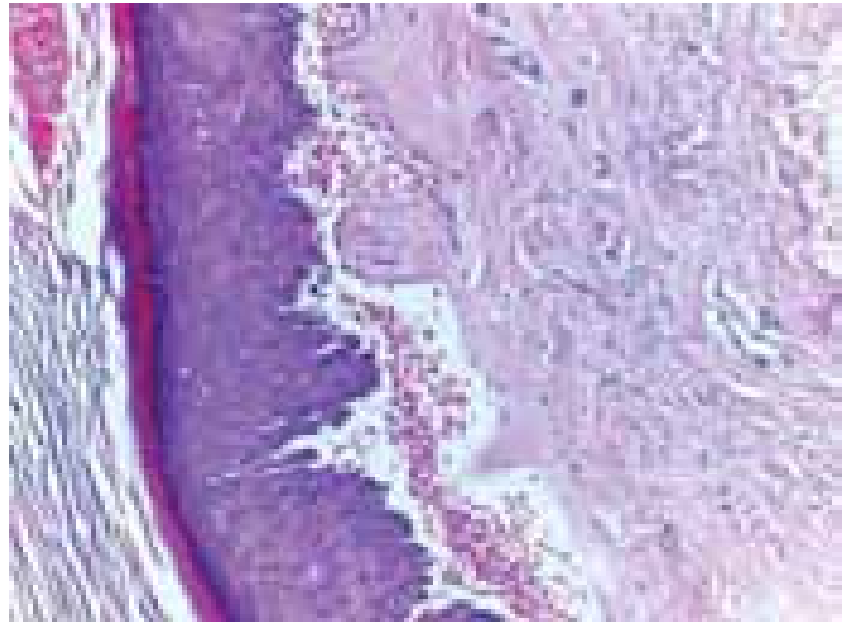
ÜROPORFİRİNOJEN BİRİKİMİ , FOTOTOKSİK DERİ REAKSİYONU
ASEMPTOMATİK KARACİĞER TUTULUMU

Hemodiyaliz hastalarındaki sıklığı %1.2-18

Porfiria kutanea tarda

- Güneş gören deri alanlarında lokalize, özellikle ellerin dorsali
- Deri frajilitesi, vezikül ve büller
- Erozyon,krut
- Skatris ve milia formasyonuylay iyileşme





Subepidermal ayrılma

Diğer bulgular

- Hipertrikoz
 - kadınlarda periorbital alanda sık
- Hiperpigmentasyon
 - kadında tek başına yüzde görülmesi erken bir PCT bulgusudur
- Koyu idrar
- Kaşıntı
- Sklerodermoid değişiklikler
 - güneş gören ve görmeyen alanlar



İlaç
Kalıtımsal
Demir yükleme
Hepatosit hasarı

Üroporfirinojen dekarboksilazın
Etkisiz hale gelmesi

Artmış metabolitler

Böbrek yetmezliği

Porfirin hidrofilik ve düşük molekül
ağırlıklıdır yüksek molekül ağırlıklı
proteinlerle (albümin ve hemoprexin)
kompleks oluşturur ve diyalize edilemezse
sürece katkıda bulunur .

Azalmış atılım

Fotosensitif porfirin metabolitlerin birikimi

PORFİRİA KUTANEA TARDA

AYIRICI TANI

- Diğer porfirialar
 - Porfiria variegata
 - Herediter koproporfiria
 - Hepatoeritropetik prfiria
 - Kongenital eritropoetik profiria
- Edinsel Epidermolizis bülloza
- Polimorf ışık erüpsiyonu
- Fototoksik reaksiyonlar
- Büllöz ilaç reaksiyonları
- Hidroe vaksiniforme

İdrar ve dışkıda porfirin analizi yapılır

PCT'DE TANISALDIR

- idrarda artanlar
 - Üroporfirin I
 - Üroporfirin II
 - 8-karboksil üroporfirin
 - 7-korboksil profirin
- Dışkıda artanlar
 - Fekal isokoproporfirin
- Plazma üroporfirin artışı

- Renal yetmezlikli hastalarda **dışkı analizi** en kullanışlı yöntemdir
- Hemodiyaliz hastalarında plazma **üroporfirin konsantrasyonunu** bazal değere göre artışı kullanışlı yöntemdir.

Tedavi

- Güneşten korunma
- Demir yüklenmesinin azaltılması
 - **Flebotomi** : en etkili yöntemdir
 - Haftada 1-2 kez 250-500 ml kan alınması (Anemiye neden olabilir!)
 - Düşük volüm (haftada 2 kez 50-100 ml) 8 aylık tedavi sonrası remisyonu indükleyebilir
- Eritropoetin
- Antimalaryaller (klorokin veya hidroksiklorokin)
 - özellikle belirgin demir yüklenmesi olmayan hastalarda
 - Anürik hastalarda yeterli olmaz (klorokin porfirinin çözünürlüğünü ve idrarla atılımını artırır)



PSÖDOPORFİRİA

TERMİNAL BÖBREK HASTALARININ BÜLLÖZ DERMATOZUDUR

- Terminal böbrek yetmezliği ve uzun süre hemodiyaliz alan hastalardaki sıklığı %1.2-18 dir, peritoneal diyaliz hastalarında daha az görülür

Solaryum,PUVA bazı ilaçlar gelişiminde önemli rol alır :

- diüretikler,
- NSAI(naproxen)
- antibiyotikler
- antifungaller(vorikonazol)
- retinoid
- finasterid

PCT

PP

HER İKİSİNDE DE GÜNEŞ GÖREN ALANLARDA (ELLERİN DORSALI , ÖN KOL)
BÜL DERİDE FRAJİLİTE, DİSTROFİK KALSİFİKASYONLAR VE MİLİA OLUŞUMU
VARDIR



Hemodiyaliz hastalarının %69'unda
Deri bulgusu olamadan da plazma
Porfirin düzeyleri yüksek olduğundan
PP'de de yüksek bulunabilir.

- PP'de Hipertrikoz ve sklerodermoid değişiklikler yoktur
Serum, idrar ve fekal porfirin normal sınırlardadır

Tedavi

- Şüpheli ajanlar kesilmeli
- Güneş koruyucu kullanılmalı
- N-asetilsistein(antioksidan olan glutasyon üretimini artırır)
- Semptomların gerilemesi uzun sürer



**GROVER HASTALIĞI (TRANSİEN AKANTOLİTİK
DERMATOZ)**

**Göğüs, sırt ve uyluklarda haftalar ve aylar içinde
spontan gerileyen geçici papüloveziküler
lezyonlarla karakterizedir**

- Periton diyaliz ve hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda da görüldüğü bildirilmiştir.
 - Renal yetmezlik, tx veya immünsüpresif tedavi
 - Azalmış terleme, ter kanallarındaki tıkanıklık ve bilinmeyen faktörler rol oynayabilir
- Renal tx ile gerileyen olgular da bildirilmiştir.

Diyaliz hastalarında tırnak değişiklikleri

- Yarı yarıya tırnak
- Lunula yokluğu
- Lökonişi
- Splinter hemoraji
- Diskolorasyon
- Subungual hiperkeratoz(onikomikozis)

Hemodiyaliz hastalarının %86 sında en az 1 tırnak değişikliği görülür

- Tırnak değişiklikleri spesifik olmayıp başka hastalıklarda da görülebilir
- Hastalıktan kaynaklanabileceği gibi verilen ilaçlara da bağlı olabilir
 - Kaptopril:reversible onikoliz, likenoid tırnak distrofileri yapabilir



**Yarı yarıya tırnak
(Lindsay tırnağı)**

Prevelans: %21



- Tırnağın proksimal bölümü beyaz-distal bölümü pembeden kırmızıya değişen renktedir
- Basmakla solmaz
- Tırnağın büyümesiyle değişmez

Yarı yarıya tırnak

patogenez

- Kesin mekanizma ?
- Diyalizde zayıf süzülen beta MSH konsantrasyonu dokuda artmış

patoloji

- Tırnak yatağında kapiller sayısı artmış kapiller duvar kalınlaşmış
- Tırnak plağının distalinde melanin gösterilmiş

(ABY 'de melanosit aktivitesi artmış ve tırnak plağında aşırı pigment depolanır)

Ayırıcı tanı

Lindsay Tırnağı	Terminal böbrek yetmezliği olanlarda görülebilir	Proksimal yarı beyaz distal yarı pembe-kırmızı
Beau çizgisi		transvers depresyon
Terry tırnağı		$\frac{3}{4}$ proksimal soluk ve geniş, $\frac{1}{3}$ distal dar ve kırmızı
Mees çizgisi		Tek transvers beyaz band
Subungual hiperkeratoz		Distalde keratine bağlı elevasyon

tedavi

- Diyaliz ile iyileşmez
- Böbrek transplantasyonu ile bazen iyileşebilir.



Splinter hemoraji



Lunula yokluğu



lökonişi



onikomikozis



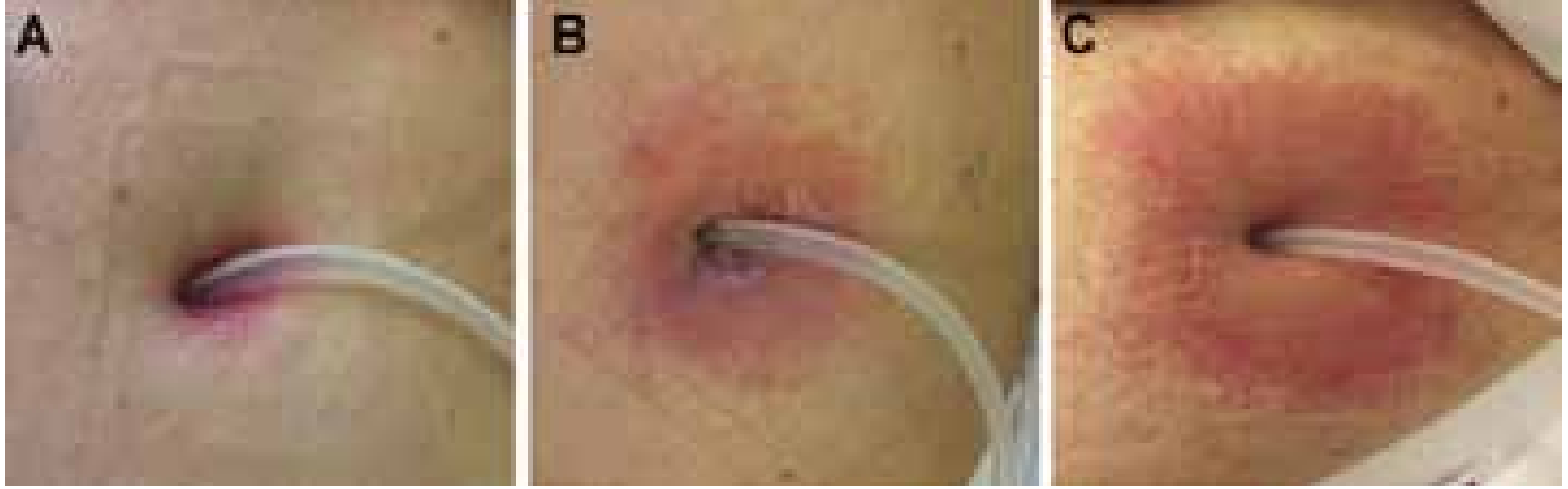
Tırnakta diskolorasyon

hemodiyaliz alan KBY hastalarındaki tırnak bulguları

Tırnak değişikliği	Hasta (104)	Kontrol (104)	p
Lunula yokluğu	71	9	<0.001
Dikey sırtlanma	49	38	
Terry tırnağı	19	2	<0.001
Yarı yarıya tırnak	19	1	<0.001
Splinter hemoraji	17	0	<0.001
Beau çizgisi	7	0	
Onikomikozis	6	0	
Lökonişi	5	1	
pittig	5	2	
Yirmi tırnak	4	1	
koilonişi	3	3	

Hemodiyaliz hastalarında kontakt allerji

- Sık görülür
- Ekzema veya kaşıntı en sık görülen bulgudur
- Sık karşılaşılan allerjenler:
 - Antiseptikler (lidokain ,prilokain)
 - Polyvidone-iodine
 - nikel (iğnelerde)
 - Lokal anestezikler
 - Latex
 - Silikon



Diyaliz kateteri çıkış noktası etrafında Allerjik kontakt dermatit
Nedeni: antiseptik solüsyonlar

Silikon allerjisi nefrologların önemli problemidir!



Silikon bazlı materyale karşı AEKD hemodiyaliz ve peritoneal dializ katetelerinin çoğu silikon bazlıdır. Çünkü fleksibledir, trombogenez düşüktür.

TEŐEKKÖR EDERİM

www.haticeerdisanli.com

haticesanli1964@gmail.com