

BEBEK VE ÇOCUKLARDA DERİ HASTALIKLARI

ARAŞ.GÖR.DR.M.NURDAN ÖZKAYA
KTÜ TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ AD

15.12.2015

Sunumun Amacı

- Yenidoğan derisi ve yenidoğanda sık karşılaşılan dermatolojik hastalıklar hakkında bilgi sahibi olmak,
- Çocukluk çağının enfeksiyöz dermatolojik hastalıkları hakkında bilgi sahibi olmak,
- Çocukluk çağının vasküler dermatolojik hastalıkları hakkında bilgi sahibi olmak,
- Çocukluk çağının kaşıntılı lezyonları hakkında bilgi olmak

NEONATAL DERMATOLOJİ

Doğumu takiben yaşamın
ilk 4 haftasını içeren yenidoğan
dönemi, amniyotik kavite içinde

Sessiz →

Her türlü çevresel uyarana ve

Steril →

fiziksel, kimyasal, mikrobiyolojik zararlı
ajana açık,

Termostabil →

Termolabil, kuru

olan güvenli sıvı ortamını terk eden
bebeğin;

ortama geçiş göstererek, yeni şartlara
uyum sağlamaya çalıştığı stresli bir
dönemdir

- ✓ Bu zorlu dönemde dermatolojik sorunlarla sık karşılaşılmasının temel nedeni yenidoğan derisinin henüz matürasyonunu tamamlamamış olmasıdır.
- ✓ Preterm bebeklerde matürasyonun daha geri olması nedeniyle dermatolojik sorunlar daha da yoğun yaşanmaktadır.
- ✓ Yenidoğan derisini erişkin derisinden ayıran özelliklerin(yetersizliklerin) bilinmesi,iyatrojenik dermatozlar dahil birçok kutanöz olumsuzluğun öngörülebilmesi ve önlenmesine katkı sağlayacaktır.

- ✓ Yenidoğan dönemi dermatolojik sorunları;derinin göz önünde olan bir organ olması nedeniyle ebeveynleri büyük ölçüde endişeye sevk eder.
- ✓ Bu sorunların büyük kısmı;deride maturasyonun tamamlanmasıyla genellikle ortadan kalkan,benign seyirli,”geçici / fizyolojik “ olarak sınıflandırılan dermatozlardır.
- ✓ Buna karşın bir grup yenidoğan dermatozu ciddi morbidite ve mortalite kaynağı olmasına karşın benign klinik tablolarla büyük benzerlik gösterebilmektedir.
- ✓ *Bu nedenle öncelikle fizyolojik / geçici durumlar ile patolojik / tehlikeli durumların ayırıcı tanısı yapılmalı, gereksiz tetkik ve tedavilerden kaçınılmalı, ebeveynlere gerekli bilgi verilerek doğru yönlendirme sağlanmalıdır.*

Tablo 1. Yenidoğanda sık yaşanan dermatolojik sorunlar ve neden olan faktörler¹⁻⁷.

Yenidoğanda deri özellikleri – fonksiyonel yetersizlikleri Dermatolojik sorunlar için hazırlayıcı faktörler	Yenidoğanda sık olarak karşılaşılan ve hazırlayıcı faktör ile ilişkili dermatolojik sorunlara örnekler
Yenidoğanda deri erişkin derisinden incedir, epidermal bariyer tam olarak gelişmediğinden transkutanöz emilim ve transepidermal su kaybı (TESK) erişkinden yüksektir. (TESK: preterm bebekte > term bebek).	Yenidoğanda deri fajildir, hipernatremik dehidrasyon, hipotermi ve transkutanöz toksisite gelişme riski yüksektir. (Resim 1 a, b).
Bebeklerde; vücut yüzey alanının beden hacmine oranı, erişkindekinin 2-3 katıdır.	Yenidoğanlarda transkutanöz absorpsiyonla sistemik toksisite gelişme riski yüksektir.
Yenidoğan döneminde, küvöz gibi sıcak ve nemli ortam koşulları ve bez gibi oklüziv uygulamalar olağandır.	Yenidoğanlarda bez dermatiti ve küvöz enfeksiyonlarına yol açabilir.
Özellikle preterm bebeklerde dezmozomal-hemidezmozomal bağlantılarda yetersizlik mevcuttur.	Pretermelerde flaster/elektrot uygulamalarına bağlı erozyonlar gelişir.
Yenidoğanda dermiste kollajen ve elastik lifler erişkin derisine göre yetersiz düzeydedir.	Yenidoğanda bül gelişimine yatkınlık oluşturur.
Yenidoğanda asit manto geç oluşur (Doğumda deri yüzeyi pH: 6.2-7.5, 4.hafta pH: 5.0-5.5'tir).	Yenidoğanda enfeksiyonlara yatkınlık oluşturur.
Yenidoğanda melanozom sayısında yetersizlik vardır (erişkin > term > preterm).	Yenidoğanda fotokorunma yetersizdir.
Yenidoğanda kutanöz (otonom) sinir ağrı immatürdür.	Yenidoğanda vazomotor disfonksiyon sonucu: "kutis marmorata" ve "Harlequin renk değişikliği" gibi geçici fizyolojik değişiklikler ortaya çıkabilir.
Yenidoğanda diğer organ sistemleri de henüz immatürdür.	Renal klirensin düşük olması sonucu epidermolitik toksinin atılamamasıyla stafilokokkal haşlanmış deri sendromu gelişimine yatkınlık vardır.

A. C/S İLE 28 HAFTALIK,700 GR DÜNYAYA GELEN,POSTNATAL 16.GÜNÜNDE PRETERM ERKEK BEBEKTE,İNCE,SAYDAM,ÖDEMLİ,FRAJİL DERİ YAPISI
B. DAMAR YOLU STABİLİZASYONUNA SEKONDER GELİŞEN PURPURA.
DOÇ.DR..A.A.KARABULUT VE DR.M. ALBAYRAK ARŞİVİNDEN



1° Skin Lesions	Description	Examples	Image
Macule	Change in color, flat, circumscribed, <1cm	Freckle, hypopigmentation, petechiae	
Papule	solid raised lesion, distinct borders, <1cm	Scabies, elevated nevus, wart	
Patch	Change in color, flat, >1cm	Café au lait, Mongolian spot, vitiligo, chloasma	
Plaque	solid, raised, flat-topped, >1cm	Psoriasis	
Nodule	raised solid, >1cm	Xanthoma, fibroma, intradermal nevi	
Wheal	Superficial, raised transient, erythematous, slightly irregular shape 2° edema	Mosquito bite, allergic rx, TB skin test	
Tumor	solid mass of skin or subcutaneous tissue, deeper in dermis, > few cm	Lipoma, hemangioma	
Urticaria (hives)	Wheals coalesce to form extensive rx, intensely pruritic	hives	
Vesicle	Elevated cavity, filled w/ clear fluid, <1cm	Herpes simplex, early varicella, herpes zoster	
Cyst	Encapsulated fluid-filled cavity, dermis or subq, tensely elevating skin	Sebaceous cyst, wen	
Bulla	circumscribed fluid-filled, superficial in epidermis, thin walled, >1cm	Friction blister, burns, contact dermatitis	
Pustule	circumscribed elevated, filled w/ pus	Impetigo, acne	

Tablo 2. Neonatal dönemde; püstül, bül ve erozyon olarak ortaya çıkan başlıca hastalıklar.⁹

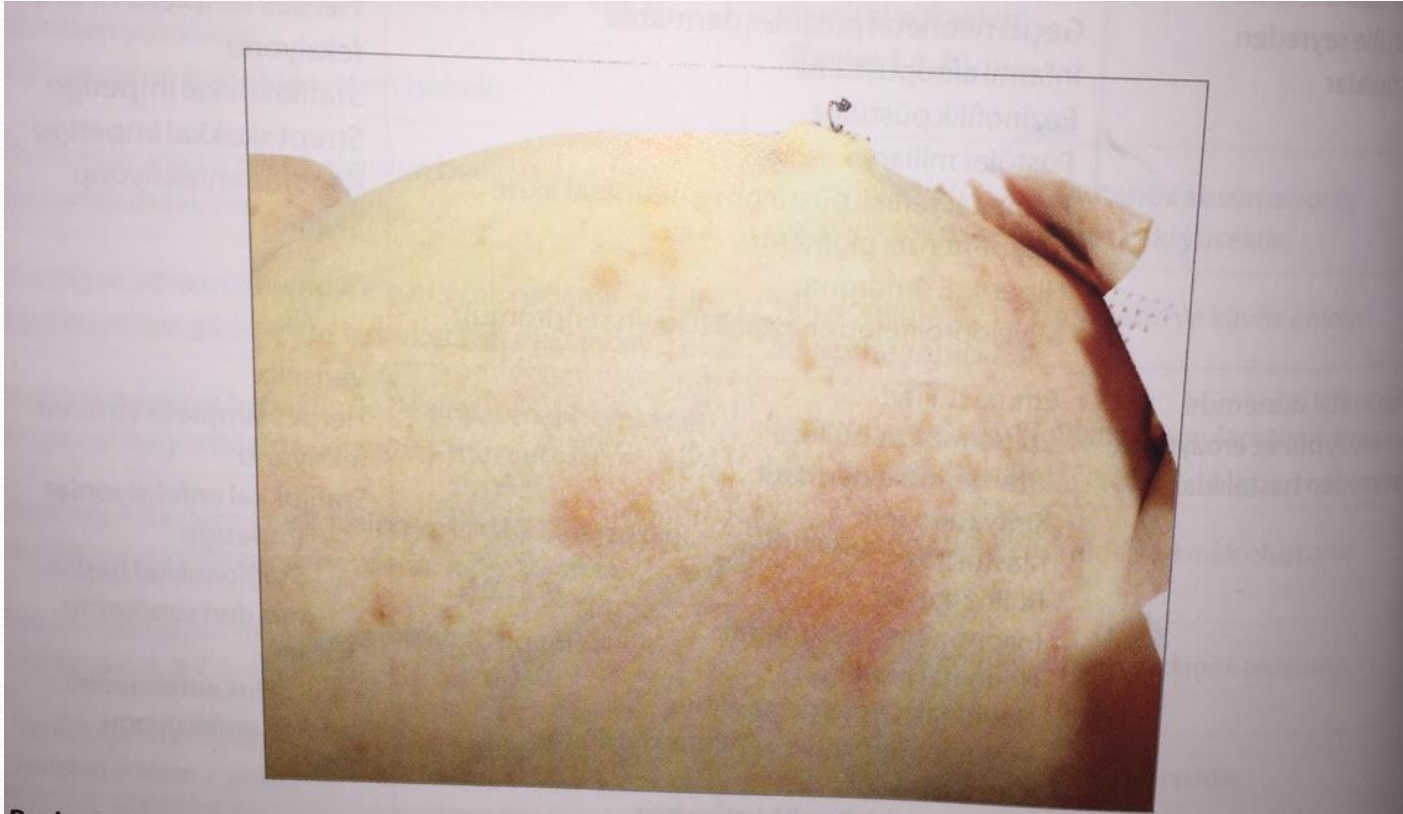
Neonatal Dönemde; Püstül, Bül ve Erozyon Olarak Ortaya Çıkan Başlıca Hastalıklar

Primer lezyon tipi	Steril lezyonla seyreden hastalıklar	Steril olmayan lezyonla seyreden hastalıklar
Neonatal dönemde püstülle seyreden hastalıklar	Neonatal toksik eritem Geçici neonatal püstüler dermatoz İnfanıl akropüstüloz Eozinofilik püstüloz Püstüler miliarya Neonatal sefalik püstüloz ve neonatal akne İnkontinensia pigmenti Hiper-IgE sendromu Miyeloproliferatif hastalık (Down sendromu)	Varisella Herpes simpleks virüs enfeksiyonu Stafilokokkal impetigo Streptokokkal impetigo Kandida enfeksiyonu Skabies
Neonatal dönemde vezikül, bül ve erozyon ile seyreden hastalıklar	Emme bülleri Epidermolizis bülloza İritan kontakt dermatit Kimyasal yanık Mastositoz Büllöz iktiyoz İnkontinensiya pigmenti Neonatal pemfigus Neonatal herpes gestasyonis Konjenital eroziv ve veziküler dermatoz Çinko eksikliği Langerhans hücreli histiyositoz Porfiriler <ul style="list-style-type: none">- Konjenital eritropoetik porfiri- Eritropoetik protoporfiri- Rh uyumsuzluğuna bağlı geçici porfirinemi	Varisella Herpes simpleks virüs enfeksiyonu Stafilokokkal enfeksiyonlar <ul style="list-style-type: none">- Impetigo- Stafilokokkal haşlanmış deri sendromu Skabies Aspergillus enfeksiyonu Kandida enfeksiyonu Sifiliz

STERİL PÜSTÜL OLUŞUMU GÖSTEREN,GEÇİCİ BENİGN NEONATAL HASTALIKLAR

- Yenidoğanın toksik eritemi
- Geçici neonatal püstüler dermatoz(Geçici neonatal püstüler melanoz)
- İnfanıl akropüstüloz
- Eozinofilik püstüloz(Eozinofilik püstüler folikülit)
- Miliarya
- Neonatal sefalik Püstüloz ve Neonatal Akne

Yenidoğanın toksik eritemi



Resim 2. Yenidoğanın toksik eritemi: 9 günlük, sağlıklı, term, kız bebekte; karın üzerinde keskin sınırlı olmayan, düzen-
siz Şekilli, eritemli maküller üzerinde soluk papüller ve püstüller (Doç. Dr. A. A. Karabulut arşivinden).

Yenidoğanın(YD) toksik eritemi

- Term YD'ların %50-70 inde karşılaşılan,
 - Cinsiyet ve ırk ayrımı yapmayan,
 - Nedeni tam olarak açıklanamamış,
 - Benign seyirli bir dermatozdur.
-
- Etyolojide → çevresel uyaranlar,hipersensitivite reaksiyonu,mikrobiyal kolonizasyona karşı gelişen immün reaksiyon suçlanmıştır.

Yenidoğanın toksik eritemi

- DDA ve preterm bebeklerde ender görülür.
- Palmoplantar bölge dışında tüm deri alanlarında:**öncelikle yüz,gövde ve ekstremiteler proximal bölgelerinde yerleşim gösterir.**
- Genellikle doğumda yokken,ilk 24-48 saat içinde, nadiren ilk 10 gün içinde ortaya çıkar.
- Remisyon ve rekürrenslerle 14.güne kadar sürer.
- Mekanik irritasyon yeni lezyon çıkışını tetikleyebilir.
- Kendiliğinden gerileyen hastalık tedavi gerektirmez.

Geçici neonatal püstüler dermatoz (Geçici neonatal püstüler melanoz)



Resim 3. Geçici neonatal püstüler dermatoz: 4 günlük, sağlıklı, koyu tenli, erkek, term bebekte gerilemekte olan püstüler erüpsiyona ait yakalık tarzı skuamlar (▶) ve hiperpigmentasyon (▶).
(Doç. Dr. A. A. Karabulut ve Dr. D. Aliefendioğlu arşivinden)

Geçici neonatal püstüler dermatoz (Geçici neonatal püstüler melanoz)

- ❖ Nedeni bilinmeyen,
 - ❖ Nadir görülen(<0%1),
 - ❖ Kendini sınırlayan,
 - ❖ Benign seyirli,
 - ❖ Vezikülopüstüler dermatozdur.
- Genellikle yaşamın ilk saatlerinde ortaya çıkar,bazen doğumsal olabilir.
 - **Sıklıkla çene altı,boyun,gövde,bacaklar ve gluteal alanlarda yerleşir, yaygın dağılım da sergileyebilir.**

Geçici neonatal püstüler dermatoz (Geçici neonatal püstüler melanoz)

- Esmer tenli bebeklerde 3-6 ay sürebilen postinflamatuar hiperpigmentasyon bırakır.
- Hiperpigmentasyon oluşumu hastanın ten rengi ile ilişkili olduğundan, eski terminolojideki “melanoz” ifadesi yerine “dermatoz” teriminin kullanılması önerilmektedir.
- Sterildir.
- Tamamen benign özelliktedir, prognozu iyidir, tedavi gerektirmez.

infantil Akropüstüloz



İnfantil Akropüstüloz

- YD veya erken süt çocukluğu döneminde,
 - İlk 2 yaşta ortaya çıkan,
 - benign,
 - idiyopatik bir durumdur.
-
- Özellikle palmoplantar bölgeleri etkileyen,
 - Şiddetli kaşıntılı,
 - Tekrarlayıcı,
 - Vezikülopüstüler ataklarla karakterizedir.

İnfantil Akropüstüloz

- Başlangıçta ataklar 7-14 gün sürer.
- 2-3 haftalık aralarla tekrarlar.
- Zamanla ataklar kısalır, aralıklar açılır ve aylar sonra genellikle 2-3 yaşlarında kendilğinden geriler.
- Kaşıntı yoğundur, iritabilite, uykusuzluk sebebi olabilir ve tedavi gereksinimi doğurur.
- Sistemik antihistaminikler, topikal steroidler ve pramoksin ile şiddetli olgularda dapson tedavi seçeneklerindedir.

Eozinofilik Püstüloz (Eozinofilik Püstüler Folikülit)

- Nadir görülen,
- Hem erişkinlerde hem de yenidoğanda ortaya çıkan,
- İdiyopatik bir dermatozdur.
- **YD'da en sık saçlı deride, kıl folikülleri çevresinde, tek veya birkaç odakta lokalizedir.**
- **Belirgin kaşıntılıdır.**
- Ataklar 3 yaş civarında spontan remisyona uğramadan önce aylarca sürer.
- Hiperimmünglobulin E sendromunun bir göstergesi olabilir

Miliarya



Miliarya

- Sıcak ve nemli ortam,
- Oklüziv topikal ürünler,
- Sıkı giysiler ve
- Ateşin hazırlayıcı faktör olduğu,
- YD bebeklerde sık karşılaşılan,
- **Ekrin ter bezi kanallarında tıkanma sonucu gelişen ter retansiyonu ile karakterize benign bir tablodur.**
- Lezyonların, ilk hafta şiddetli olması, sıcağa maruz kalan kapalı alanlarda, intertriginöz bölgelerde yoğunlaşması ve uniform olması miliaryanın klinik tanısında ipuçlarıdır.
- Miliarya hazırlayıcı faktörlerin düzeltilmesi ile kendiliğinden geriler.
- Ebeveynlere topikal uygulamaların hastalığı daha da şiddetlendirebileceği belirtilmelidir.

Neonatal Sefalik Püstüloz ve Neonatal Akne



*Resim 4. Neonatal sefalik püstüloz (Neonatal akne): 24 günlük kız bebekte fasiyal yerleşimli püstüller.
(Doç. Dr. A. A. Karabulut arşivinden)*

Neonatal Sefalik Püstüloz ve Neonatal Akne

- Her iki terim de;
- Yaşamın **ilk 2 haftası** boyunca devam eden,
- Eritemli papülopüstüler lezyonlarla karakterize olup,
- **Komedonların görülmediği,**
- En sık **malar** bölgede yerleşen,
- Ancak yüz, skalp, omuz ve sırtta da dağılım gösterebilen, birkaç hafta içinde kendiliğinden iz bırakmadan gerileyen klinik tablodur.



Neonatal Sefalik Püstüloz ve Neonatal Akne

- Etyolojide → Transplental maternal hormonlarca aktiveşen neonatal sebase bezlerde aşırı çoğalan *Malessezia furfur* ve *simpodialis*'e karşı gelişen bir inflamatuvar reaksiyon üzerinde durulmaktadır.
- Kendisini sınırlayan bir durum olan NSP'de tedavide kullanılan antifungal ajanların (klotrimazol, imidazol, ketokonazol) hastalık süresini kısaltabildiği bildirilmişse de kullanımını tartışmalıdır.
- **Hiperbilirubinemisi olan bebeklerde ilk 2 hafta topikal imidazol kullanımını önerilmemektedir.

PÜSTÜL, BÜL veya EROZYON ile KARAKTERİZE ENFEKSİYÖZ NEONATAL HASTALIKLAR

- ✓ Varisella
- ✓ Neonatal herpes
- ✓ İmpetigo neonatarum
- ✓ Stafilokokkal Haşlanmış Deri Sendromu
- ✓ Kandida Enfeksiyonu
- ✓ Skabiyes Enfestasyonu
- ✓ Neonatal Sifiliz

Varisella



Copyright ©2006 by The McGraw-Hill Companies, Inc.
All rights reserved.

Varisella

- **Konjenital Varisella Sendromu;**

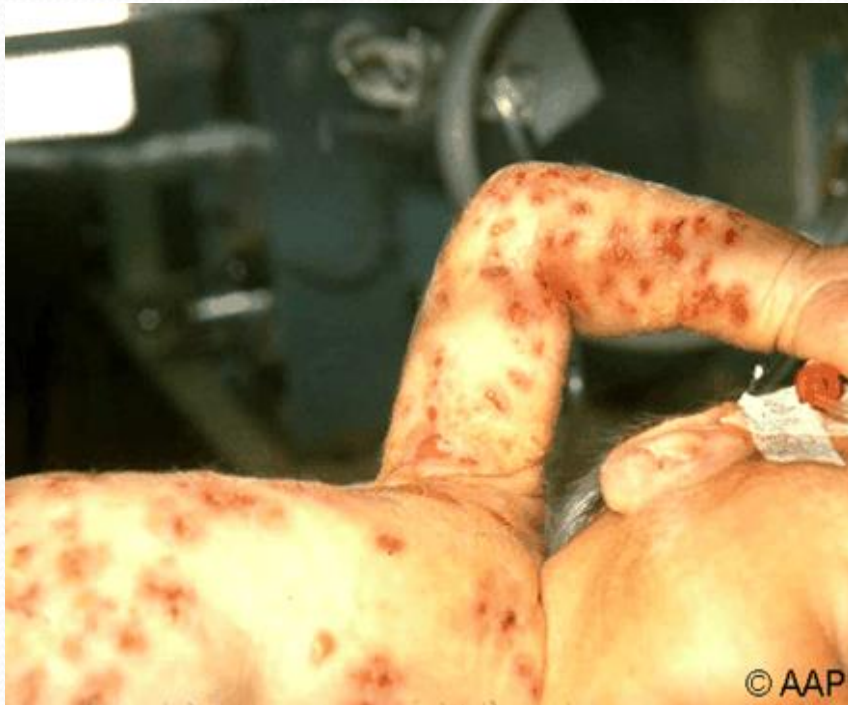
Gestasyonun ilk 20 haftasında Varisella geçiren annelerin bebeklerinde ortaya çıkan, nöro-oftalmolojik sistem dahil tüm sistemlerde ciddi defektlerin gelişmesi ile karakterli, ciddi seyirli, **intrauterin** bir enfeksiyondur.

- **Neonatal Varisella;** annenin gebeliğinin son haftalarında veya postpartum ilk günler içinde Varisella enf. geçirmesi durumunda enfeksiyonun bebeğine bulaşı sonucu ortaya çıkan **dissemine** lezyonlarla karakterize, ciddi bir enfeksiyon tablosudur.

Varisella

- Hastalığın klinik seyri enfeksiyonun hangi dönemde geçirildiği ile yakından ilişkilidir.
- Annede varisella başlangıcı; doğum öncesi >5 günlerde gerçekleşmiş ise veya bebekte varisella enfeksiyonu doğumu takip eden ilk 2 günde ortaya çıkmışsa genellikle daha ılımlı bir klinik tablo görülmektedir.
- Annede enf başlangıcı doğumdan hemen önceki 5 gün içinde veya bebekte doğum sonrası 5-10.günler arasında gerçekleşmiş ise varisella şiddetli seyretmekte **bebekte dissemine sistemik tutulum**(pnömoni, hepatit, meningoensefalit vb) ile %30 mortal olabilmektedir.
- Bu olgularda doğumu takiben en kısa sürede Varisella Zoster immunoglobulin (VZIG) ve parenteral asiklovir tedavisi başlanması hayati öneme sahiptir.

Neonatal Herpes



Neonatal Herpes

- Çoğunlukla %70 HSV tip 2'nin etken olduğu;
- kendini sınırlayan hafif klinik tablodan →
- Şiddetli nörolojik komplikasyonlarla ölüme değişken spektrumda seyredabilen;
- Asendan(in utero) veya perinatal(doğum kanalı veya ev halkı ile kontakt gibi) geçişli neonatal enfeksiyondur.

- **Başlangıçta bebeğin doğumdaki prezentasyon bölgesinde (en sık başta) lokalize olup,**
- Zamanla genişleyen,
- Grup yapmış veziküllerdir.
- Birkaç mm çaplı erozyonların, birleşerek coğrafi şekilli geniş erode alanlara dönüşmesi tipiktir.

Neonatal Herpes-tanı

- Tzanck testi(spesifik değildir)
- Direkt floresan antikor test(%80-90 duyarlıkta)
- Viral kültür (altın standart)
- PCR reaksiyonu
- EM inceleme
- Histopatolojik inceleme

- Serolojik testler YD'ın serolojik yanıtının çok yavaş gelişmesi nedeni ile faydasız kalmaktadır.
- **Tanısı konulan hastalarda en kısa sürede parenteral asiklovir tedavisinin başlanması önerilir.**

Impetigo Neonatarum



İmpetigo Neonatarum

- YD döneminde ortaya çıkan Stafilokokal enfeksiyon tablosudur.
- **Genellikle umbilikal bölge kaynaklı stafilokokal büllöz impetigo formunda ortaya çıkar.**
- Başlangıç lezyonu intakt vezikül olup püstüle dönüşür ve zamanla açılarak hızla genişleyen erode alanlara ilerler.
- Oldukça yüzeysel olan bu alanlar kısa sürede kurur ve parlak ince kurutlarla kaplanır.
- **Lokal bakımın yanı sıra şiddetli olgularda sistemik antibiyotik tedavisi önerilir.**

Stafilokokkal Haşlanmış Deri Sendromu(SHDS)

- **Eksfoliyatif toksin:** Haşlanmış deri sendromu'na yol açar. Stratum granulosum üzerine toksik etki



Stafilokokkal Haşlanmış Deri Sendromu(SHDS)

- Staf.aureus'un epidermolitik toksini aracılığıyla Stratum granülozum düzeyinde epidermolizisle ortaya çıkan,
- Sıklıkla YD ları etkileyen,
- Hayatı tehdit edebilen bir hastalıktır.

Stafilokokkal Haşlanmış Deri Sendromu(SHDS)

- **Genellikle yüz ve major fleksural alanlarda maküler eritem olarak başlar sonra jeneralize olur.**
- Bu sırada deri “haşlanmış gibi” hassastır.
- 2 gün sonra deri yüzeyinde gevşek büller ortaya çıkar,
- Yatay kuvvetle deri pliselenir,
- Epidermal ayrılma ortaya çıkar(Nikolsky Fenomeni)
- Bu süreç inguinal kıvrımlar,ağız çevresi ve ardından tüm deri yüzeyini etkiler.
- **Mukozalar tutulmaz.**
- Bebek genellikle ateşlidir.
- Epidermal ayrılma yüzeysel olduğundan transepidermal su kaybı nadiren belirgindir.

Stafilokokkal Haşlanmış Deri Sendromu(SHDS)

- Kültürde etkilenen deri alanlarında ve b l s visinde üreme olmaz.
- **Genellikle kaynak enfekte umbilikal kord kalıntısı ve diğ r deri dışı gizli enfeksiyon odaklarıdır.(nazofarinks,konjonktiva gibi)**
- SHDS; intravenöz antistafilokokkal antibiyotik tedavisine hızla yanıt verir.

Oral kandidiazis



Figure – White, curd-like, discrete plaques are evident on the tongue and palate of this otherwise healthy 3-month-old girl. No diaper rash was noted.

Diaper kandidiazisi



Figure3: Candidosis. Erythematous plaques with peripheral desquamation and satellite pustules on the diaper region

Kandida Enfeksiyonu

- ❖ Kandida türleri, YD'da;
- ❖ Benign püstüler erüpsiyondan hayatı tehdit eden sistemik enfeksiyonlara kadar değişen yelpazedeki tabloların etkenidir.
- ❖ Enfeksiyonun şiddetini belirleyen en önemli faktör;
- ❖ Bebeğin kilosu,
- ❖ Gestasyon yaşı ve
- ❖ Enfeksiyonla karşılaşma dönemidir.

YD 'ın Kandidiazisi

- Bebeğin matüritesine ve statüsüne göre farklı klinik görünümler sergiler.
- 1) Lokalize Neonatal Kandidiazis:
Oral kandidiazis ve kandidal bez dermatitini kapsar.
- 2) İnvaziv Fungal Dermatit:
Aşırı düşük doğum ağırlıklı bebeklerde (ÇDDA) (<1000gr) ortaya çıkan, primer kutanöz, bazen nekrotik olabilen enf tanımlamak için kullanılır.
- 3) Sistemik Kandidiazisin Kutanoz Lezyonları:
ÇDDA bebeklerde gelişen yaygın, yanık benzeri, dermatit tablosu ve bunu izleyen yaygın soyulma ile karakterizedir.
- **İnvaziv ve sistemik kandidiaziste, özellikle DDA bebeklerde hızla sistemik tedavi başlanması önerilir.**

Infantil Skabiyes



Skabiyes Enfestasyonu

- YD döneminde nadir bir durumdur.
- Çünkü bebeğe Sarkoptes scabiei bulaşı gerçekleşmiş olsa bile sarkopta,yumurta ve feçesine karşı gelişen inflamatuvar yanıtla karakterize skabies lezyonlarının ortaya çıkması için birkaç haftalık duyarlanma sürecinin geçirilmiş olması gereklidir.
- Bununla birlikte literatürde 9 günlük bebekte en genç skabies tanısı rapor edilmiştir.
- **Palmoplantar bölgede vezikülopüstüllerin görülmesi tipiktir.**
- Tanı için deri kazıntı materyalinin mikroskopik bakısı ve dermoskopi faydalıdır.

Skabiyes Enfestasyonu

- Sekonder egzematizasyon ve enfeksiyon ile komplike olabilen neonatal skabiyes tedavisinde;
- <2 aydan küçük tüm bebekler için: %5-10 konsantrasyonunda vazelin içinde hazırlanmış çöktürülmüş kükürtlü majistrallerin haricen uygulanması önerilir.
- >2 aydan büyük çocuklarda %5 lik permetrin krem güvenli kullanılabilir(ÇDDA bebekler dışında).

Neonatal Sifiliz



Neonatal Sifiliz

- Konjenital sifiliz,
 - Fetüsün genellikle gebeliğin 16.haftasını takiben
 - Treponema Pallidum ile
 - Transplasental olarak enfekte olması sonucu ortaya çıkan
 - Multisistemik,
 - Spiroketal hastalıktır.
-
- Konjenital sifiliz %40 sıklıkta ölü doğumla sonuçlanmaktadır.

Neonatal Sifiliz

- Bebeğe 2 yaş öncesi bulgu verdiğinde “erken konjenital sifiliz”
- 2 yaş sonrası “geç konjenital sifiliz” adını almaktadır.
- YD dönemi erken konj sifiliz lezyonları erişkin 2.devir sifiliz lezyonlarını andırır,
- daha yaygın,
- daha şiddetli,
- daha uzun süreli ve
- **çok bulaşıcıdır.**

Neonatal Sifiliz

- YD döneminde sifilizin ilk bulgusu mukopürülan veya hemorajik rinittir.
- Kutanöz lezyonlar %30-50 olguda saptanır.
- Diğer mukokütanöz bulgular; nemli bölgelere yerleşen kondiloma lata lezyonları ile mukozal yamalardır.
- YD' da
 - **avuç içi ve ayak tabanlarında lokalize,**
 - fissüre görünüm,
 - bakır rengi döküntü,
 - hemorajik büller sifilizi kuvvetle düşündürmeli;
- Ateş,
- Hematolojik sapmalar,
- LAP,HSM,
- osteokondrit,periostit,daktilit ve santral sinir sistemi bulguları araştırılmalıdır.



Neonatal Sifiliz

- Tanıyı doğrulamak için karanlık alan mikroskopisi,
- Direkt floresans antikor testi
- Plasenta incelemesi,
- Anne ve bebekte sifiliz serolojik testleri,
- Bos sıvısında hücre,protein ve VDRL analizi,
- CBC,
- Uzun kemik radyografileri çalışılmalıdır.

- Tedavide ilk seçenek PARENTERAL PENİSİLİN G dir.

YENİDOĞANDA PÜSTÜL,BÜL veya EROZYON ile KARAKTERİZE DERMATOLOJİK HASTALIKLAR

- Epidermolizis Bülloza
- Mastositozlar
- Bülloz iktiyozis
- İnkontinensiya Pigmenti
- Yenidoğan Döneminin Otoimmün Büllü Hastalıkları
- Konjenital Eroziv ve Veziküler Dermatoz

Epidermolizis Bülloza



Epidermolizis Bülloza(EB)

- Deri frajilitesi nedeni ile,
- Deriye uygulanan minor travma veya traksiyon sonrası,
- Bül oluşumu ile karakterize,
- **Kalıtımsal,**
- Mekanobüllöz deri-mukoza hastalığıdır.

- 1000 den fazla mutasyonla ilişkili tanımlanmıştır.

- **En yaygın olan formu lokalize EB simplex** normal yaşam süresi ile bağdaşırken, Nadir görülen şiddetli, jeneralize resesif distrofik EB'de çoklu deri dışı komplikasyonlarla, hastaların büyük kısmı erken yaşta kaybedilmektedir.

Epidermolizis Bülloza

- YD döneminde klinik tanısı mümkün olmadığından şüphe duyulduğunda ilk tercih immünfloresans haritalama yönteminin kullanılmasıdır.
- EB' de gen tedavisi ve sentetik örtüler üzerine umut vaat eden gelişmeler yaşanmaktaysa henüz rutin olarak kullanılabilen küratif tedavisi bulunmamaktadır.
- Hastaların YD döneminden başlayarak travma ve enfeksiyondan korunması, yara bakımı yapılması, besinsel ve psikolojik desteğin sağlanması ve kutanöz/ekstrakutanöz komplikasyonlara yönelik multidisipliner yaklaşımla takibi sağ kalım açısından önemlidir.

Mastositozlar



Mastositozlar

- Deri ve daha az sıklıkta da diğer organların benign **mast hücreleri** tarafından infiltre edilmesi ile karakterize bir durumdur.
- Mastositomlar;üzeri portakal kabuğu görünümünde; pembe,soluk kahve-sarımsı tonda, nodül veya plaklardır.
- Lezyon üzerine sert bir cisimle friksiyon uygulandığında eritem ve ödem gelişir(Darier belirtisi).
- Klinik bulguların oluşmasından histamin, PG, heparin ve çeşitli mediatörlerin lokal ve sistemik etkileri sorumludur.
- Histaminin lokal dağılımı sonucu büll, sistemik dağılımı ise flashinge neden olur.
- Hipotansiyon,şok,Gİ hemoraji, bronkospazm ve diyare ortaya çıkar.
- Mast hücre infiltrasyonuna bağlı olarak HSM saptanabilir.

Mastositoz

- Bu hastalarda Aspirin, Opiyatlar, Tubokürarin, Pilocarpin ve İyot içeren radyokontrast maddeler masif mast hücre degranülasyonuna neden olacağından kullanılmamalıdır.
- Genellikle tüm yenidoğan mastositoz formları zaman içinde tamamen gerileme gösterir.

Büllöz İktiyozis

- Keratin genlerinde (KRT 1, KRT10) mutasyon sonucu ortaya çıkan, otozomal dominant kalıtmımlı bir iktiyoz formudur.
- Klinik görünümü EB,SHDS ve toksik epidermal nekrolizi andırır.
- Birkaç gün içinde eritem ve bül gelişimi durağanlaşır ve **deri kalın hiperkeratotik, verrüköz bir görünüm kazanır.**
- Bu durum ömür boyu kalıcıdır.

İktiyozis



İnkontinensiya Pigmenti

- X'e bağlı dominant geçiş gösteren, multisistemik bir hastalıktır.
- Kız bebeklerde klinik bulgular mozaik formda ortaya çıkar.
- Klinefelter Sendromu(XXY genotipi) ve mozaik formları dışında erkek bebeklerde ise hemen daima letal seyreder.

- İP nin 4 kutanöz evresi tanımlanmıştır.
- 1)Vezikülopüstüler(inflamatuar)
- 2)Verrikz
- 3)Hiperpigmente
- 4)Hipopigmente(atrofik) evrelerdir.

- YD döneminde veya ilk birkaç haftada ilk evre lezyonları görülür.Evreler sırasıyla gelişir ve atrofik evre ile sonlanan tablo **kalıcı** zellik kazanır.

İnkontinensiya Pigmenti



Inkontinensiya Pigmenti

- İP olgularının %70 inde ortaya çıkan deri-dışı organ sistemi anomalileri(göz,sinir ve kas-iskelet sistemi gibi) eşlik eder ve YD döneminde konvülziyon nedenlerindedir.
- Hastalığın ilk günlerinde ortaya çıkan vezikülopüstüler lezyonların atlanmaması bu olgularda konvülziyon olasılığının veya nedeninin fark edilmesi bakımından büyük önem taşır.

YD Döneminde Otoimmün Büllü Hastalıklar

- Neonatal pemfigus ender bir durum olup,
- **P.vulgaris veya P.foliaseuslu annelerden** maternal anti-desmoglein antikorların transplental yolla geçmesi sonucu,
- Bebeğin derisinde(nadiren mukozada) gelişen,
- **Gevşek büllerle** karakterizedir.
- Olağan seyri maternal antikorların 3-6 ayda kaybolmasıyla kendiliğinden gerilemesidir.
- Doğumu takiben ilk birkaç günden sonra bül çıkışı durur ve erişkin dönemde devam etmez.
- Annedeki antikor düzeyi ile YD da hastalık oluşturma arasında paralellik yoktur.

Püstül-Bül-Erozyonla Seyreden Sistemik Öneme Sahip Neonatal Hastalıklar

- Çinko Eksikliği Dermatozu
- Langerhans Hücreli Histiyoitozis
- Hiper-Ig E Sendromu (Job Sendromu)
- Down Sendromunda Görülen Myeloproliferatif Hastalık
- Porfiriler

Çinko Eksikliği Dermatozu

- Akrodermatitis Enteropatika; taşıyıcı protein eksikliği ile ilişkili old düşünölen,
- Çinko emilimi bozukluğu sonucu ortaya çıkan
- **OR kalıtlımlı bir hastalıktır.**
- Klinik belirtiler nadiren yaşamın ilk aylarında ortaya çıkar.

- Çinkodan düşük özellikle inek sütüyle beslenen bebeklerde,
- Düşük çinko depolama kapasitesi nedeniyle **pretermelerde**,
- Anne sütünde düşük çinko düzeyi olduğu durumlarda,
- Diğer malabsorbsiyon sendromlarında,
- Kazanılmış immün yetmezlik hastalığında,
- Kistik fibroziste akrodermatitis enteropatika kliniği gelişebilir.

- Tipik deri lezyonları;
- Sıklıkla **diaper bölgesi ile çene ve yanaklarda(at nalı şeklinde)**
- Nadiren gözler,burun ve parmaklar çevresinde yerleşimli psöriaziform lezyonlar görülebilir.
- Lezyonun periferinde koyu renkli kepeklerin bulunması karakteristiktir.
- Lezyonlar çinko desteği ile hızla geriler.
- Tedavi edilmeyen olgularda diyare, gelişme geriliği ve alopesi ortaya çıkar.



Porfiriler



- Hem sentezi basamaklarında gerçekleşen çeşitli bozukluklar sonucu, dokularda hem prekürsörlerinin birikimi ile karakterize **Porfiriler**,
- Deride endojen fototoksik reaksiyon sonucu
- Fotosensitiviteye neden olur.
- Bebeğe güneşe veya hiperbilirubinemi nedeniyle fototerapiye maruz kalan deri alanlarında bül gelişimi ve kırmızı idrar çıkışı izlenir.
- Daha sonraki yaşlarda dişlerde kırmızı renklenme, Wood bakısında floresans saptanabilir.

**YD da fotosensitivite saptandığında;
eritrosit, plazma, idrar
ve feçes porfirin düzeyi çalışılmalıdır.**

Diğer Geçici Neonatal Durumlar

- Sebase Hiperplazi
- Milia
- Emme nasırları ve emme yastıkçıkları
- Subkutan yağ nekrozu
- Neonatal lupus eritematozus

Sebase Hiperplazi

- YD döneminde sık karşılaşılan ve **maternal androjenlere yanıt olarak** ortaya çıktığı düşünülen,
- Haftalar içinde kendiliğinden gerileyen,
- Geçici bir durumdur.

- Sıklıkla burunda en sık da burun ucunda lokalize olan, küçük sarı-beyaz renkli, papüllerle karakterizedir.

Milia

- YD ların %50 sinde gelişebilen, pilosebase follikülün retansiyon kistleridir.
- Yüzde yerleşim gösteren, 1-2 mm çaplı, inci beyazı papüllerle karakterizedir.
- 4 haftada kendiliğinden geriler.
- Lezyonların uzun sürdüğü durumlarda ilgili sendromlar dışlanmalıdır.



Emme Nasırları-Emme Yastıkçıkları

- Fetüsün İU dönemde,
- **Çoğunlukla el,parmak sırtı, ön kol,omuz bölgesini emmesi sonucu,**
- Doğumda gözlenebilen, çoğunlukla soliter, fokal,
- Gergin bül veya erozyonlardır.
- Tedavi gerektirmez.

- Emme yastıkçıkları dudaklarda vermiyon sınırında sınırlı bir alanda veya yaygın olarak kalınlaşma ile karakterizedir.
- Doğumsal olabilirse de **genellikle inatçı emmeye ikincil olarak postnatal dönemde gerçekleşir.**

Subkutan Yağ Nekrozu



Subkutan Yağ Nekrozu

- Term YD ları etkileyen,
- Subkutan yağ dokusunun iskemiye bağlı olarak nekroza uğraması ile karakterizedir.
- Çoğunlukla zor doğum(uzamış eylem, fetal distres veya perinatal asfiksi gibi) oğküsü ile birlikte dir.
- Lezyonlar hayatın 1.-2. haftasında, glutealar, omuzlar, sırtın üst kısımları, extremitte proksimal kısımları ve yanaklarda lokalize olan, **deri renginde veya kırmızı-mor tonlarda, ağrılı, sert kıvamlı, nodül veya plaklarla karakterizedir.**

Sklerema Neonatarum

- İlk hafta ortaya çıkan,
- Diğer sistemler yönünden ciddi hastalık tanısı olan,
- **Preterm YD larda,**
- Genital bölge ve palmoplantar bölge dışında tüm deri alanlarını etkileyen,
- **Tahta sertliğindeki deri tutulumu ile karakterizedir.**

Sklerema Neonatarum



Neonatal Lupus Eritematozus

- **Lupus eritematozus veya Sjögren Sendromu olan gebeye ait**
- **maternal SS-A, SS-B,U1RNP otoantikörlerinin**
- **transplasental yolla bebeğe geçişi sonucu**
- **bebekte ortaya çıkan bir durumdur.**
- En önemli komplikasyonu kalp bloğu gelişmesidir.
- Kalp bloğu gelişmesi ile deri lezyonları arasında ters ilişki bulunduğu düşünülmektedir.

- Deri lezyonları güneşle ilk karşılaşmanın hemen sonrasında ortaya çıkar.
- En karakteristik bulgusu saç çizgisi ile malar bölge arasında yerleşimli,
- Çoğunlukla gözleri çevreleyen,
- Telenjektazik eritemdir.
- **“Rakun/baykuş gözleri” adı verilir.**

- **Anne veya bebekte otoantikörlerin gösterilmesi tanı için yeterlidir.**
- Deri lezyonları ile kardiyak tutulum hariç diğer sistem tutulumları 6-12 ay içinde maternal antikörlerin elimine olması ile kendiliğinden geriler

Neonatal Lupus Erythematosus



Doğum Lekeleri, Konjenital Tümörler, Diğer Nevoid Durumlar

- **Pigmente doğum lekeleri:**
- *Konjenital melanositik nevi(KMN);*
- Doğumda gözlenen,nöral kökenli, **nevüs hücreleri veya melanositlerin proliferasyonu sonucu olan,**
- Kahverengiden siyaha kadar değişen tonlarda iyi sınırlı maküllerdir.
- Renginde alacalanma, düzensiz görünüm ve kıllar içerebilir.
- Hayat boyu melanom riski vardır.
- SSS malformasyonları ile birliktelik gösterebilir.

Konjenital melanositik nevi(KMN);



Resim 8. Konjenital melanositik nevüs: 27 günlük, sağlıklı, term, kız bebekte, sol uyluk dorsali yerleşimli, orta büyüklükte konjenital melanositik nevüs (Doç. Dr. A. A. Karabulut arşivinden).

Nevoid Pigmenter Bozukluklar:

- Mongol (Moğol) lekeleri:
- Özellikle Asya ve Arap kökenli bebeklerde sık (%62 ve %71) sıklıkta,
- Sakrum ve sırtın alt kısmında yerleşen,
- **Mavimsi-gri renkli hiperpigmente-hipopigmente yamalardır.**
- 6 yaşında çoğunlukla kaybolur.

Mongol (Moğol) lekeleri



Vasküler Doğum Lekeleri:

- YD' da vasküler leke ile karşılaşıldığında Vasküler malformasyon ile Vasküler tümörler arasında ayırım yapılmalıdır.
- **Vasküler malformasyonlar:** doğumda var olan, bebeğin büyümesi oranında kısmi bir genişleme dışında büyüme göstermeyen, rezolüsyona uğramayan yapısal anomalilerdir.
- Kapiller-arteryel-venöz-lenfatik ve karma tipleri vardır.
- Hemanjiyomdan ayrımında USG en faydalı, non-invaziv incelemedir.
- **Kapiller malformasyon:** Somon lekeleri; açık pembe renkli, 1 yaş civarında solarak fark edilmeyecek görünüm kazanan, **ağlamakla belirginleşen** YD'nin en sık kapiller malformasyonudur.
- **Alında yerleştğinde 'melek öpücüğü' ;**
- **Ensedede yerleştğinde 'leylek ısırığı' adını alır.**
- Pulse-boya-lazer ile iyi sonuç alınmaktadır.

Kapiller malformasyon



Resim 10. Vasküler malformasyon: **A)** Yenidoğan bebekte melek öpücüğü formunda kapiller malformasyon, **B)** Yenidoğanda leylek ısıriğı formunda kapiller malformasyon. (Doç. Dr. A. A. Karabulut arşivinden).

Vasküler tümörler

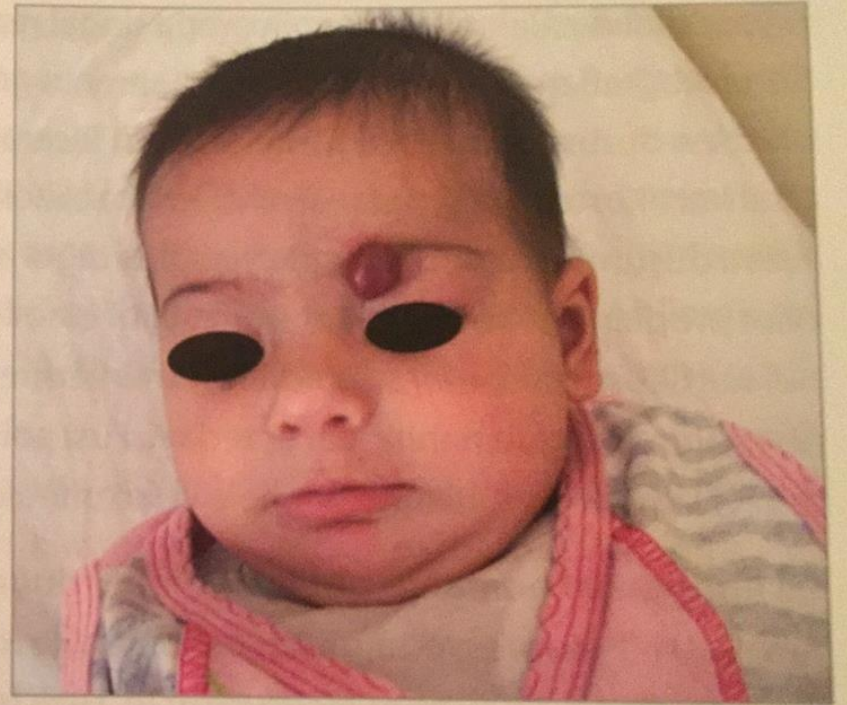
İnfanıl Hemanjiyomlar:

- Doğumsal olmayan, doğumun hemen sonrasında %10 ilk 1 yaşta ortaya çıkan,
- Hızlı büyüme süreci gösterip,
- Uzun bir sürede kendiliğinden gerileme sergileyen dinamik lezyonlardır.

infantil Hemanjiyomlar



Resim 12. 1,5 aylık bebekte doğumdan itibaren var olan ülsere Hemanjiom. (Prof. Dr. N. Şendur arşivinden).



Resim 13. Hemanjiom. (Prof. Dr. N. Şendur arşivinden)

Yapısal Anomaliler

- Aplazya Kutis Konjenita (AKK):
- Gelişim sırasında çoklu hata sonucu derinin herhangi bir bölgesinde genellikle sınırlı bir alanda bulunmamasıdır.
- **En sık vertekste yerleşimlidir.**
- Sendromlarla birlikteliği olabilir.
- Küçük yüzeysel lezyonlarda birkaç hafta/ayda kendiliğinden skarlar kapanır.
- Bu lezyonların bakımında yumuşak temizleyiciler ile antibakteriyel pomadlar veya vazelin uygulaması önerilir.
- Geniş ve derin lezyonlarda cerrahi gereklidir.

Aplazya Kutis Konjenita



Dermoid kist ve sinüsler

- Embriyonik füzyon hattında anormal embriyonik gelişim sonucu,
- **Yüzde veya nöral aks üzerinde yerleşim gösterirler.**
- Dermoid kistler genellikle ön fontanel üzerinde veya kaşların lateralinde yerleşimli, deri renginde veya mavimsi-gri tonda, düzgün yüzeyli, komprese olmayan, ağlamakla boyutu değişmeyen lezyonlardır.
- Dermoid sinüsler; dermoid kistleri deri yüzeyine bağlayan orta hat yerleşimli kanal yapılarıdır. Deri yüzeyinde bir punktum ile karakterizedir.
- Kaş laterali dermoid kist veya sinüslerde SSS ile ilişki beklenmez(istisna)

Dermoid kist ve sinüsler



Fig. 1 A dermoid is an overgrowth of normal, non-cancerous tissue in an abnormal location.



Psöriasis Vulgaris

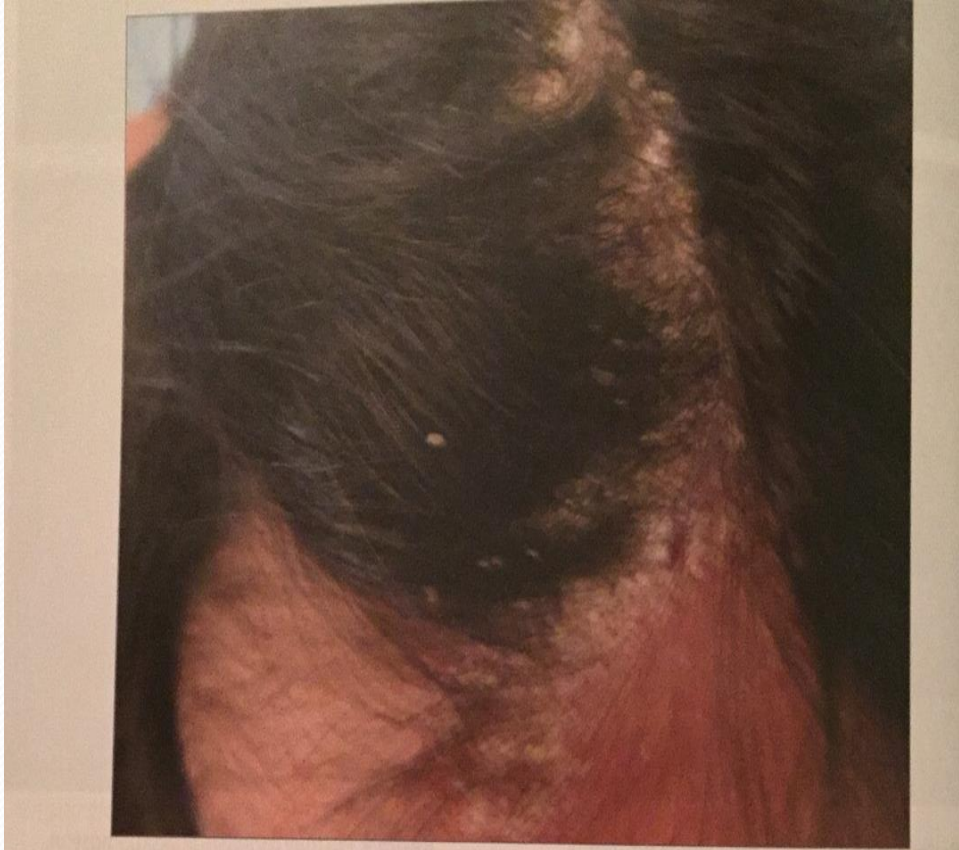
- Eritemli-skuamlı plaklarla karakterize, genetik yatkınlık zemininde(HLA grupları), bazı tetikleyici faktörlerin etkisiyle ortaya çıkan, kronik-tekrarlayıcı özellik gösteren bir deri hastalığıdır.
- Dizler, dirsekler, sakral bölge, ekstremitelerin ekstansör yüzlerinde ve genital bölgede yerleşir.
- Saçlı deri ve tırnakların da tutulduğu yaygın bir deri hastalığıdır.
- **Klinik olarak gümüş renkli skuamlarla kaplı papül veya plaklar görülür.**
- Tanı için klinik genellikle yeterlidir. Kesin tanı için histopatolojik değerlendirme gerekir.

Psöriasis Vulgaris



Resim 1, 2: Psoriasis. Eritemli, beyaz skuamlı plaklar

Psöriasis Vulgaris



Resim 12. Psoriasis vulgaris. Saçlı deride kalın, sedefi renkte skuamlar.



Tedavi

- Çocuk psöriasisinde en önemli nokta streptokokal veya diğer enfeksiyon odaklarınının tedavi edilmesidir.
- **Sistemik KS tedavisi çocuk psöriazisinde kontraendikedir.**
- Fototerapi 7 yaş üzerinde uygulanabilir. PUVA ise 12 yaş üzeri uygulanabilir.
- Çocuklarda daha çok topikal tedaviler tercih edilmektedir. Ancak uzun süre geniş yüzeylere uygulanan topikal steroid uygulması, sistemik KS alınmış gibi yan etkilere neden olur. Düşük ya da orta potens KS önerilmektedir.
- Gerekliliği düşünülen durumlarda psikiatri desteği sağlanmalıdır.

Atopik Dermatit

- Genetik faktörlerin ve çevresel allerjenlerin zemin hazırladığı,
- **Şiddetli kaşıntı** ile seyreden,
- Erken yaşta akut ekzamatize lezyonlar,
- İleri yaşta likenifiye dermatit ile karakterize bir hastalıktır.
- Sık görülen ve zayıf aeroallerjenlere karşı spesifik IgE üretimi vardır.

- Popülasyonun %20 sinde görülür.
- Çevre kirliliği, değişen yaşam şartları ve özellikle sanayileşmiş ülkelerde gün geçtikçe artmaktadır.

Atopik Dermatit

- Hastanın kendisinde veya ailesinde atopi ile seyreden
- Allerjik konjunktivit,
- Allerjik rinit,
- Bronşial astım birlikteliği olabilir.

- Ebeveynlerden biri atopikse risk %50, ikisi de atopikse risk %80 olarak bildirilmiştir.

- 1)infantil
- 2)çocukluk
- 3)erişkinlik evreleri vardır.

İnfantil Atopik Dermatit

- Süt çocukluğu döneminde ortaya çıkan infantil atopik dermatit 2 aydan sonra başlar.bazı olgularda 2 yaşta geriler. Bazı olgularda oyun çağı dönemine kadar devam eder.
- **Alında eritemli,skuamlı,sulantılı plaklar görülür.**
- **Saçlı deri de** benzer lezyonlar görülür.
- Bebek kaşıntı nedeni ile huzursuzdur. Emme ve uyumada zorluk yaşar.
- Bebek hareketlendikçe gövde lezyonları ortaya çıkar.
- Emeklemekle beraber sürtünme nedeni ile ekstremitelerde ekstansörlerinde eritemli,skuamlı plaklar oluşur.

infantil Atopik Dermatit



Resim 5. Atopik Dermatit. Yüz tutulumu
(yanaklarda eritemli papüller).



Resim 6. Dennie -Morgan katlantısı.

Infantil Atopik Dermatit



Çocukluk Dönemi Atopik Dermatit

- Oyun çağı döneminde görülen atopik dermatit süt çocukluğu döneminin devamı olarak ortaya çıkarabilir veya bu dönemde başlayabilir.
- Bu dönemde lezyonlar ekskoriye papüller ve likenifiye plaklar şeklindedir.
- Lezyonlar kıvrım yerlerinin ekstansör tarafından fleksural taraflarına yer değiştirir.
- Puberte ile gerileme olasılığı vardır.
- İleri yaşlarda da devam edebilir.

Çocukluk Dönemi Atopik Dermatit



Atopik dermatit

- Adölesan ve erişkin dönemde kronik ve likenifiye lezyonlar vardır.
- **Tüm yaşlarda kaşıntı ön plandadır.**
- Enfeksiyonlar, aşılama, emosyonel stres gibi durumlarda hastalık aktive olup lezyonlar şiddetlenir.
- Deri kuruluğu çok önemli bir bulgudur, hem lezyonların ortaya çıkmasında ve devamlılığında hem de kaşıntının şiddetlenmesinde rol oynar.



Hanifin ve Rajka Kriterleri

Tablo 1. Atopik dermatit tanısında değerlendirilmesi gereken bulgular.

GEREKLİ BULGULAR: Bulunması zorunlu bulgular

- Kaşıntı
- Ekzema (akut, subakut, kronik)
- Tipik morfoloji ve yaşa spesifik paternler*
- Kronik veya tekrarlayan yakınmalar öyküsü

***Paternler:**

1. Çocuklarda yüz, boyun ve ekstansör tutulum
2. Her yaşta fleksural likenifikasyon
3. Kasık ve aksillanın korunması

ÖNEMLİ BULGULAR: Olguların çoğunluğunda bulunan ve tanıyı destekleyen bulgular

- Erken başlangıç yaşı
- Atopi
- Kişisel veya ailesel atopik hastalık öyküsü
- IgE reaktivitesi
- Kserozis

İLİŞKİLİ BULGULAR: Atopik dermatit tanısına yardımcı olur ancak atopik dermatit tanısı için spesifik değildir.

- Atipik vasküler yanıt (yüzde solukluk, beyaz dermografizm, geç beyazlaşma yanıtı)
- İktiyozis, palmar hiperlinearite, keratozis pilaris, pitiriazis alba
- Oküler/periorbital değişiklikler
- Diğer bölgesel belirtiler (perioral değişiklikler, periauriküler lezyonlar)
- Perifoliküler lezyonlar/ likenifikasyon/ prurigo lezyonları

DIŞLANMASI GEREKEN DURUMLAR: Bu bulguların dışlanması atopik dermatit tanısı için gereklidir

- Skabiyez
- Seboreik dermatit
- Kontakt dermatit (iritan veya allerjik)
- İktiyozis
- Kutanöz T hücreli lenfoma
- Psoriasis
- Fotosensitivite dermatozları
- İmmun yetmezlik hastalıkları
- Diğer eritrodermi nedenleri

Atopik Dermatit-Tedavi

- Amaç kaşıntının azaltılması,
- Mevcut lezyonların geriletmesidir.
- Enfeksiyonlar ve stres alevlenmelere neden olduğundan bunlar da önlenmelidir.
- Hayvansal tüyler, sentetik halılar, boyalı oyuncaklar gibi çevresel allerjenler uzaklaştırılmalı,
- Yiyecek allerjisi saptanıyorsa buna yönelik önlemler alınmalı ve kısıtlanmalıdır.
- Banyolarda iritatan temizleyicilerden uzak durulmalı, derinin kurummasına neden olan sıcak ve uzun süreli banyolardan kaçınılmalıdır.
- Nemlendirici kullanımı diğer tedavi gereksinimlerini de azaltır.

Atopik Dermatit-Tedavi

- **Topikal kortikosteroidler atopik dermatit tedavisinde altın standarttır.**
- Topikal kalsinörin inhibitörleri pimekrolimus ve takrolimus topikal KS'e alternatif olarak kullanılabilir. Yan etkileri, yüz ve göz çevresi uygulaması bakımından daha üstündür.
- Siklosporin bir diğer alternatif tedavi seçeneklerindedir.
- **Antihistaminikler sedatif etkileri için kullanılabilirler.**
- Fototerapi(dar ve geniş bant UVA ve UVB) ve fotokemoterapi(PUVA) diğer bir tedavi seçeneğidir.

Diaper Dermatitis



Bez Dermatiti

- Diaper dermatit, sağlıklı bebeklerde görülen, bebek bezi alanlarında oluşan tüm erüpsiyonları tanımlamakta kullanılan bir terimdir.
- 3-20 ay arasındaki infantların yaklaşık %50 sinde görülür.
- 1)primer
- 2)sekonder
- Primer diaper gelişiminde en önemli faktör: su/nem, friksiyon, idrar-feçes ve bazen de mikroorganizmalardır.
- Abdomenin alt kısmı, uyluk üst ve ię kısımları,mons pubis, labıum major ,skrotum ve kalçalarda lokalize, eritemli nemli bazen skuamlı yamalardır. **Tipik olarak deri kıvrımları etkilenmez.**

Tablo 1. Diaper dermatit nedenleri 1

Sık nedenler	Nadir nedenler
1-Friksiyon, İrritan dermatit	1-Akrodermatitis enteropatika
2-Kandidiyazis	2-Büllöz pemfigoid
3-İd reaksiyonlu psoriaziform dermatit	3-Çocuk istismarı
4-Nutrisyonel anomaliler	4-Çocukluk çağı büllöz dermatozları
5-Granuloma gluteale infantum	5-Konjenital sifiliz
6-Letterer-Siwe hastalığı	6-Dermatitis herpetiformis
7-Büllöz impetigo	7-Enterobiyus enfestasyonu
8-Eroziv perianal erupsiyon	8-Epidermolizis bülloza
9-Seboreik dermatit	9- Herpes simplex
10-Çinko eksikliği	10- Histiositozis X
11-Kistik fibrozis	11- İncontinencia pigmenti
12-Kawasaki hastalığı	12-Papüler ürtiker
	13-Perianal streptokokal dermatit
	14-Psoriazis
	15-Skabiyes
	16-Stafilokokal soyulmuş deri sendromu
	17-Tinea inguinalis
	18-Wiscott aldrich sendromu
	19-Kızıl sonrası deskuamasyon

İrritan bez dermatiti

- Çocuk bezinin temas ettiği alanda gelişen inflamatuvar bir hastalıktır.
- Bez kullanan herhangi bir kişide yaşa bağlı olmaksızın görülebilir.
- Plastik kaplı sızdırmayan bezler, sürekli idrar bağlı ıslak ortam, kapalı alan deride overhidrasyona sebep olur ve friksiyonu artırır, bu durum kuru bez ile görülmez.
- İrritan bez dermatitinin en sık nedeni pamuklu bezlerin temizliğinde kullanılan Quarterner amonyum bileşikleridir.
- Tek kullanımlık bezlerin 1960 lı yıllardan itibaren kullanılmasıyla giderek bu durum sıklığı azalmıştır. Merkezdeki süper emici jel ile nemi hapsedip cildi kuru tutar ve idrarın geri kaçışını engeller.

Tedavi

- ABCDE kuralı uygulanmalıdır.
- A: Air ,Havalandırma
- B: Bariyer kremler (çinko oksit patları,vazelin,lanolin,dekspantenol..)
- C: Cleansing, Temizlik (nazik bir temizleme,ovalamadan kaçınma,yumuşak bir havlu ile kurulama, prematürelerde gluteaların konveks kısımları ve perianal bölgeler tam epitelize olmadığından bu kısımlara sükralfat uygulanmalı ve üzerine çinko oksitli krem sürülmelidir)
- D: Diaper, Bez değişimi (ortalama 3-4 saat aralıklarla,kirlendikten hemen sonra değiştirilmelidir. Süper absorban bezler tercih edilmelidir)
- E: Education, Eğitim (Anne –baba ve bakıcılar eğitilmelidir.

Tedavi

- Diğer topikal tedavilere yanıt vermeyen olgularda **topikal kortikosteroidler yatışana kadar max 2 hafta süre ile kullanılabilir**. İnfantlarda % 1 hidrokortizondan daha kuvvetli ajan kullanılmamalı.
- Kandidiyazis belirtisinde topikal antifungal eklenmeli, iyileşme olana kadar günde 2 kez uygulanmalıdır. Nistatin, klotrimazol, mikonazol, siklopiroks ve antibakteriyel olarak %2 mupirosin kullanılabilir. Oral pamukçuk varsa oral Nistatin de eklenmelidir.
- Ayrıca zeytinyağı, balmumu ve balın antioksidan, antibakteriyel ve antifungal etkileri bulunup, yerel PG sentezini azaltarak ve NO sentezini artırarak diaper dermatiti tedavi ettiği iddia edilmektedir.

Kontakt Dermatit

- Derinin ekzematöz reaksiyonuyla kendini gösteren,
- Genellikle eksternal, non-infeksiyöz, immunolojik, kimyasala ya da fiziksel etmenlerle tetiklenen **intolerasyondur**.
- İrritan kontakt dermatit (İKD); deriye temas eden maddelerin pro-inflamatuar veya toksik etkilerine bağlı olarak gelişirken,
- Allerjik kontakt dermatit (AKD); antijene özgüllük gösteren spesifik edinsel immünitinin etkinleşmesi ve efektör T hücrelerinin yönlendirdiği bir deri inflamasyondur.
- Çocuklarda Str. Korneum kalnlığı daha ince olduğundan deriye temas eden maddelerin emilimi infant ve çocuklarda daha fazladır.

İrritan Kontakt Dermatit

- Genellikle yüksek dozda irritan maddeyle karşılaşan hemen herkeste özellikle atopik bireylerde görülür.
- Çevresel etmenler ve fiziksel travmalar İKD gelişimini kolaylaştırır.
- Eritem, ödem, deskuamasyon ve fissürler tipiktir.
- **Keskin sınırlıdır, kaşıntıdan çok yanma, batma, acıma ve ağrı belirgindir.**
- İKD su, deterjan, asit ve solvent, idrar, salya, dışkının tahrişine bağlı olarak da ortaya çıkabilir.
- **Erken infantil dönemde KD in en sık görülen formu “çocuk bezi dermatitidir.”**
- Özenli bir bakım ve uygun tedaviye karşın klinik tablo düzelmiyorsa allerjik kontakt dermatit düşünülmeli ve yama testi yapılmalıdır.

İKİD

- Perianal dermatit: sindirilmemiş besin parçacıklarının dışkılama sırasında anala bölgede yaptığı irritasyona bağlı olarak,
- Friksiyonel dermatit: atopik çocuklarda giysilere bağlı olarak,
- Perioral dermatit:
- İrritan cheilitis: emzik, habitüel dudak ısırma, diş çıkarma sırasında salya akması gibi nedenlerle ortaya çıkan İKD formlarıdır.



Allerjik Kontakt Dermatit

- Yaşam boyu prevalansı %15 dir.
- Ülkemizde çocuklarda bu oran %32 bulunmuş.
- Kaşıntı,veizkülasyon ve papül oluşumu daha belirgindir.
- Akut evrede antijenle yeni karşılaşmayı takiben belirgin eritem,ödem olurken **kaşıntı** belirgindir.
- Göz kapağı genital bölge gibi yumuşak ve gveşek dokularda **ödem** belirgindir.
- Subakut evrede tipik ekzematöz görünüm oluşur, hafif sulantılı evreye geçilir.
- Olay kronikleştikçe krutlar, ince skuamlar ve epidermis kalınşaması, fissürler görülür.

- Lezyonlar yüz, el bacaklar gibi allerjenle en çok karşılaşılan bölgelerde görülür.
- Tırnak boyasına bağlı göz kapağı dermatiti,
- Aşılar, piercing, topikal ilaçlar, kozmetikler, metal materyaller, çorap, ayakkabı
- şampuan, banyo kozmetikleri, çocuk bezleri, oyuncaklar, topikal KS...
- **Lucky luke dermatiti**; çocuk bezi dermatiti (kovboyların silah taşıdıkları kemerin deriye temas ettiği alanlarda gelişmesi nedeniyle böyle adlandırılmış)
- Lateks katkı maddelerine ya da yapıştırıcılara karşı gluteal bölge ve kalçayı içine alacak şekilde ekzema olması durumudur.
- Bebeklerin altını temizlemek için kullanılan ıslak mendillerdeki koruyucu maddelerin de bu tabloya neden olduğu saptanmıştır.
- Tanıda anamnez, klinik muayene ve yama testlerinden yararlanır.

Tablo-I: Allerjik kontakt dermatitte lezyonların yerleşimi ve olası allerjen kaynakları.

Lezyonların dağılımı	Olası allerjen kaynakları
Saç sınırı, saçlı deri ve kulak arkaları	Saç ürünleri (boya, şampuan, saç kremi, jöle vb.)
Göz kapakları	Havayla taşınan, sürülen ya da başka yerlerden taşınan ürünler (kozmetikler, tırnak boyları, tırnak sertleştiriciler, kokular, saç boyları, ele uygulanan krem ve losyonlar, dokunulan cisimlerdeki metal parçacıkları)
Kulak memeleri, boyun	Metal takılar, kokular
Aksiller çukur	Deodoranlar
Aksilla (çukur dışındaki alanlar)	Tekstil boyları
Peri/infraumbilikal bölge	Metal düğmeler, kemer tokaları vb.
Ekstremitede çizgisel lezyonlar	Zehirli sarmaşık / sumak, fitofotodermatit
Ayak dorsal yüzü	Deri, kauçuk, boya vb.
Ayağın ağırlık taşıyan bölümleri	Ayakkabı tabanı yapımında kullanılan ürünler

Yama test-patch test

- Alman Kontakt Dermatit Araştırma grubu 6-12 yaş arası çocuklarda 12 kontakt allerjen içeren standart bir seri önermekte, öyküye göre buna 5 antijen daha eklenebileceği belirtilmiş.
- Test süresinin 48 yerine 24 saat olması gerektiği(irritan reak. En aza indirmek için)
- 6 yaşından küçük çocuklarda yüksek AKD kuşkusu varlığında sorumlu antijen seçilerek uygulanması önerilmektedir.



TEDAVİ YAKLAŞIMLARI:

KD'de terapi, iritan ya da allerjenlerden kaçınma ve varolan klinik tablonun tedavisi temeline dayanır. Çocuklarda İKD'deki genel tedavi yaklaşımı aşağıda görülmektedir^{1, 2, 3, 4}:

- Çocuğun odasının, oyuncaklarının ve kullandığı ürünlerin gözden geçirilmesi
- İritanlardan kaçınma: Su, sabun, deterjan vb.
- Nemlendirici ve sabun yerine "syndet" kullanımı
- Bariyer kremler ("koruyucu kremler")
- Topikal kortikosteroidler
- Topikal immünomodülatörler (takrolimus, pimekrolimus)

AKD'deki basamaklı tedavi yaklaşımı ise sırasıyla şöyledir^{1, 2, 3, 4, 26}:

- Neden olan allerjenin saptanması
- Kaçınma
- Uygun deri bakımı
- Topikal kortikosteroidler (gerekirse topikal antimikrobiyaller)
- Topikal immünomodülatörler
- Ağır olgularda kısa süre sistemik kortikosteroid kullanımı, gerekirse sistemik antibiyotiklerin tedaviye eklenmesi
- Sistemik immünosupresanlar / immünomodülatörler
- Biyolojik ajanlar
- Eliminasyon diyetleri
- Hiposensitizasyon: Bazı çalışmalar yapılmış olmasına karşın, halen geçerli bir tedavi yöntemi değildir.

Çocuklarda AKD gelişme olasılığının azaltılması için Kütting ve arkadaşları tarafından gündeme getirilen yaklaşımlar aşağıda görülmektedir¹⁴:

- Çocuklara topikal olarak uygulanan ürünler iritasyona neden olmamalı, koruyucu ve fragrans içermemelidir.
- Hem duyarlanma, hem de direnç gelişme olasılığı dikkate alınarak topikal antibiyotiklerin kullanımı kısıtlanmalıdır.
- On yaşın altındaki çocuklarda kulak deldirme önerilmemelidir.
- Anne babalar ve çocuklarla ilgilenen kişiler, uygun deri bakımı konusunda bilgilendirilmelidir.

Kronik Ürtiker

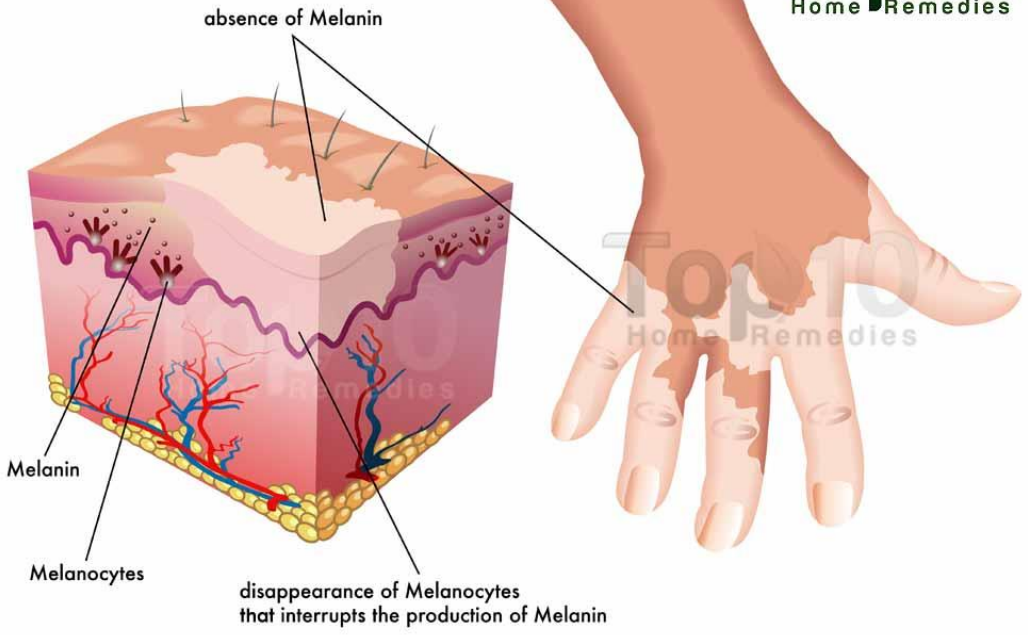


Kronik Ürtiker

- Anjioödemin de eşlik edebildiği, 24 saatten daha kısa sürede geçen ve genellikle günlük olarak görülen,
- 6haftadan daha uzun devam eden ürtikeryal lezyonlardır.
- Üst solunum yolu enfeksiyonları, Farenjit, tonsillit, Sinüzit, otit,
- Üriner enfeksiyonlar
- Çölyak hastalığı, H.pylori enfeksiyonu ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.
- Tedavide Antihistaminler temel taşıdır. Setirizin, desloratadin 6 aylık bebeklerde dahi kullanımı onaylanmıştır. Gece uyku sorunu olan çocuklara hidrosizinin akşam tedaviye eklenmesi önerilir.
- Lökotrien reseptör antagonistleri, alevlenmelerde KS, siklosporin, dapson, Omalizumab, İVIG diğer tedavi seçenekleridir.
- Kr. Ürtiker hem çocuğun hem ailenin yaşamını olumsuz etkileyen can sıkıcı bir durumdur. Hastalığın doğal seyri, sakınması ve ilaçların gerektiğinde değil düzenli kullanması konusunda bilgilendirilmelidir.

VITILIGO

Top10
Home Remedies



Resim 2. Fokal vitiligo.



Resim 3, 4. Segmental vitiligo.

Vitiligo

- Depigmente, beyaz maküllerle karakterize bir deri hastalığıdır. (**epidermal melanosit kaybından**)
- Tebeşir beyazı veya süt beyazı renğinde yuvarlak oval şekilli keskin sınırlı depigmente alanlar
- Patogenezi ve genetiği az bilinmekle birlikte göze batan görünümünden dolayı binlerce yıldır bilinmekte ve araştırılmaktadır.
- Pediyatrik yaş grubunda başlangıç yaşı 4.6-4.8 yaşlarındadır. 150-200 kişide bir görülmektedir.
- Ailesel geçiş görülmektedir.
- **Multifaktöriyel poligenik bir hastalıktır.**

Hastalığın seyri

- Doğal seyrini bilmek mümkün değildir.
- Fokal olarak başlayan hastalık satabil kalabileceği gibi generalize forma da dönüşebilir.
- Tam spontan regresyon nadirdir.
- Segmental vitiligo ise stabildir. Lezyonda haftalar sonra çok hafif genişleme olur ya da repigmentasyon başlar.
- Güneşe maruz kalan bölgelerde repigmentasyon daha hızlı olmaktadır.
- Tedavi???

Uyuz

- Uyuz mite (akar) türünden bir artropod olan *Sarcoptes Scabiei* var. Hominis in neden olduğu kaşıntılı paraziter bir hastalıktır.
- Tüm dünyada 300 milyonun infekte kişi olduğu tahmin edilmekte.
- **Kış ve sonbahar aylarında sık görülür.**
- Çocuk ıslah evleri, bakım evleri, askeri kışlalar, hastaneler, sosyal düzeyi düşük ve immün direnci düşük kişilerde sıktır.
- **Bulaş yolu deriden deriye doğrudan temastır.**
- En sık bulaş şekli hastalıklı kişiyle aynı yatağı paylaşmaktır.
- Ortak kullanılan eşyalarla bulaş nadirdir.
- **En önemli semptom şiddetli kaşıntıdır. Özellikle gece şiddetlenen kaşıntı tipiktir.**

Uyuz

- Spesifik bulgular: tüneller (el parmak araları, el-ayak yan yüzleri, el bileği, kalça üzerleri, penis, skrotum üzerinde)
- Veziküller (el parmak araları ve bebeklerde baş, palmoplantar bölgede yerleşir).
- Nonspesifik bugu: Kaşıntı



Tedavi

- Tedavi sadece hastaya değil semptomu olsun olmasın yakın temasta olduğu tüm kişilere aynı anda uygulanmalıdır.
- Tedaviden sonra elbiseler ve yatak çarşafı 60 derecede yıkanır veya plastik poşet içinde birkaç gün bekletilir.
- Permetrin %5 lik krem günümüzde standart ve ilk seçenek tedavi ajanı olarak kabul edilmektedir. 2 aydan büyük çocuklarda, hamilelerde ve emziren kadınlarda güvenli olarak kullanılmaktadır. Süt veren kadınların tedavi bitimine kadar bebeklerini emzirmemeleri önerilmektedir.
- Uygulama banyo yapıp boyundan aşağı tüm vücuda ilacın sürüldükten 8-14 saat sonra yıkanılması önerilmektedir. Uygulama 1 hafta sonra tekrarlanmalıdır.
- İnfantlarda ilaç başa da uygulanmalıdır.
- Permetrine dirençli olgular bildirilmiştir.
- Nadiren kaşıntı, yanma gibi reaksiyonlar yapabilir.
- Sülfür, Benzil benzoat, Gamabenzen heksaklorid(Lindan), krotamiton, İvermektin, Bitkisel kaynaklı ilaçlar diğer tedavi seçenekleridir.

Bitlenme

- İnsanda en sık paraziter hastalıklardan biridir.
- 1) Baş bitlenmesi(en sık çocuklarda)
- 2) Gövde Bitlenmesi
- 3) Kasık bitlenmesi

- **Pedikülozis Kapitis: en sık görülen bitlenme şeklidir.**
- Ülkemizde yapılan çalışmalarda prevalans %1.8-20.7
- Sıklıkla 5-13 yaş arası görülmektedir.
- Kalabalık ortamlarda yaşamak ve kişiler arası temasın sıklığı bulaşma riskini artırır.
- Hastanın kız olması ve saçların silindirik olması diğer risk faktörüdür.(daha kola tutunma)
- **Bulaş kişiden kişiye direkt temasla olmaktadır.** Tarak, havlu şapka gibi eşyalarla bulaşma çok nadirdir. Yaşayan bitler saçı terk etmez, tarakta bulunan bitler yaralanmış ya da ölmüş bitlerdir.

- **Başın özellikle oksipital ve retroauriküler bölgesi tutulur.**
- En önemli klinik semptom kaşıntıdır.
- Alopesi görülebilir.
- Tanıda altın standart baştaki canlı bit, bit yumurtası ve nif forumunu göstermektir.
- Tüm aile bireyleri ve hastanın yakın temasta bulunduğu kişiler muayene edilmelidir.

Eğer canlı bit ve yumurta bulunursa bu kişiler de tedavi edilmelidir.

Yıkanabilen eşyalar 60 derecede yıkanmalı, yıkanamayanlar ise antipedikülosid bir ajanla veya isopropil alkolle dezenfekte edilmelidir.

Döşemeler ve zemine dökülen kılların temizlenmesi için yüksek vakumlu bir süpürge ile süpürülmelidir.



Tedavi

- 1)Topikal Pedikülosidler
- 2)Islak tarama
- 3)Oral tedavi

- Tedavideki en önemli seçenek topikal pedikülosidlerdir. Genel prensip antipedikülosid ilacın kullanılmasının ardından, saçların mekanik temizliğinin yapılmasıdır.
- **Yüksek konsantrasyonda insektisid dağılımı sağladığı için losyon formları**; şampuan,krem,jel ve köpük formlarına tercih edilmelidir.
- Preparat mutlaka kuru saçlara uygulanmalıdır.

- Tedaviden sonraki 24 saat içinde saçlar şampuanla yıkanmamalıdır.
- Yeni oluşan nifeleri yok etmek için tedavi 7-10 gün sonra tekrarlanmalıdır.
- Anti-bit ilaçları 2 yaşından küçük çocuklara önerilmemektedir.

%1 lik permetrin pedikülozis tedavisinde tüm dünyada en sık kullanılan ve en güvenilir ajandır. Kuru saça uygulandıktan sonra 10 dk beklenir ve daha sonra yıkanır.

Etkisi 2-3 hafta kadar sürse de 1 hafta sonra ikinci uygulama önerilmektedir.

En önemli yan etkileri yanma, batma, kaşıntı, ödem, döküntü ve kontakt dermatit oluşumudur.

Gebelik kategorisi B dir.

Malatyon, piperonil butoksit, lindan, karbaril, krotamiton ve okluziv ajanlar (vazelin, mayonez, bitkisel yağlar..) diğer topikal tedavi seçenekleridir.

- **Mekanik Temizlik:**
- Tedavi sonrası saçtaki yumurtaların uzaklaştırılması için saçlar sık dişli bir tarakla 2 hafta süreyle haftada en az 2 kez taranması önerilmektedir.
- **Oral Ajanlar:** TMP/SMX, levamizol, albendazol, oral ivermektin tartışmalı henüz onaylanmamış tedavi seçenekleridir.
- **Islak tarama:** Bitleri ve yumurtaları uzaklaştırmak için alternatif bir yöntemdir. Saçlara bir saç toniği veya zeytinyağı gibi bir yağ sürüldükten sonra bitler tamamen uzaklaşmaya kadar birkaç hafta, haftada 2-3 kez en az 15-30 dk boyunca tarama şeklinde yapılmalıdır. Çok etkili bir yöntem değildir.

Tinea enfeksiyonları

- Yüzeyel dermatofit enfeksiyonları en sık karşılaşılan deri hastalıklarıdır. Hastalıklara erken tanı konulması ve tedavi başlanması önemlidir. Yüzeyel dermatofit enfeksiyonları ayrıca koruyucu hekimlik yönünden önemlidir. Bu nedenle tedavi ajanlarının yanı sıra bulaşı azaltacak/ önleyecek faktörleri de bilmek gerekir.
- Dermatofitlerin özellikleri: Dermatofitler besin olarak keratini kullanırlar. Bu nedenle epidermis, kıl ve tırnak gibi keratinize dokularda hastalık yaparlar.
- A. Etken ve yerleşim yerleri: -
- Mikrosporum: Saç ve deri –
- Epidermophyton: Deri ve tırnak –
- Trichophyton: Saç, deri ve tırnak

Tinea enfeksiyonları

- Hastalığın ortaya çıkmasını kolaylaştıran faktörler:
- 1. Hastaya bağlı özellikler: Diabetes mellitus, malignansi, immün yetmezlik, Cushing sendromu gibi hastalıklara sahip bireyler ya da kortikosteroid, kemoterapi gibi immün supresif ilaç kullanımında dermatofit enfeksiyonu ciddi seyredebileceği gibi tedaviye de dirençli olabilir.
- 2. Nemli ortam: Dermatofitlerin hastalık oluşturabilmesi için nem önemli bir faktördür. İklimsel özellikler, giyim özellikleri, aşırı terleme ve/veya kurulanmama nemli ortam oluşturur.
- 3. Enfekte alan ile temas eden giysi, eşya ve/ veya materyellerin deriye teması: Yüzeyel mantar enfeksiyonlarının yayılımını önlemede toplumun özellikleri ile şahsın yaşam alanı, yaşam tarzı ve alışkanlıklarını bilmek önem taşır.
- **Örneğin tinea pedisin ülkemizde sık gözlenmesinin nedenlerinin en başında ortak terlik kullanımını bulunur.**

Tinea enfeksiyonları

- Mikroskopik inceleme (Nativ preparat):
- Hastalık deride ise lezyonun kenarındaki skuamlar ve hastalık tırnakta ise de hasta tırnak kazınarak lam üzerine konulur. Lezyon bulunan yerlerdeki terminal kıllar da inceleme için alınmalıdır. Lam üzerindeki materyelin üzerine %15-20'lik KOH solüsyonu damlatılarak üzeri lamel ile kapatılır. Bu lam, içinde ıslatılmış pamuk bulunan petri kutusunda yaklaşık 45 dakika bir saat bekletilir. Daha sonra mikroskopta incelenir. KOH mantar hücre duvarını etkilemeksizin diğer doku materyellerini erittiği için, mantara ait spor ve hifalar kolayca görülür .

Sık görülen tinea enfeksiyonları;

- 1)Tinea capitis
- 2)Tinea inguinalis
- 3) Tinea pedis ve manum
- 4) Tinea unguim
- 5) Tinea inkognito
- 6) Tinea barbae



Tedavi

- A. Bulaşı/Reenfeksiyonu Önleyici Ve Hastalığa Eğilim Yaratan Faktörlerin Tesbiti Ve Ortadan Kaldırıcı Yaklaşım :
- Yüzeysel dermatofit enfeksiyonlarında otoinokülasyonun, bulaşın ve reenfeksiyonun engellenmesi ile hastalığa eğilim yaratan faktörlerin ortadan kaldırılması tedaviden de önemlidir. Bu konuda dikkat edilmesi gereken unsurlar :
- Bazı olgularda birden fazla dermatofit enfeksiyonu odağı bulunabilir, ancak sadece birinden şikayetle doktora gidebilirler. Örneğin 'tinea inguinalis' şikayeti olan olgu dikkatle muayene edilmezse 'tinea pedis'i atlanabilir. Tinea pedis ve tinea unguium da sıklıkla birlikte bulunur.
- 2. Yakın çevredeki enfekte kişilerin veya hayvanların aynı anda tedavisi çok önemlidir. Örneğin tinea pedisli olguların eşleri başta olmak üzere özellikle aynı evde yaşayan kişilerin muayenesi ve tedavisi gerekir. Tinea kapitisli bir çocuğun çevresinde temas ettiği çocukların ya da hasta hayvanın/hayvanların tesbiti ve tedavisi de bir diğer örnektir.
- 3. Yakın çevredeki hastalık bulgusu olmadan kolonizasyon varlığı olasılığına karşın tedavi bir diğer önemli faktördür. Özellikle tinea kapitisli bir olgu varlığında yakın çevredeki bireylerde ve hayvanlarda hastalık bulgusu olmasa bile antifungal şampuanların kullanımında yarar vardır.

- 4. Enfekte eşya, giysi ya da materyellerin ortak kullanımı önlenmelidir. Örneğin, tinea pedis için ortak terlik/ ayakkabı kullanımı önlenmeli, tedavi edilen olgunun kullandığı ayakkabı ve terlikler de reenfeksiyonu engellemek için dezenfekte edilmelidir. Ayrıca ortamda bulunan enfekte skuam ve kıl/saçların uzun süre bulaştırıcı olduğu unutulmamalıdır.
- 5. Hastalığa eğilim yaratan faktörlerin belirlenmesi ve ortadan kaldırılması: Nemliliğe neden olan ya da arttıran faktörler belirlenmelidir. Kilolu bir kişide inguinal bölge, sentetik kapalı ayakkabı giyen bir kişide de ayak nemli olacaktır. Giyim alışkanlığı düzeltilmedikçe de mantar enfeksiyonunun iyileşmesi gecikecektir. Örneğin tinea pedis tedavisinde ana prensip ayak parmak araları ve ayakları kuru tutmaktır. Ayaklar yıkandığında, parmak araları başta olmak üzere çok iyi kurutulmalıdır. Hastalar oklüzyon yapmayan; altı kösele, üzeri deri, tercihen sandalet gibi açık ayakkabı giymelidirler. Nem alan pamuklu çorap kullanılmalıdır.
- Hiperhidroz varsa, gün içinde birkaç kez çorap değiştirmelidir ve kullanılan ayakkabı kurumadan tekrar giyilmemelidir. Bu konudaki açıklamalar hastalara eğitimleri ve anlama düzeylerine göre yapılmalıdır. Bu nedenle hastaya muayenesi sırasında biraz zaman ayrılmalı ve bulaşta etken olacak faktörler belirlenmelidir.
- Sonucunda hastanın yaşamına özgün örnekler verilmelidir. Hastaya 'vermek istediğimiz mesaj için kullandığımız kelimeler' ile 'hastanın anladığı' farklı olabilir. Örneğin, tinea pedisli bir olguya 'ortak terlik kullanmayın' dediğinizde, hastalar genellikle 'benim ev terliğim ayrı' diye cevap verirler. Örnek vermediğiniz takdirde tuvalet, banyo ya da misafir terliği gibi terliklerin bulaşta rolü olacağını düşünemeyebilirler.

- B. Antifungal Tedavi Lezyonların özelliğine göre antifungal tedavi aşağıda yer almaktadır:
- 1. Tinea kapitis:
 - Kıl foliküllerine penetre olmaları nedeni ile tedavide sistemik antifungaller kullanılır. **İlk seçenek griseofulvindir**; diğer sistemik ajanlar tedaviye dirençli veya yanıtızsız olgularda kullanılmalıdır.
 - - **Griseofulvin: Pediatrik dozu 10-20 mg/kg/gün'dür.** Genellikle 6-8 haftada iyileşme gözlenir. Griseofulvin kullanımında tedavi, diğer tedavilere göre uzun sürer ve ilacın fotosensitivite, gastrointestinal yan etkiler ve sitokrom p450 enzimlerinin potent indüklenmesi gibi yan etkileri vardır.
 - **Terbinafin, itrakonazol ve flukonazol diğer tedavi seçenekleridir.**
- 2. Tinea korporis, tinea fasialis ve tinea inguinalis, tinea pedis ve tinea manumda genel olarak terbinafin, itrakonazol ve flukonazol kullanılır.

3. Tinea unguium:

- Onikomikoz tedavisi sabır ve itina gerektirir. Başarılı tedaviyi takiben bile %40-70 oranında hastalık tekrar ortaya çıkar. Bu başarısızlıkta pek çok faktör sorumludur:
- Artmış yaş, tırnağa tekrarlayan travma, rekürren tinea pedis, ailede onikomikoz ve tinea pedis, tırnağın yavaş büyümesi, diabetes mellitus, kötü perfüzyon (sigara, vasküler hastalık, raynoud sendromu) gibi.
- **Onikomikoz tedavisinde hedef mantarsız tırnak gelişimini sağlamaktır. Ayak tırnakları için tedaviye başladıktan sonra önerilen takip süresi 16-18 aydır.** Ayak tırnağı ayda 1 mm uzadığı için, bu süre ayak tırnaklarının tamamen uzaması için geçen süredir. El tırnağının tamamen yenilenmesi ise 4-6 ayı bulur. Hafif ve orta şiddetteki hastalıkta topikal tedavi yeterli olabilir. Tırnak keratini kompakt, kalın ve sert olduğu için krem, solüsyon gibi topik tedavinin penetrasyonu zordur.

Topikal antifungaller, tırnak cilası şeklinde uygulandığında, etkinlikleri artar. Taşıyıcılar sürüldükten sonra buharlaşırlar; tırnak üzerinde etken madde oluşturan okluziv bir örtü meydana gelir ve bu da ilacın difüzyonunu artırır.

- Topikal tedavi için kullanılan ilaçlar şunlardır:
- - %28 Tioconazol
- - % 1 bifonazol ve % 40 üre kombinasyonu
- - Siklopiroks
- - Amorolfın %5 cila

- Refrakter ya da ciddi vakalarda veya kısa sürede iyileşme isteniyorsa oral antifungal tedavi kullanılır. İlaç seçiminde hastanın kullandığı diğer tedaviler ve ilaç etkileşimleri göz önüne alınmalıdır.
- - Terbinafin:
- - Itrakonazol
- - Flukonazol

- Özellikle sistemik tedavi kullanamayacak ya da tırnağın bütününün etkilendiği durumlarda kullanılır. Cerrahi yöntem ile tırnağın çekilmesi ve tırnak yatağının debridmanı tedavi süresini kısaltır.

Kaynaklar

- Kaynaklar 1. Gül Ü. Dermatofitozlar. Türkiye Klinikleri Basımevi, 2012.
2. Gül Ü. Yüzeyel mantar enfeksiyonlarının tedavisi. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci 2005; 1(31): 45-52.
- Pediyatrik Dermatoloji Çocuklarda Sık Rastlanan Deri Hastalıkları, Prof. Dr. Neslihan Şendur, 2014