

# Bebek ve Çocuklarda Sık Görülen Dermatozlar

Asuman CÖMERT ERKİLİNÇ, Özlem AKIN

Yeditepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Tıp pratiğinin hemen her dalında deri lezyonlarıyla karşılaşmak mümkündür. Bu nedenle sık rastlanılan dermatozlarla ve ayırıcı tanılarıyla ilgili temel bilgilerin edinilmesi önem kazanmaktadır. Bu yazıda bahsedilen hastalıklar enfeksiyöz ve enfeksiyöz olmayan dermatozlar olmak üzere iki ana grup altında incelenmiştir.

Bu gruplar içinde en sık rastlanılan hastalıklara değinilmiştir. Enfeksiyöz hastalıklar arasında sırasıyla bakteriyel enfeksiyonlar (impetigo, selülit, erizipel, follikülit), yüzeysel mantar enfeksiyonları (tinea kapitis, tinea corporis, kandidiyazis), viral enfeksiyonlar (molluskum kontagiyozum, verrukalar, eritema infeksiyozum, herpes ve varisella-zoster virüs enfeksiyonları), skabies ve pedikülozis, diğer grup içinde ise atopik dermatit (AD), seboreik dermatit (SD), kontakt dermatit (KD), psoriazis, pitiriyazis rozea, keratozis pilaris, vitiligo, alopesiler, ürtiker ve böcek ısırıklarına değinilmiştir.

## Enfeksiyöz Dermatozlar

### Bakteriyel Enfeksiyonlar

#### Impetigo

Impetigo, grup A beta-hemolitik streptokoklar (GABS) veya Staphylococcus aureus tarafından oluşturulur. Enfeksiyon klasik olarak böcek ısırığı gibi minör bir deri travmasını takiben gelişir ve karakteristik bal rengi bir krut oluşturan küçük vezikül veya püstüller şeklinde görülür. Post-streptokokal akut glomerülo nefrit impetigonun nadir rastlanan komplikasyonlarından biridir. Büllöz tipi, genellikle 2 ve 5 yaşları arasındaki çocuklarda görülür. Hastalık, S. aureus tarafından üretilen epidermolitik toksinden kaynaklanan gevşek bül ve blisterler şeklinde görülür. Tedavi 7 gün süreyle günde 3 kez uygulanan topikal mupirosini içerir. Sistemik tedaviler penisilinaz dirençli penisilinler (dikloksasilin), eritromisin, sefalosporin veya klindamisin içerir.

#### Selülit ve erizipel

Selülit, dermis ve subkutan yağ dokusunun enfeksiyonudur ve tipik olarak sıcak, hassas, eritemli, sınırları net olmayan bir yama veya plak şeklinde görülür. Sıklıkla

bir yara veya masere bir alan gibi giriş yolu ile ilişkilidir. Genellikle yüz veya alt ekstremitede gelişen, endüre, kabarıklık, eritemli, sınırları daha net olan bir plak şeklinde görülen erizipelden ayırt edilmelidir; erizipeldeki enfeksiyon alanı daha yüzeysel dermistir. Her iki duruma ateş, lökositoz, lenfanjit ve lenfadenopati gibi bulgular eşlik edebilir. Her iki tablonun en önemli nedeni Grup A beta-hemolitik streptokoklardır. Oral penisilin veya penisiline allerjik hastalarda eritromisin 10 gün süreyle kullanımı genellikle yeterli bir tedavidir. Daha şiddetli enfeksiyonlar iv antibiyotiklere ihtiyaç duyabilir. Selülitin nadir ve çok ciddi bir komplikasyonu olan nekrotizan fasiit, fasiya ve yüzeysel yağ dokusunun hızlı seyreden bir enfeksiyonudur. Tedavi agresif cerrahi debridman ve GABS'a karşı etkili iv antibiyotikleri içerir.

#### Folikülit

S. aureus, folikülitin en sık nedenidir ve eritemli bir hale ile çevrili 1-5 mm çaplı püstüllerin oluşturduğu bir erupsiyon şeklinde izlenir; bu püstüller foliküler yerleşimlidir ve sıklıkla püstülün merkezinden çıkan bir kıl görülebilir. Dağılım fokal veya yaygın olabilir. Kolaylaştırıcı faktörler obezite, sürtünme, diyabet ve hiperhidroz içerir. Tedavi seçenekleri topikal antibiyotikleri içerir; eğer başarısız olursa sistemik antibiyotikler kullanılabilir. Psödomonas



Resim 1: Impetigo

foliküli genellikle sıcak su havuzu, sauna, hamam gibi alanlarda uzun süre kalmanın sonucunda gelişir ve tipik olarak gövdede yaygın bir döküntü ile ortaya çıkar. Döküntü sıklıkla mayonun altında kalan alana sınırlı olan hassas foliküler yerleşimli eritemli papül ve nodüller ile foliküler püstüllerden oluşur. Çoğu olgu kendini sınırlayıcı olduğundan tedaviye ihtiyaç duymaz, ancak şiddetli veya tekrarlayan olgular oral siprofloksasin ile tedavi edilebilir. Korunma, psödomonas için başlıca beslenme kaynağı görevi gören deri hücrelerinin birikimini uzaklaştırmak için, sıcak küvetlerin düzenli boşaltımını gerektirir.

### Yüzeysel mantar enfeksiyonları

Ayak, tırnak ve kısığa ait mantar enfeksiyonları pediatrik yaş grubunda sık olmasa da, saçlı derinin mantar enfeksiyonları çok sıkır ve kalıcı saç kaybına neden olabileceklerinden erken tanı konmalıdır. Mayalar ve dermatofitler gibi mantar enfeksiyonlarının daha sık tiplerinin bazıları bu bölümde tartışılacaktır. Maya enfeksiyonları Kandida ve Malassezia'yı içerir. Dermatofit enfeksiyonları ayrıca tinea olarak adlandırılır. HIV enfeksiyonu, uzun süreli steroid veya antibiyotik kullanımı, transplantasyon, kemoterapi, enfekte hayvanlarla temas ve enfekte aile bireyleri çocuklar için risk faktörleridir. Tinea korporis en sık klasik "ringworm" görünümü, dairesel olarak ilerleyen kabark ve eritemli bir sınıra sahip, deskuame bir plak şeklinde gözlenir. Kaşını sıklıkla eşlik eden bir semptomdur ve tabloya vezikül veya püstüller eklenebilir. Tedavide lokalize olgularda ketokonazol, klotrimazol, mikonazol, oksikonazol, terbinafin,



Resim 2: Kerion



Resim 3: Favus

naftinin içerikli topikal antifungal kremlerin günde 1-2 defa, en az 2 hafta süreyle uygulanması etkilidir. Topikal tedaviye yanıt vermeyen olgularda sistemik antifungal tedavi (grizeofulvin, flukonazol, ketokonazol, itrakonazol, terbinafin) kullanılabilir. Tinea kapitis, çocuklarda en sık görülen mantar enfeksiyonudur. En sık 2-10 yaş arasında olmak üzere, genellikle puberte öncesinde ortaya çıkar. Etken mikrosporom ve trikofitonlardır. Saçlı deride eritemli zeminde, beyaz skuamlar içeren alopesik annüler plaklardan, fungusa karşı püstüler enflamatuvar reaksiyonlar olan kerionlara kadar değişen farklı kliniklere sahip olabilir. Tedavide en etkin sistemik ajan grizeofulvindir. Çocuklardaki etkin dozu 10-20 mg/kg/gündür. Tedavi ortalama 4-6 hafta sürer, ancak bazı olgularda 2-3 ay gibi bir süre tedavi gerekebilir. Son yıllarda itrakonazol, terbinafin ve flukonazol gibi ajanlar da kullanılmaktadır. %2.5 selenyum sülfid ve ketokonazol içeren şampuanlar sistemik tedaviye yardımcıdır. Kandida türleri deri ve müköz membranları enfekte edebilir ve tipik olarak eritemli, nemli, deskuame bir döküntüye neden olurlar. Bebek ve çocuklarda en sık görüleni oral kandidiyazistir. Genellikle 6-9 aydan büyük bebeklerde fazla görülmemekle birlikte predispoze bireylerde her yaşta gözlenebilir. Sağlıklı bebeklerde tedaviye gerek olmayabilir. Bununla birlikte tedavide 7-14 gün süreli oral nistatin süspansiyonu etkilidir. Bebeklerde uzun süreli diaper dermatiti görünümünde, oral kommissürlerin eritemli döküntülerinde, genital bölgenin eritemli döküntülerinde kandida enfeksiyonu akla getirilmelidir. Aşırı gastroentestinal ve oral kandida kolonizasyonu sonucu oluşan neonatal kandidiyazis, kırmızı parlak deri üzerinde vezikül-püstüllerle karakterizedir. Lezyonlar perianal bölgeden başlayıp gluteal ve genital bölgeye yayılabilir. Doğum esnasında enfekte vajen duvarından deriyi enfekte etmesi sonucu ortaya çıkabilir. Topikal nistatin, mikonazol, klotrimazol içerikli kremler günde iki kez, 2-4 hafta süreyle kullanılabilir. Tinea versikolor olarak da bilinen Malassezia furfur enfeksiyonu, sık olarak yaz ayları süresince gelişen, genellikle gövdede, hafif deskuame, hipopigmente veya hiperpigmente maküllerle kendini gösterir. Hızlı ve duyarlı tanı skuam, tırnak veya saçın bistüri ile alınan bir örneğinin lam üzerine yerleştirilmesi ve %20 potasyum hidroksit (KOH) eklenmesi ile hazırlanan mikroskopik incelemeyi gerektirir. Genelde örnekler lezyonun pullu ve eritemli aktif sınırından elde edilir. Tanı halen şüpheliyse, kesin tanı için fungal kültür kullanılabilir.

### Viral Enfeksiyonlar

#### Verrukalar

Verrukalar (sigiller) çocuklarda sık görülen viral enfeksiyonlardır. İnsan papilloma virüs (HPV) lerinin etken olduğu, deri ve mukozaları tutan selim proliferasyonlardır. Herhangi bir yaşta görülebilir de, 12-16 yaş arası okul çağındaki çocuklarda sık rastlanır. Dört karakteristik klinik tipinden söz edilebilir: sıradan sigil (verruka vulgaris), plantar sigil (verruka plantaris), yassı sigil (verruka plana) ve anogenital sigil (kondiloma aküminata). Çocuklardaki tüm sıradan sigillerin yaklaşık yarısı

tedavisiz kendiliğinden geriler. Tanı genellikle öykü ve dermatolojik muayene ile konur. Sıradan siğiller genellikle ellerde veya ekstremitelerde bir veya daha fazla verrüköz papüller şeklinde görülürken, plantar siğiller ayak tabanındaki deri çizgilerini bozan, üzerinde tromboze kan damarlarını temsil eden siyah noktalar bulunduran papüller şeklinde gözlenir. Yassı siğiller ise genellikle, 1mm ila 1 cm çaplarındaki pembe, deri renginde veya hafif pigmente asemptomatik yassı papül ve plaklardır; sıklıkla yüz yerleşimlidirler. Genital siğiller asemptomatik, deri renginde veya pigmente verrüköz papüllerdir. Çocuklarda anogenital kondilomların tespiti, olası bir cinsel tacizin göstergesi olabilmesi açısından çok önemlidir. Genital siğillerin ayırıcı tanısı molluskum kontagiozum, folikülit, nevüs ve fibroepitelyal polipleri içerir. Beyaz sirke (%5 asetik asid), 3 ila 5 dakika süreyle uygulandığında, genital siğillere beyaz renkli bir görünüm verir. Ancak bu metotla yanlış-pozitif veya yanlış-negatif sonuçlar oluşabilir. İnsan papilloma virüsünü (HPV) saptamanın en duyarlı tekniği dokuda HPV DNA'sının saptanmasıdır. Siğiller için kesin etkili bir tedavi mevcut değildir ve %65'i 2 yıl içinde spontan gerileyebildiğinden karşılaşılan her verrukanın tedavisi gerekli değildir. Ancak daha geniş alana yayılımın ve bulaş riskinin önlenmesi için tedavi edilmelidir. Nüksler nedeniyle tedavisi zor olabilir. Siğil tedavisi sitodestruktif (kriyoterapi, salisilik asid, vasküler seçici lazerler, CO2 lazer, küretaj ve elektrodeseikasyon), immünolojik (imiquimod krem, intralezyonel interferon, intralezyonel bleomisin, simetidin), antiproliferatif (retinoik asid, podofilin) tedaviler şeklinde sayılabilir. Tüm tedavi metodlarında nüks oranı yüksektir ve tek bir tedavi ile siğilin gerilemesi zordur.

### Molluskum kontagiozum

Poxvirüsün neden olduğu bu enfeksiyon tüm yaş gruplarında görülebilse de 5 yaş altındaki çocuklarda oldukça sıktır. Kötü hijyen koşulları, rutubetli ortamlar ve atopik bünye virüsün transmisyonunu kolaylaştırır. Çocuklarda en sık yerleşim yeri yüz, gövde ve ekstremitelerdir. Sayısı birden yüzlerce lezyona kadar değişebilen, deri veya pembe renginde, merkezinde umbilikasyonu olan papüller şeklindedir. Hastalık sıklıkla kendini sınırlayıcıdır ve 2 yıl içerisinde kendiliğinden geriler. İmmünpromize hastalarda ve 2 aydan uzun süren lezyonlarda otoinokülasyonu veya bulaşmayı engellemek için tedavi edilmelidir. Tedavi seçenekleri topikal kantaridin, sidofovir, podofilotoksin, tretinoin, imiquimod, elektrodeseikasyon ve küretaj, kriyoterapi veya penset yardımıyla ekstirpasyonunu içerir.

### Viral egzantemler

Viral egzantemleri tartışırken, ilk önce virüslerin döküntüyü nasıl oluşturduğunu anlamak faydalı olacaktır. Egzantemin oluşumundan sorumlu olan virüs viral hastalığın viremik fazı süresince kan yoluyla deriye yayılır. Gözlenen egzantem, konağın immün yanıtının sonucudur. En sık gözlenen egzantemler morbilliform erüpsiyonlar olarak adlandırılır ve vücut geneline yaygın olarak dağılan yakın yerleşimli maküller ve hafif kabarıklık papüller şeklindedir. Vezikülle seyreden erüpsiyonlar, kırmızı bir zemin üzerindeki veziküller olarak gözlenir.



Resim 4: El, ayak ağız hastalığı



Resim 5: Herpes

Dantelimsi kırmızı erüpsiyonlar, Parvovirüs B19 enfeksiyonunun (eritema infeksiyozum) özelliğidir. Morbilliform erüpsiyonlar kızamık, rubella, insan herpesvirüsü 6 (rozeola) ve koksaki virüsleri tarafından oluşturulabilir. Bu döküntüler benzer prezentasyona sahip olabilen ilaç erüpsiyonları ile sıklıkla karıştırılır. Bu nedenle ilişkili semptomları ve ilaç kullanımlarını içeren ayrıntılı bir öykü alınması önemlidir. Birçok viral egzantem güneşe maruz kalan alanlarda daha yoğundur. Eritema infeksiyozum veya beşinci hastalık, Parvovirüs B19 ile ilişkilidir ve "tokatlanmış yanak" döküntüsü ile gövde ve ekstremitelerde dantelimsi eritem ile kendine özgü bir prezentasyona sahiptir. Enfeksiyonun bulaştırıcı periyodu kutanöz bulguların gelişiminden önce başlar. Tedavi semptomatiktir.

## Herpes virüs ve varisella zoster virüs enfeksiyonları

Vezikülo-büllöz viral erüpsiyonlar en sık herpes simpleks virüs tip 1 ve 2 (HSV1 ve HSV2) ve varisella zoster virüsü (VZV) enfeksiyonlarını içerir. Primer herpes enfeksiyonları en sık HSV1 ile oluşur ve daha çok bebek ve çocuklarda görülür. Klinik olarak daha ağır seyredilebilmekle beraber çoğu asemptomatik ya da subklinik olarak geçirilir. Bunlar arasında herpes labialis, primer herpetik gingivostomatit ve herpetik dolama sayılabilir. Tip 2 enfeksiyonlar ise genellikle püberteden sonra ortaya çıkar. Ancak çocuklarda da cinsel istismara bağlı hem HSV1 hem de HSV2'ye bağlı genital herpes gelişebilir. Enfeksiyon virüsün konak epitel yüzeyinden giriş, çoğalma ve ilişkili nöronların enfeksiyonunu gerektirir. Enfeksiyon ağırlı kutanöz veziküller ve sistemik semptomlar ile kendini gösterebilir. HSV enfeksiyonlarının kesin tanısı viral kültür ile konabilir. Tzanck smear çok-çekirdekli dev hücrelerin varlığını gösterebilir ancak HSV ve VZV'ü birbirinden ayırt edemez. Varisella enfeksiyonu, daha sonrasında püstüller ve kabuklu erozyonlara dönüşen eritemli, yaygın kaşıntılı papüllerin belirmesi ile karakterizedir. Polimorfik deri döküntüsü gövdede başlar ve sentrifugal olarak yayılır. Enfeksiyon yüksek derecede bulaşıcıdır. Herpes zoster (zona) VZV tarafından oluşturulan dermal ve nörolojik tutulumu olan bir hastalıktır. Primer enfeksiyon su çiçeğidir. Deriden duyu ganglionlarına taşınan ve burada latent durumda kalan virüsün, ya reenfeksiyon ya da fiziksel travma, radyasyon, stres, güneş ışığı gibi faktörlerle reaktif olmasıyla meydana gelir. Kutanöz erüpsiyon, dermatomal bir dağılım paternine sahip ağırlı kaşıntılı veziküller şeklindedir. HSV enfeksiyonlarının çoğu kendi kendini sınırlar. Antiviral tedavi semptomların süresini kısaltarak yayılmayı engeller. Topikal tedavi ajanları genellikle kısmi olarak faydalıdır. Nükslerin önlenmesinde ultraviyole ışınlarından korunulması önem taşır. Asiklovir, valasiklovir ve famsikloviri içeren sistemik viral ajanlar tedavide kullanılabilir. Bu ajanlar viral DNA sentezini inhibe ederek tekrarlayan enfeksiyonların süresini kısaltır.

## Diğer Enfeksiyöz Döküntüler

### Uyuz

Sarcoptes scabiei adı verilen bir akarın neden olduğu oldukça bulaşıcı bir enfestasyondur. En sık kişisel yakın temasla bulaşır. Çocuklarda en sık 2 yaş altında gözlenir. Dişi akar epidermiste tüneller açar ve yumurtalarını bırakır. Özellikle el parmak araları, el bileği, aksilla, genital bölge, uyluk, göbek, kalçalar, meme uçlarında tipik olarak bulunan eritemli papüller ve lineer tünellerin varlığı ile uyuz tanısı konabilir. Bebek ve çocukların eller, avuç içleri ve ayak tabanlarındaki vezikülo-püstüler lezyonlar karakteristiktir. Tünelden yapılan kazıntı ile mikroskop altında akar, yumurtaları veya dışkı maddesinin saptanmasıyla tanı kesinleşir. Standart tedavisi, permetrin, piretrin, benzil benzoat, krotamiton ve kükürt gibi akarisitlerin yerel uygulanmasını kapsar. Çamaşır, çarşaf gibi eşyaların kaynatılması, kuru temizleme yapılması veya 5-7 gün süreyle kapalı bir yerde saklanması yeterli olur.

Enfeksiyonun oldukça bulaşıcı olmasından ötürü tüm yakın temastaki bireylerin tedavisi önemlidir. Eşlik eden kaşıntının semptomatik tedavisinde antihistaminikler ve düşük potensli topikal kortikosteroidler kullanılabilir.

### Bit

Bit enfeksiyonu Pediculus humanus capitis (baş biti), Pediculus humanus corporis (vücut biti) veya Phthirus pubis (kasık biti) tarafından oluşturulan kaşıntılı bir enfestasyondur. Baş bitinin kaynağı insandır. Saçtan saça direkt temasla veya eşya ve giysiler aracılığıyla bulaşır. Genellikle 3-10 yaş arasındaki sağlıklı çocuklar etkilenir. Ense, kulak arkası ve saçta şiddetli kaşıntı, ekskoriyasyonlar, bitin dışkısına bağlı olarak deride ve kılırlarda siyah noktalar ve servikal lenfadenopati gelişebilir. Baş biti, pediyatrik popülasyonda daha siktir. Pedikülozis pubis cinsel yolla bulaşır. Eritem, deskuamasyon, kaşıntılı papüller bulunabilir ve erişkin bit çıplak gözle görülebilir. Tanı, kılın koparılıp mikroskopik olarak incelenmesiyle canlı erişkin bit veya yumurtaların (sirkelerin) görülmesiyle doğrulanabilir. Bit enfestasyonunun tedavisi için birçok ajan mevcuttur. Permetrin %1 krem, sıradan bir şampuanla yıkanmış ve havluyla kurutulmuş saça uygulanır, 10 dakika bekletilir ve su ile durulanır. Gerekirse 7-10 gün sonra ikinci bir uygulama yapılabilir. Piretrinler, krotamiton, malatyon, gama benzen heksaklorid diğer pedikülozidler arasındadır. Dirençli olgularda oral yoldan levamizol, ivermektin ve kotrimaksazol denenebilir. Mekanik olarak saçtan sirkelerin temizlenmesi, kullanılan tarak, fırça gibi eşyaların sıcak su ve sabunla yıkanması ya da 30 saniye süreyle 60 derecelik sıcak suda tutulması tedavide önem taşır. Vücut bitinde ise baş bitinden farklı olarak hijyen koşulları önemlidir. Çoğunlukla evsiz ve çok bozuk hijyenli kişilerde gözlenir. Tanı bit ve yumurtalarının çamaşır ya da giysilerin koltuk altı, bel bölgesi gibi dikiş yerlerinde saptanmasıyla konur. Tedavide hastanın banyo yapması, giysi ve çamaşırının yıkanması yeterli olabilir.

## Enfeksiyöz Olmayan Dermatozlar

### Atopik Dermatit

İnfant ve çocuklarda sık rastlanan kronik inflamatuvar bir dermatozdur. %60'ı hayatın ilk yılında ortaya çıkar, 2 aylıktan önce görülmez. Genetik faktörlerin dinamik çevre koşullarıyla etkileşimi sonucunda meydana gelir. Patogenezinde çeşitli antijenlere karşı oluşan abartılı bağışık yanıt suçlanmaktadır. Tanısı klinik özelliklere dayanılarak konur. Kardinal bulguları arasında, kişisel veya ailesel atopi öyküsü, kuru deri, kaşıntı ve tipik dağılım gösteren tekrarlayan dermatit sayılabilir. Lezyonların dağılımı yaşla değişkenlik gösterir. İnfantlarda çoğunlukla yanaklar, gövde, ekstremitelerin ekstansör yüzleri; çocuklarda ise antekübital ve popliteal çukurlar gibi ekstremitelerin fleksör yüzleri ve boyun tutulmaktadır. Adolesanlarda ise erişkinde olduğu gibi bilateral fleksural tutulum ve el dermatiti şeklinde gözlenebilir. Göz kapaklarının tutulumu her yaşta gözlenebilir. Okul çağı öncesinde ve adolesanlarda el ve ayak dermatiti şek-

linde ortaya çıkabilir. Lezyonlar genelde yoğun kaşıntılı, eritemli, ekskoriye, skuamli papül ve plaklar şeklindedir. Kronik kaşıntıya bağlı deride likenifikasyon ve kabalaşma gözlenebilir. Sekonder bakteriyel enfeksiyon eklenmişse impetigo benzeri sulantılı eritem ve bal rengi kabuklanmalar görülür. Aşırı kuruluk ve stratum korneumdaki su ve seramid içeriğinin azalmasına bağlı olarak deri bariyeri hasar görek iritan ve enfeksiyonlara açık hale gelir. AD’te kaşıntı ve egzemayı alevlendiren faktörler arasında sekonder herpes simpleks virüs enfeksiyonu, sekonder stafilkokus aureus enfeksiyonu, kış aylarında deri kuruluğundaki artış, yün teması, deterjan ve sabun teması, terleme ve emosyonel stres sayılabilir. Dermatit tablosuna yol açabilen tüm hastalıklar ayırıcı tanıya girer. Primer iritan ve alerjik dermatitler, seboreik dermatit, nummuler dermatit, uyuz, herediter immün yetmezlikler ve tinea enfeksiyonları bunlar arasında sayılabilir. Tedavinin temel unsurları derinin nemlendirilmesi, topikal steroidler ve tetikleyici iritanların ortadan kaldırılmasıdır. Deri atrofisi, telenjektazi ve immünsüpresyon gibi yan etkileri nedeniyle topikal steroidlerin geniş olmayan yüzeylere aralıklı kullanımı önerilmektedir. Akut ve yaygın alevlenmelerde 2 hafta gibi kısa süreli sistemik steroid kullanımı gerekebilir ancak kronik kullanımdan kaçınılmalıdır. Son yıllarda, immünsüpresyon ve atrofiye yol açmayan immünmodülatuar etkili topikal %1’lik pimekrolimus tedavi seçenekleri arasına girmiştir. Klasik tedaviye dirençli kronik olgularda dar bant UVB fototerapi, gamma interferon veya i.v immünglobülin önerilebilir. Sedatif etkili oral antihistaminikler (hidroksizin gibi) kaşıntının azaltılmasında daha etkilidir. Sık nemlendirici kullanımı, pamuklu giysilerin tercih edilmesi, sabun kullanımından kaçılması, terlemenin ve emosyonel stresin önlenmesi gibi önerilerin hastalığın kontrolünde önemi büyüktür.

### Seboreik Dermatit

İnfanlarda ve adolesanlarda olmak üzere iki yaş grubunda gözlenen, özellikle saçlı deri, yüz, boyun kıvrımları, koltuk altı ve bez bölgesini tutan, eritem ve yağlı pullanmalar ile karakterize kronik bir dermatittir. İnanlarda yaşamın 2. ila 10. haftalarında ortaya çıkar. Saçlı deride yapışık, eritemli yağlı skuamalar, atopik dermatitte olduğu gibi fleksural bir dermatit tablosu görülebilir. Adolesanlarda saçlı deri, yüzde nazolabial kıvrım, kulak içi, kaşlar, göğüs orta hatta tutulum olabilir. Patogenez tam olarak bilinmemektedir. Sebumdam zengin bölgelerde, Malassezia furfur adlı mayanın hiperproliferasyonuna karşı gelişen konak immün cevabı inflamasyondan sorumlu tutulmuştur. Biotin yetersizliğinin SD benzeri bir tabloya yol açabildiği bildirilmiştir. Yaşamın ilk 6 ayında bebeklerde fizyolojik olarak aşırı sebum salgılanması görüldüğünden, bu yaş grubunda ortaya çıkan her tip dermatit yanlışlıkla SD olarak değerlendirilebilmektedir. Öte yandan, infanlarda SD ve AD ayırımının gerekliliği tartışılmaktadır. Karakteristik saçlı deri ve yüz tutulumuna ek olarak vücut ve ekstremite lezyonları olan bebeklerin çoğunda daha ileri yaşlarda AD geliştiği gözlenmiştir. SD kliniğine peteşilerin eşlik etmesi Langerhans hücreli histiositozu akla getirmeli ve biopsi yapılmalıdır. SD

benzeri bir tabloya büyüme ve gelişme geriliği, Akciğer ve gastroentestinal sistem enfeksiyonları eşlik ediyorsa Leiner hastalığı gibi herediter immün yetmezlik sendromları ve HIV enfeksiyonu akla getirilmelidir. Çoklu karboksilaz yetmezliği ve diğer biotine cevap veren dermatozlar da SD’i taklit edebilir ve tanı için serum biotin seviyeleri kontrol edilmelidir. Saçlı deriye sınırlı SD, difüz formdaki tinea kapitis’ten ve basit kepekten ayırt edilmelidir. Skuamaların KOH ile mikroskopik incelemesi tanıyı kesinleştirir. Basit kepekte genellikle eritem gözlenmez. Adolesan çağdaki SD’in atopik dermatit, kontakt dermatit, perioral dermatit ve psoriazisten ayırımı güç olabilir. Antifungal içerikli krem ve şampuanlar, fluorsuz steroidli krem ve losyonlar tedavide ilk seçilecek ajanlardır. Yüz lezyonlarında düşük potensli steroid kremlerin kullanılması uygundur. Saçlı derideki kabuklanmalar mineral yağ veya zeytinyağı ile yumuşatılabilir. Agresif yöntemlerle kabukların kaldırılmasından kaçınılmalıdır.

### Keratozis Pilaris

Çocuklarda sık rastlanan bir tablodur. Yanaklarda, kol ve bacakların dış yüzlerinde, kalçalarda belirgin folliküler tıkaçlar şeklindedir. Bu tıkaçların çevresi egzematize olabilir. Palpasyonla pürtüklü ve kuru bir deri hissedilir. Özellikle yanaklarda telenjektatik eritem eşlik edebilir. Deri kuruluğu tabloyu kötüleştirir. Atopik dermatit ve iktiyozisle birlikteliği sıktır. Ancak bazı çocuklarda sayılan hastalıklar olmaksızın yaygın PK lezyonlarına rastlanabilir.

Ayırıcı tanıları içinde akne mikrokomedonları, molluskum kontagiyozum, verrukalar, milia ve follikülitler sayılabilir. İnflamasyonlu PK lezyonları yanlışlıkla egzema veya psoriasis tanısı alabilirler. Hafif formlarında sık nemlendirici kullanımı dışında tedaviye gerek yoktur. Tedaviyle tam kür sağlamak sıklıkla mümkün değildir. Şiddetli formlarında laktik asitli, üreli nemlendiriciler ve topikal tretinoin kullanılabilir.

### Kontakt Dermatit

Kontakt dermatit (KD), alerjik ve iritan olmak üzere iki ana tipe ayrılır. Alerjik KD, temas edilen maddelere karşı gelişen Tip IV aşırı duyarlılık sonucunda; iritan KD ise aksine non-immünolojik mekanizmalarla deriye direkt hasar sonucunda meydana gelir.

**Primer iritan KD:** Sağlam veya bozulmuş epidermal bariyeri kolaylıkla aşabilen güçlü veya zayıf kimyasallar veya interselüler lipitleri ortadan kaldıran maddeler derinin inflamasyonuna yol açarlar. Çocuklarda sık görülen tiplerinden olan diaper dermatiti ve juvenil plantar dermatozdan bahsedilecektir.

**Diaper dermatiti:** En sık yaşamın 7 ila 12. ayları arasında ortaya çıkar. İdrar inkontinansı olan daha büyük çocuklarda da gözlenebilir. Uyluk ve kalçaların konveks yüzleri, bel bölgesi ve perianal bölge tutulur. Kasıkları ve genital bölgeyi etkileyen, parlak kırmızı eritem ve periferik satelit papül ve püstüllerle karakterize olan formunun Kandida albicans’ın sekonder invazyonu sonucu oluştuğu kabul edilir. Islaklık derinin sıyrık ve sürtünme gibi hasarlara duyarlılığını artırır, bariyer görevini

bozar, geçirgenliği artırarak iritasyon oluşturur. İdrardaki ürenin bakteriyel üreaz tarafından yıkımıyla oluşan amonyak bu dermatitin primer nedeni değildir. Sadece zedelenmiş deride arttırıcı rol oynar. Üç günden daha uzun süren bez dermatitlerinde tabloya sıklıkla kandidaların eklendiği kabul edilir. Ayırıcı tanılar arasındaki atopik dermatit ve diğer dermatit formları bez bölgesinden başlayabilir. Nadiren, psoriasis, Langerhans hücreli histiositoz veya herediter immün yetmezliklere bağlı döküntüler bu bölgeyi tutabilir. Perianal formlarında şüpheli durumlarda perianal selülit akla getirilerek bakteri kültürü yapılmalıdır. Tedavide en önemlisi bölgenin kuru tutulmasıdır. Bölgenin temizliği su ile yapıldıktan sonra nazikçe kurulanıp bir süre açık bırakılmalıdır. Sabun kullanılmamalıdır. Vazelin ve çinko oksit gibi koruyucu ve yumuşatıcı ürünler kullanılabilir. Hidrokortizon gibi düşük potensli steroidli kremler enflamasyon şiddetli ise kullanılabilir. Atrofi ve stria gelişme riski yüksek olduğundan güçlü steroidli kremlerin kullanımından kaçınılmalıdır. Antikandidal etkili azol kremler sıklıkla tedaviye eklenir. Standart tedaviye cevap vermeyen dirençli bez dermatitinde altta yatabilecek hastalıklar açısından daha ileri tetkiklere ihtiyaç olabilir.

**Jüvenil plantar dermatoz:** Ayak tabanının ağırlığı taşıyan bölümlerinde ve ayak parmakları plantar yüzlerinde parlak renkli kızarıklık, ince ragadlar ve kurulukla karakterizedir. Tutulum simetrikdir. Hastaların çoğunda atopik dermatite ait klinik özelliklere rastlanır. Hastalık tüm ayak tabanını tuttuğunda tinea pedis'le karışabilir. Ancak, JPD'a adolesan öncesi çağda sıklıkla rastlanırken ayak mantar enfeksiyonu bu çağda nadirdir. Skuamaların KOH ile mikroskopik incelemesi tanıda yardımcıdır. Alerjik kontakt dermatit genellikle ayak dorsumunu tutar. Tedavide öncelikle kuruluk önlenmelidir. Günde birkaç kere vazelin benzeri pomat bazlı yumuşatıcıların kullanımı, ayakkabı içindeki ısı ve nemin azaltılması, inflamasyon şiddetli ise orta potensli steroidli kremlerin kullanımı önerilir.

**Allerjik Kontakt Dermatit:** Çocuklardaki gerçek insidansı bilinmemektedir. Duyarlanma gücünün 2-3 yaşına kadar az olduğu, fakat yaşla birlikte arttığı kabul edilmektedir. Atopik deri yapısı kontakt duyarlanma için önemli bir risk faktörüdür. Çocuklarda AKD genellikle kaşıntı, eritem, sulantı ve vezikülasyonla karakterize akut bir tablo şeklinde ortaya çıkar. Lezyonlar genellikle temas bölgesinde görülür ancak yayılmaya meyillidir. Lezyonların primer bir odaktan başlayıp uzak alanlara yayılmasına "otosensitizasyon dermatiti" veya "otoegzematizasyon" adı verilir. Dermatitin dağılımı kontakt alerjenin tanımlanmasında önemli ipuçları verir. Örneğin ayakkabı dermatitlerinde ayak sırtı, nikel alerjisinde kıyafetin düğmelerinin temas edebileceği göbük bölgesi, takılarla teması olan kulak memesi, boyun, parmaklar, el bileği, diş macunu alerjisinde ağız çevresi, krem ve kozmetiklere bağlı yüz ve göz kapakları yerleşimi gibi. AKD tanısı klinik özellikler, allerjenle temas hikayesi ve yama testiyle konur. Ayırıcı tanısında atopik dermatit, tinea pedis, tinea manum, seboreik dermatit (yüz ve genital bölgede), akrodermatitis enteropatika, fenilke-

tonüri, psoriasis, keratozis pilaris yer alır. Lokalize sulantılı lezyonların tedavisinde serum fizyolojik veya %5 alüminyum asetat ile ıslak pansuman ve krem bazlı, kuru lezyonlarda ise pomat bazlı steroidli kremler öncelikle tercih edilir. Şiddetli ve yaygın lezyonlarda 0.5 mg/kg/gün prednizolon 3-5 gün süreyle kullanılabilir. Sekonder enfeksiyon (ağrı, ödem, püstül gelişimi) varlığında en sık antistafilokokal veya antistreptokokal sistemik antibiyotikler tedaviye eklenir. Fucidik asit ve mupirosin kontakt duyarlandırıcı riski en az olan topikal antibiyotiklerdir. Şiddetli kaşıntı varlığında antihistaminikler ve idamede uzun süreli nemlendirici kullanımı önerilir. Klasik tedavilere dirençli olgularda siklosporin ve fototerapi (UVB/PUVA) tercih edilebilir.

## Akne

İnfantil dönem ve adolesan dönem olmak üzere iki yaş grubunda gözlenir. Genellikle 3-6. aylarda ortaya çıkmakta ve neonatal akneye göre daha şiddetli ve kronik seyredebilmektedir. En sık açık ve kapalı komedonlar şeklinde görülürken, bazen inflamatuvar papül ve püstüller eklenebilir. İnfantil akne, neonatal aknenin bir uzantısı gibi gelişebildiği gibi hiperandrojenizmin bir bulgusu olarak da ortaya çıkabilir. Persistan ve şiddetli aknesi olan infantların bu açıdan daha detaylı incelenmesi gerekebilir. Ayrıca 2-7 yaş arasındaki çocuklarda akne oluşumu pek mutad olmadığından hiperandrojenizm nedenleri ekarte edilmelidir. Bunlar arasında prematür adrenarş, konjenital adrenal hiperplazi, gonadal veya adrenal tümörler, Cushing sendromu ve gerçek erken puberte sayılabilir. Çocuk ve bebeklerde aknenin hafif formlarında tedavi gerekmez. Uygun bir sabun ve suyla temizlik yeterli olabilir. Hafif komedonal akne de topikal tretinoin, hafif inflamatuvar akne de %2.5 benzoil peroksit veya topikal eritromisin veya klindamisin önerilir. Daha şiddetli olgularda oral antibiyotik (genellikle eritromisin) başlanabilir.

## Pitiriazis Rozea

Olguların %50'si 20 yaşından önce, özellikle adolesan çağda görülmektedir. Olguların %4'ünde 4 yaş öncesi başlangıç bildirilmiştir. Etiyoloji bilinmemektedir. Bazen baş ağrısı, farenjit, halsizlik gibi prodromal bulguların eşlik etmesi, mevsimsel epidemiler yapması, olguların %98'inde ömür boyu bağışıklık bırakması gibi nedenlerden ötürü viral kökenli olabileceği düşünülmektedir. HHV6 ve HHV7'nin rolü tartışılmaktadır. Özellikle gövdeyi tutan, deri pililerine paralel yerleşmiş, oval, ortadan periferine doğru açılan yakacak tarzı skuamı olan eritemli papüllerden oluşan karakteristik döküntüden 1-30 gün önce 5-10 cm çaplarına erişebilen "madalyon" adı verilen büyük yama lezyon ortaya çıkar. Lezyonlar 4-8 hafta devam edebilir. Olguların %16'sında asemptomatik oral lezyonlar bulunabilir. En sık gövde tutulmakla birlikte, özellikle çocuklarda yüz, aksilla ve kasıklar gibi invers tutulum olabilir. Madalyon lezyon tinea korporis ve nummuler dermatitle, jeneralize papüler döküntüsü ürtiker, seboreik dermatit, viral egzantemler, ilaç erüpsiyonu, guttat psoriasis ve sifilizle karışabilir. Çocuk olguların çoğu tedavi gerektirmez. Topikal steroidlerin lezyonlara

etkisiz olduğu düşünülmektedir. Kaşını eşlik ediyorsa oral antihistaminikler, kalamın, mentol içeren losyonlar ve hafif potence steroidli kremler kullanılabilir. Ultraviyole ışığı iyileşmeyi hızlandırır. Erken dönemde başlanan oral eritromisin hastalık süresini kısaltabilir.

## Psoriasis

T lenfosit aracılıklı bir hastalık olan psoriasis 16 yaş altında görülen dermatozların %4'ünü oluşturur. Çocuklarda hayat boyu hastalığa yakalanma riski ebeveynlerden biri etkilenmişse %28, her iki ebeveyn etkilenmişse %65'tir. Çocuklarda en sık tutulan yerler diz, dirsek, saçlı deri ve genital bölgedir. Palmo-plantar tutulum çocuklarda nadirdir. Tipik lezyonlar eritemli, beyaz-gri renkli yapışık skuamli papül ve plaklar şeklindedir. Öte yandan, tüm gövdede saçık tarzda, damla şeklinde eritemli skuamli papüllerle karakterize "guttat" formuna çocuklarda daha sık rastlanır. Bu çocuklarda farenjeal veya rektal streptokokal enfeksiyon varlığı mutlaka araştırılmalıdır. Güneş yanığı, sıyrık veya böcek ısırığı alanlarında köbnerizasyon yoluyla yeni lezyon gelişimi sıktır. Çocukların %15'inde görülebilen turnak tutulumu sıklıkla "pitting"(minik çukurcuklar) şeklindedir. Lezyonlar genellikle kaşıntılı değildir ancak skuamların koparılması hastalığı kötüleştirir. Artrit birlikteliği nadirdir. Liken planus, pitiriazis rozea, pitiriazis rubra pilaris, henüz skuamı oluşmamış erken guttat lezyonlar ise viral döküntü, ürtiker, ilaç erüpsiyonu ve sifilizden ayırt edilmelidir. Saçlı deri psoriazisi, seboreik dermatit, atopik dermatit ve tinea kapitis'ten ayırt edilmelidir. Genital psoriazisin ayırıcı tanısında ise kandidal intertrigo unutulmamalıdır. Aileye hastalığın spontan remisyon ve alevlenmelerle seyredabilen kronik bir hastalık olduğu anlatılmalıdır. Çocuklarda sıklıkla sadece topikal tedavi yeterli olmaktadır. Uygun potence topikal steroid, kalsipotriol, antralin, tazaroten, saçlı deri için %1-3'lük salisilik asitli zeytinyağı karışımlar, steroidli losyonlar önerilen topikal ajanlardır. Streptokokal enfeksiyonun eşlik ettiği guttat psoriazisli olgularda sistemik antibiyotik tedaviye eklenmelidir. Retinoidler (ilk tercih olmasa da), siklosporin, metotreksat ve dar bant UVB fototerapi şiddetli ve yaygın hastalıkta önerilen sistemik tedavi seçenekleri arasında yer alır.

## Vitiligo

Melanositlerin T lenfosit aracılıklı yıkımı sonucu gelişen, genetik özellik taşıyabilen bir depigmentasyon hastalığıdır. Her yaşta başlayabilir ancak nadiren konjenitaldir. Olguların %50'sinde 20 yaş öncesi, %25'inde 8 yaş öncesi başlar. Çocuklarda ortalama başlangıç yaşı altıdır. Lezyonlar fildişi beyazı renge, farklı boyutlarda, iyi sınırlı, yuvarlak maküller şeklindedir. İlk lezyonlar genellikle el dorsumu, yüz ve boyun gibi güneş gören yerlerde ortaya çıkar. Ayrıca kıvrımlar, orifisler (göz, burun, ağız, perianal) ve kemik çıkıntıları (diz, dirsek, baldır) tutulabilen diğer alanlardır. Hastaların %12'sinde beyaz saç (lökotrişya veya poliyozis) gözlemlenir. Güneş yanığı ve travmalar köbnerizasyon yoluyla yeni lezyon gelişimine neden olur. Fiziksel veya emosyonel travmalar hastalığı başlatabilir. Ayırıcı tanılar içinde post-inflamatuvar hipopigmentasyon, pitiriazis alba, tinea versikolor, tubero skleroz, halo nevus, nevus depigmentozus, ito hipomelanozu, Chediak-higashi sendromu, Wardenburg sendromu sayılabilir. Vitiligonun seyri değişkendir. Uzun süreli remisyonları alevlenme dönemleri takip edebilir. Spontan tam repigmentasyon pek olası değildir. Repigmentasyon genellikle kıl folliküllerindeki melanositlerin göçüyle gerçekleştiğinden el parmak sırtları, el dorsumu, ayaklar ve el bileklerinin volar yüzü gibi follikülden fakir bölgelerde tedavi cevabı kötüdür. Çocukların %40-90'ı, topikal steroid ve/veya topikal pimekrolimus gibi topikal tedavilere yanıt verirler. Güneş koruyucu kullanımı ihmal edilmemelidir. Yaygın tutulumu olan çocuklarda PUVA (12 yaş üzerinde), dar bant UVB, excimer lazer, otolog melanosit transferi, %50'nin üzerinde tutulum varlığında geri kalan derinin depigmentasyonu tedavi seçenekleri arasında yer alır.

pigmentasyon, pitiriazis alba, tinea versikolor, tubero skleroz, halo nevus, nevus depigmentozus, ito hipomelanozu, Chediak-higashi sendromu, Wardenburg sendromu sayılabilir. Vitiligonun seyri değişkendir. Uzun süreli remisyonları alevlenme dönemleri takip edebilir. Spontan tam repigmentasyon pek olası değildir. Repigmentasyon genellikle kıl folliküllerindeki melanositlerin göçüyle gerçekleştiğinden el parmak sırtları, el dorsumu, ayaklar ve el bileklerinin volar yüzü gibi follikülden fakir bölgelerde tedavi cevabı kötüdür. Çocukların %40-90'ı, topikal steroid ve/veya topikal pimekrolimus gibi topikal tedavilere yanıt verirler. Güneş koruyucu kullanımı ihmal edilmemelidir. Yaygın tutulumu olan çocuklarda PUVA (12 yaş üzerinde), dar bant UVB, excimer lazer, otolog melanosit transferi, %50'nin üzerinde tutulum varlığında geri kalan derinin depigmentasyonu tedavi seçenekleri arasında yer alır.

## Alopesiler

Çocuklarda dermatoloji polikliniğine başvuru nedenlerinin %3'ünü oluşturmaktadır. Alopesi nedenleri arasında ilk üç sırayı alopesi areata, tinea kapitis ve travmatik alopesiler (trikotillomani ve traksiyon) almaktadır.

## Alopesi Areata

Kıl folliküllerine karşı gelişen T lenfosit saldırısı sonucunda oluşan otoimmün bir hastalıktır. Olguların %25-40'ı ilk atağını 16 yaş öncesinde geçirir. Hastalık sıklıkla frontal ve parietal saçlı deride ani ortaya çıkan, yuvarlak, skarsız alopesik yamalar şeklindedir. İlk önce diffüz saç dökülmesi şeklinde ortaya çıkabilir. Yeni çıkan kıllarda pigment kaybı olabilir. Saçlı deri tutulumaksızın sadece kaş ve kirpik tutulabilir. Kısmi alopesili olguların %5'i tüm saçlı derinin kaybedildiği "Alopesi totalis" formuna ilerleyebilir. Tüm vücut kıllarının kaybedildiği "Alopesi universalis" formunda prognoz kötüdür. Olguların %10-20'sinde turnak tutulumu olabilir. Hastalık lokalize ise prognoz iyidir ve çocukların %95'inde bir yıl içinde tam kıl çıkımı gözlenir. Başlangıç yaşı küçüldükçe prognoz kötüleşir. İyileşme sonrasında hastaların %30'u nüks eder. %7-10'unda hastalık kronikleşebilir. Ayırıcı tanı içinde trikotillomani, tinea kapitis (inflamasyona bağlı eritem ve skuam eşlik eder) ve traksiyon alopesisi sayılabilir. Uygulanan topikal ajanlar sadece hastalığı kontrol altına alır. Tam kür sağlayamaz ve yeni lezyon gelişimini önleyemez. Spontan remisyon olasılığı her zaman mevcuttur. Hastalığın kronik seyri nedeniyle herhangi bir tedavi modalitesine en az 3-6 ay devam edilmelidir. Yama tarzı lezyonları olan çocukların büyük bir kısmında 1 yıl içinde spontan remisyon şansı yüksek olduğundan tedavisiz bırakılabilir. Çocuklarda en sık topikal steroidler kullanılır. Lokal atrofi ve sistemik emilim açısından dikkatli olunmalıdır. İntradermal steroid enjeksiyonları faydalı olmakla birlikte çocuklarda kullanımı güçtür. Diğer topikal tedaviler arasında kısa kontakt antralin, %2 minoxidil ve topikal immünoterapi sayılabilir. Genellikle yan etkileri nedeniyle önerilmese de, yaygın, hızlı ilerleyen hastalıkta oral veya i.v pulse steroid tedavisi kullanılabilir. Erişkin hastalarda etkili olabilen PUVA ve siklosporin gibi tedavilerin çocuklardaki güvenilirliği ve etkinliği tam olarak bilinmemektedir.

## Trikotillomani

Bilinçli veya bilinç dışı mekanizmalarla gelişen bir traksiyon alopesi çeşididir. Genellikle 5 yaş üzeri çocuklarda ve adolesanlarda gözlenir. Hastalık sıklıkla saçlı deride ellerle kolay ulaşılabilecek bölgelerde, farklı uzunlukta incelmış kıllarında gözleendiği kısmi alopesik, tuhaf şekilli, düzensiz sınırlı plaklar şeklinde gözlenir. Kaş ve kirpikler de etkilenebilir. Aile fertlerinden birinin veya arkadaşın kaybı, ebeveynlerin boşanması veya okulda yaşanan zorluklar hastalığı tetikleyebilir. Hastaların %50-75'inde genellikle hafif şiddetteki psikopatolojik durumlara rastlanabilir. Özellikle alopesi areata ve tinea kapitisten ayırt edilmelidir. Lezyonların kliniği, KOH tetkiki ile mantar araştırılması ve gerektiğinde biyopsi tanıda yardımcıdır. Hastalığı başlatan etkenin bulunması ve mümkünse ilgili stresin ortadan kaldırılmasıyla hastalık düzelebilir. Antidepresan ilaç tedavisi ve davranış terapilerine başvurulabilir. Ancak, şiddetli ve persistan hastalıkta psikiyatri konsültasyonu gerekebilir.

## Traksiyon Alopesisi

Saçlı derinin belli bölgelerindeki saçlarda seyrelme ve dökülmeye karakterizedir. Sürekli at kuyruğu yapılması, ucu sert ve sivri saç tokaları, sıkı saç bantlarının kullanılması sonucunda gelişir. Kronik travmanın azaltılmasını takiben 3 ila 6 ayda düzelme olur.

## Ürtiker

Haptenlerin veya metabolitlerinin, derinin mast hücreleri yüzündeki IgE'ye bağlanarak, bu hücrelerden histamin, lökotrien ve prostaglandin gibi vazoaktif mediyatörlerin salınımına yol açan bir tip 1 hipersensitivite reaksiyonudur. Çocuklarda sık görülmekle birlikte gerçek insidansı bilinmemektedir. Çocuklarda, kronik ürtikerden ziyade, kısa süren tek epizotlu akut ürtiker şeklinde ortaya çıkar. Tipik lezyonlar, lokalize veya jeneralize, farklı büyüklüklerde, eritemli, ödemli, ortası soluk, gezici karakterde papül ve plaklar şeklindedir. 48 saatten uzun süre persiste eden lezyonlarda ürtikeryal vaskülit, eritema multiforme gibi ürtiker dışı nedenler düşünülmelidir. 6 haftadan kısa süren ürtiker, "akut ürtiker" olarak tanımlanır. Çocuklarda en sık neden viral veya streptokoksik enfeksiyonlardır. Ayrıca fındık, fıstık, deniz ürünleri, yumurta, süt ürünleri, çilek gibi besinler ve bazı ilaçlar (penisilin, sülfonamidler, sefalosporinler gibi) önemli nedenler arasındadır. Radyokontrast maddelerin, aspirin, morfin gibi ilaçların ve bazı besinlerin non-immünolojik ürtikere yol açtığı unutulmamalıdır. Psikolojik stres ürtikeri tetikleyebilir. Olguların %15'inde ise etiyolojide fiziksel nedenler yer alır. Bunlar arasında dermografizm, sıcak ve egzersize bağlı ürtiker, gecikmiş basınç ürtikeri ve ailesel soğuk ürtikeri sayılabilir. "Anjioödem" terimi, reaksiyonun subkütan dokuya yayılımı sonucunda göz kapakları, dudaklar, eller, ayaklar, dil, genital bölge, hava yolları ve gastrointestinal mukozada gelişen diffüz ödeme verilen addır. Çocuklar anafilaksi riski nedeniyle yakın takip edilmelidir. Akut ürtikerli çocukların yaklaşık %50'sinde gözlenir. Olguların %0.4'ünde rastlanan, otozomal dominant geçişli, anjioödem ve karın ağrısı ataklarıyla karakterize herediter anjioödemde genellikle tipik ürtikeryal lezyonlara rastlanmaz. Serumda C1 q

esteraz inhibitör eksikliğinin ve düşük kompleman C4 seviyesi nin saptanmasıyla tanı konur. Ayırıcı tanıda eritema multiforme, mastositoz, juvenil romatoid artrit deri lezyonları, ürtikeryal vaskülit yer alır. Anjioödem ayırıcı tanıları içinde ise selülit ve erizipel, lenfödem, akut kontakt dermatit, idiyopatik skrotal ödem sayılabilir. Etkin tedavi etiyolojik ajanın saptanması ve mümkünse elimine edilmesiyle mümkündür. Çocuk hastaların çoğunda sabah non-sedatif bir antihistaminik (loratadin, setirizin gibi) ile gece sedatif bir antihistaminik (difenhidramin gibi) ilaç kombinasyonlarına genellikle iyi cevap alınır. Özellikle difenhidramin ve hidrosizin gibi bazı antihistaminik ilaçların çocuklarda paradoksik hiperaktivite ve irritabilite gibi ters etkileri tedavinin kesilmesine yol açabilir. Özellikle havayolu ve peptik şikayetlerde yararlı olan kromolin sodyum preparatları deride etkili bulunmamıştır. Anjioödemli olgularda 0.1-0.5 ml, 1:1000'lik subkütan epinefrin enjeksiyonları tedavide önemli yer alır. Diğer tedavi seçeneklerine cevap vermeyen olgularda kısa süreli sistemik steroid tedavisi denenebilir.

## Böcek İsrıkları

İsırmadan saatler veya günler sonra ortaya çıkan, kronik veya rekürren seyredilebilen, kaşıntılı inflamatuvar veya alerjik reaksiyonlardır. Bu reaksiyonlar genellikle artropodun tükürüğünde taşıdığı proteinlere veya dışkılarına karşı gelişir. Sık karşılaşılan ısırıklar başlıca sivrisinek, pire, tahtakurusu, arı, kene, örümcek ve akrebe karşı gelişir. Klasik lezyonlar, sıklıkla ortasında giriş yerine ait noktumu olan, tek veya grupe, ekskoriye veya krutlu olabilen ürtikeryal papüller şeklindedir. Şiddetli olgularda vezikül ve bül gelişebilir. Lezyonlar çoğunlukla boyun, bel, kollar ve bacaklar gibi vücudun açık olan bölgelerinde yerleşirler. Özellikle bahar ve yaz aylarında siktir. Reaksiyon 3 ila 9 ay gibi sürelerle persiste edebilir. Ayırıcı tanıda klasik ürtiker, viral egzantemler, lenfomatoid papüloz sayılabilir. Tedavide ilk basamak böceklerden korunma ve ortamın ilaçlanmasıdır. Bazı olgularda ölümle sonuçlanabilen anafilaktik şok gelişebilir. Akrep ve örümcek ısırığında antitoksin kullanılmalıdır. Oral antihistaminikler, topikal steroidler, mentol veya lokal anestetik içerikli kremler semptomatik tedavi sağlarlar.

## Kaynaklar

1. Sanfilippo AM, Barrio V, Kulp-Shorten C, Callen J. Common pediatric and adolescent skin conditions. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2003; 16: 269-83.
2. LaVoo EJ, Paller AS. Common skin problems during the first year of life. *Pediatr Clin North Am* 1994; 41: 1105-19.
3. Gül U, Çakmak SK, Gönül M, Kılıç A, Bilgili S. Pediatric skin disorders encountered in a dermatology outpatient clinic in Turkey. *Pediatr Dermatol* 2008; 25: 277-8.
4. Tamer E, İlhan MN, Polat M, Lenk N, Allı N. Prevalence of skin diseases among pediatric patients in Turkey. *J Dermatol* 2008; 35: 413-8.
5. Tüzün Y, Kotoğyan A, Serdaroğlu S, Çokuğraş H, Tüzün B, Mat MC. *Pediatric Dermatoloji*. İstanbul Nobel Tıp Kitabevleri, 2005.
6. Paller AS, Mancini AJ. Hurwitz *Clinical Pediatric Dermatology*. Third Ed. Elsevier, Saunders Pub, 2006.
7. Weston WL, Lane AT, Marelli JG. *Color Textbook of Pediatric Dermatology*. Third edition. St Louis, Missouri. Elsevier, 2002.