

Yaygın Kaşıntı ile Başvuran Çocuk Hastaya Akılcı Yaklaşım

Logical Approach to a Child with Chronic Itch

Öz

Çocukluk çağında sık karşılaşılan bir yakınma olan kaşıntı, hem hastanın hem ailenin yaşam kalitesini etkilemektedir. 6 haftadan uzun sürdüğünde ‘kronik kaşıntı’ olarak adlandırılır. Çocuklarda çeşitli dermatozlar ve cilt hastalıklarının yanı sıra, enfeksiyöz ve paraziter ajanlar, immün yetmezlikler, konjenital hastalıklar, maligniteler, psikojenik faktörler ve sistemik hastalıklar da kaşıntıya yol açabilmektedir. Bu nedenle hastalardan ayrıntılı öykü alınmalı ve detaylı fizik muayene yapılmalıdır. Tetkikler düşünülen ön tanılara göre planlanmalıdır. Tedavi yaklaşımı ise hastanın tanısına ve yaşına göre belirlenir.

Abstract

Itching, which is a frequent complaint in childhood, effects the quality of life of both the patient and their parents. It's called ‘chronic itch’ if it lasts more than 6 weeks. Infectious and parasitic agents, immune deficiency syndromes, congenital diseases, malignancies, psychologic factors and systemic diseases as well as various dermatosis and skin diseases may cause itching in children. So a detailed history should be taken and a full physical examination should be carried out. Diagnostic tests are planned according to the presumptive diagnosis. The treatment approach is determined by the age and the diagnosis of the patient.

Giriş

Kaşıntı, en sık rastlanan dermatolojik yakınmadır. Çocuklarda kaşıntının sıklığını inceleyen bir araştırma olmamakla beraber Polonya’da 108 adolesan hastada akne üzerine yapılan bir çalışmada katılımcıların %31,1’inde kaşıntı öyküsü alınmıştır (1). Kaşıntının, patofizyolojik mekanizması bütünüyle anlaşılammıştır. Ancak epiderm-dermis sınırındaki ve epiderm tabakasındaki miyelinsiz sinir liflerinin serbest haldeki sinir uçlarının fiziksel, mekanik ya da kimyasal olarak uyarılmasıyla kaşıntı oluşumuna yardımcı olan nosi-reseptörler olarak görev yaptığı bilinmektedir (2). Altı haftadan uzun süreli kaşıntılar ‘kronik kaşıntı’ olarak adlandırılır. Altta yatan bir hastalığa bağlanamayan kaşıntılara ise ‘nedeni bilinmeyen kaşıntı’ denilir (3).

Kaşıntıya Yol Açan Klinik Tablolar

International Forum on the Study of Itch (IFSI) sınıflamasına göre kronik kaşıntılar etiyojolojiye göre 6 grupta incelenir: 1- dermatolojik, 2- sistemik, 3-nörolojik, 4-somatoform, 5-miksed orijinli, 6-diğerleri (Tablo 1) (3). Çocukluk çağında konjenital hastalıklar (ik-

Prof. Dr. Emin Özkaya,
Uzm. Dr. Mebrure Yazıcı
Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Alerji-İmmünoloji Bilim Dalı

Yazışma Adresleri /Address for Correspondence:

Uzm. Dr. Mebrure Yazıcı
Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Alerji-İmmünoloji Bilim Dalı-Istanbul
Tel/phone: +90 (212) 453 17 00
mail: myazici@bezmialem.edu.tr

Anahtar Kelimeler:

çocukluk çağı, kaşıntı, ürtiker, egzama, uyuz, dermatoz

Keywords:

childhood, itching, urticaria, eczema, scabies, dermatosis

Geliş Tarihi - Received

09/01/2019

Kabul Tarihi - Accepted

13/02/2019

tioziz), sendromlarla, metabolik hastalıklarla ve immün yetmezliklerle ilişkili durumlar bu sınıflandırmaya dahil edilmelidir. Somatoform kaşıntı; kaşıntının başlamasında, şiddetinde, alevlenmesinde ve devam etmesinde psikiyatrik ve psikosomatik faktörlerin rol oynadığı kaşıntı olarak tanımlanır. Tanısı için pozitif ve negatif tanı kriterleri belirlenmiştir (3). Şüphelenilen durumlarda uzman görüşüne başvurulması önerilir.

Tablo:1 Çocukluk Çağında Etiyolojiye Göre Kaşıntı Sınıflaması (3)

Dermatozlar	Atopik dermatit		
	İrritan kontakt dermatit		
	Seboreik dermatit		
	Mastositoz		
	Ürtiker		
	Enfeksiyöz hastalıklar (Varisella, mikozlar, viral döküntüler)		
	Otoimmün dermatitler: Büllöz dermatozlar		
	Psoriasis vulgaris		
	Genodermatozlar (Nörofibromatozis)		
	Liken simpleks kronikus		
	Sendromlara ve immün yetmezliklere eşlik eden dermatozlar (Wiscott-Aldrich Sendromu, Abt Letterer Siwe hastalığı (Histiositoz X), Königsmark Hollander Berlin Sendromu, Netherton Sendromu, Job Sendromu)		
	Sistemik Hastalıklar	Metabolik ve Endokrin Hastalıklar	Böbrek hastalıkları
			Karaciğer hastalıkları
			Hiperparatiroidizm
Hiper ya da hipotiroidizm			
Enfeksiyonlar		HIV/AIDS	
		Parazitler (helminthler)	
Hematolojik hastalıklar		Lenfoma (Hodgkin Lenfoma)	
		Polisitemia vera, myelodisplastik sendromlar	
		Graft versus host hastalığı (GvHD)	
		Histiositoz	
	İlaç Erüpsiyonları		
İlaç Yan Etkileri	Morfin		
Nörolojik	Prurigo nodularis		
	Brakioradial pruritus		
	Notalgia parastetika		
	Postzosterik neuralgia		
	Multiple skleroz		
Psikolojik ve psikosomatik bozukluklar	MSS abseleri, tümörler		
	Depresyon		
	Psikoz		
	Delüzyonel parazitoz		
	Saplantı nevrozları, Obsesif kompulsif bozukluklar		
Diğer	Gebelik ilişkili	Gebeliğin polimorfik erüpsiyonu	
		Pemphigoid gestationis	
		Gebelik kolestazi	
	Kserozis		
	Konjenital (İktiyozis)		
	Pruritus ani/Pruritus vulva		

Ürtiker (kurdeşen)

Çocukluk çağında, kaşıntının sık nedenlerinden biridir. Almanya'da yapılan bir doğum kohortunda çocuklarda yıllık ürtiker insidansı yılda %1, 10 yaşında kümülatif prevalansı erkeklerde %14,5, kızlarda ise %16,2 olarak rapor edilmiştir (4). Ürtikerin tanısı karakteristik döküntüleri ile konulur. Hastalık aktivitesi 7 günlük sürede gözlenen kabarıklık miktarı ve kaşıntı şiddetini değerlendiren Ürtiker Aktivite Skoru (ÜAS) ile belirlenir (5). Çocukluk çağında akut ürtikerin en sık nedeni enfeksiyonlardır (%49) (5). En sık enfeksiyöz nedenler ise idrar yolu ve solunum yolları enfeksiyonları olarak rapor edilmiştir (6). Enfeksiyonlar dışında ilaçlar ve daha nadir olarak da gıdalar akut ürtiker nedeni olarak bildirilmiştir (5). Ülkemizde yapılan bir çalışmada akut ürtiker vakalarının %35'inin tekrarladığı (rekürren akut ürtiker) bildirilmiştir (6). Altı haftadan uzun süre devam ederse kronik ürtiker olarak adlandırılır. Kronik ürtiker çocuklarda nadirdir (%1,8) (5). Akut ürtikerlerde tek atakta %37,5, rekürren akut ürtikerlerde %54 ve kronik ürtikerde %41 oranında anjiödem gözlenmektedir (6). Kronik ürtikerlerin %30-40'ından azında etiyolojik neden saptanabilmektedir (7). Kronik idiyopatik ürtiker tanısı diğer nedenlerin dışlanması ile konulur (8). Kronik idiyopatik ürtiker etiolojisinde otoimmünite önemli bir rol oynamaktadır. Bazı hastalarda antinükleer antikor (ANA) ve tiroid otoantikor pozitifliği ile otolog serum testi pozitifliği saptanabilir (6,7,8).

Atopik Dermatit (AD)

AD, ciltte kuruluk ve belirgin kaşıntı ile karakterize, alevlenme ve remisyonlarla seyreden, kronik inflamatuvar bir cilt hastalığıdır. Hastalığın ortaya çıkmasında genetik yatkınlık, deri bariyerinin bozulması ve immün sistem bozukluğu rol oynar(9). Stafilokokal süperantijenlerinin cilt bariyerini bozduğu ve aşırı T hücre uyarılması ile cilt inflamasyonunun alevlenmesine ve sürekliliğine katkı sağladığı da bilinmektedir (10). Atopik dermatit dünya çapında çocukların %10-20'sini etkilemektedir. (11) Çocukların %60'ında hastalık ilk bir yaşta ortaya çıkar (12). Tanısı için Modifiye Hanifin ve Rajika Kriterleri halen yaygın olarak kullanılmaktadır. Major kriterlerde yer alan kaşıntı hastalığın olmazsa olmaz bulgusudur (13). Lezyonların ve kaşıntının yerleşimi yaşla değişiklik gösterir. Bebeklerde yüz, kulak arkası, ekstremitelerin ekstansör yüzeyleri daha sık tutulurken, 2 yaşından sonra fleksural yüzeylerde tutulum artar. Likenifikasyon da yaşla beraber artış gösterir (14). Terleme, banyo yapma, yünlü ya da sentetik kıyafetler giyme gibi faktörler kaşıntıyı tetikleyebilir (15). Hastalığın şiddeti, eritem, ödem, likenifikasyon, sulanma, yayılım ve subjektif semptomların birlikte değerlendirildiği SCORAD index ile belirlenmektedir (16). Atopik dermatitte gıda alerjileri, semptomların sorumlu olduğu düşünülen gıdanın alımı ile korelasyonu, spesifik Ig E düzeyleri cilt testleri ve gıda yük-

me testleri ile doğrulanmalıdır (17). Atopik dermatit, Wiscott-Aldrich Sendromu, Ataksi telanjiektazi, hipogammaglobulinemi, hiper-Ig E (Job) sendromu, ve ağır kombine immün yetmezlik gibi primer immün yetmezlikler (18) ile kemik iliği tranplantasyonu (19) ya da HIV enfeksiyonu (20) sonrası gelişen sekonder immün yetmezliklere eşlik edebilir. Özellikle yenidoğan döneminde konjenital iktiyoziform eritroderma, iktiyozis linearis sirkumfleksa, saç kökü anomalileri ve yüksek Ig E düzeyleri ile karakterize olan Netherton sendromundan ayırıcı tanı yapmak için saç örneğini patognomonik trikoreksis invaginata (bambu saç) görünümü için incelemek ya da SPINK5 gen mutasyonuna bakmak gerekebilir (21,22). Egzemaya hepatosplenomegali, lenfadenopati, inatçı diyare, büyüme gelişme geriliği, ağır enfeksiyonlar, eozinofili, ve Ig E yüksekliği eşlik ediyorsa Omenn Sendromu akla gelmelidir (23). IPEX sendromunda ise egzemanın yanı sıra diabetes mellitus, enteropati ve gıda alerjileri görülür (22). Bu nedenle tedaviye dirençli atopik dermatitleri, gıda ile ilişkili semptomlar (ağır infantil kolik, perianal kızarıklık, kanlı gaita vb) ve immün yetmezlik (akraba evliliği, kardeş ölümü öyküsü, büyüme gelişme geriliği, tekrarlayan ağır enfeksiyonlar, trombositopeni, iskelet sistemi ve nörolojik bulgular vb) açısından sorgulamak gerekir. Şüphelenilen vakalar Çocuk Alerji ve İmmunoloji uzmanlarına sevk edilmelidir.

Seboreik Dermatit

İnfanlarda saçlı deride, yanaklarda, alında yağlı ve kalın kepeklenmeler ile karakterizedir. Erişkin ve adolesanlarda nasolabial katlantılarda, postauriküler ciltte, kaşlarda, sakal bölgesinde, gövdede hafif kepeklenmeler ile seyredir (24). Kaşıntı atopik dermatite göre daha hafiftir (22). Hastalığın yaş ve cinsiyete göre düzeltilmiş prevalansı %10 olarak bildirilmiştir (25). Jeneralize seboreik dermatit ile beraber büyüme gelişme geriliği ve diyare görülen çocuklarda immün yetmezlik araştırılmalıdır (Leiner's disease) (24).

İritan Kontakt Dermatit

Bu cilt hastalığında, temas eden alerjeni belirlemek zordur. Duyarlı kişilerde her zaman alerjik kontakt dermatit gelişmez. Pozitif yama testi her zaman test edilen maddenin dermatitin tek sebebi olduğunu göstermez. Ancak çevresel kimyasallara karşı pozitif yama testi yanıtı verenler; iritan madde ile kişisel eşik konstantrasyonunun üzerinde bir miktarda temas ettiklerinde alerjik kontakt dermatit gelişimi için yüksek risk grubunu oluşturmaktadır (26). Weston ve arkadaşları, alerjik kontakt dermatitin çocukluk çağındaki tüm dermatitin yaklaşık %20'sini teşkil edebileceğini tahmin etmektedirler En sık rastlanan duyarlılıklar nikel sülfat (%8), kobalt klorid ve potasyum dikromata karşıdır (27).

Sistemik Mastositoz

Anormal mast hücrelerinin bir ya da daha fazla organ-da klonal çoğalmasıyla ortaya çıkan nadir bir hastalıktır. Aşırı kaşıntı ile birlikte, hipotansiyon, flushing, vazodilatasyon, ürtiker, anaflaksi, kemik iliği tutulumu, açıklanamayan gastrointestinal semptomlar (diyare, peptik ulkus, malabsorbsiyon, karın ağrısı), hepatosplenomegali, lenfadenopati, açıklanamayan kemik kırıkları ve radyolojik bulgular (osteopeni, osteoporoz, osteoskleroz) ile prezente olur (28). Çocukluk çağında mastositozun sistemik sistemik formu erişkine göre çok daha nadir olup genellikle mastositom, ürtkerya pigmentoza ya da diffüz kutanöz mastositoz tabloları ile kendini gösterir (22,29). Erişkinin aksine mastositoz, çocuklarda çoğunlukla selim seyredir ve kendi kendini sınırlar. Etkilenen yüzey alanı, lezyonların şiddeti ile birlikte kaşıntı gibi subjektif bulguları içeren skorlama sistemi (SKORMA) serum triptaz düzeyi ile korelasyon göstermektedir (22).

Psöriazis

Çocukluk çağında prevalansı %0,05-%2,2 olarak bildirilmiştir (30). Hastalarda aile öyküsü olabilir (farklı toplumlarda %4,5-83,8) (31). En sık presipitan faktör enfeksiyonlardır. Bazı hastalarda mevsimsel alevlenmeler (bahar ve kış aylarında) bildirilmiştir. İlk tutulan bölge çoğunlukla saçlı deridir (32).

Viral Enfeksiyonlar

Varisella (suçiçeği), Varicella Zoster Virüsü'nün (HHV-3) cilt ve mukus membranlara direk etkisine bağlı kaşıntılı polimorf ekzantemler (makül, papül, vezikül, papülovezikül, püstül, krutlar) ile karakterizedir. Döküntüler saç çizgisinden başlayarak kaudal olarak alt ekstremitelere kadar yayılır. Saçlı deri ve oral mukoza tutulumu tipiktir. Döküntülere ateş ve hafif halsizlik eşlik eder. Çoğu vaka semptomatik olarak antihistaminiklerle tedavi edilir. Amerikan Pediatri Akademisi'nin önerisine göre salisilat tedavisi alanlarda, 13 yaş üzeri çocuklarda, kronik kutanöz veya pulmoner hastalığı olanlarda, kısa süreli, intermitan ya da inhale steroid kullanan hastalarda oral asiklovir tedavisi endikasyonu vardır (33). Papüller purpurik eldiven çorap sendromu çoğunlukla Parvovirüs B, daha nadir olarak Sitomegalovirüs, Coxsackie B6 ve Kızamık virüsleri ile ilişkili olarak adolesan ve genç erişkinlerde el ve ayaklarda eldiven çorap tarzında ödem, peteşial-purpurik eritem ile prezente olur. Lezyonlara aşırı kaşıntı ve yanma eşlik eder. Ateş ve artralji ile de asosisye olan hastalık, kendi kendini sınırlar (22). Pityriasis rosea, adolesanlarda görülen eritemli, skuamli lezyonlarla karakterize, genellikle hafif kaşıntılı, sık görülen benign bir dermatozdur. Hastalığın etyolojisi bilinmemektedir. Enfeksiyöz bir ajana karşı hücresel tip immün mekanizmanın patogeneizde rol oynadığı ileri sürülmektedir.

Sonbahar ve kış aylarında daha sık gözlenir. Kalabalık ortamlarda (aile, okul vb) epidemiler oluşabilmektedir (34). Human Herpes Virüs 6 ve 7 ile asosiy olduğu düşünülmektedir (22). Klasik tipi, madalyon olarak adlandırılan öncül plak (herald patch) ve bunu izleyen 5-15 gün içinde gelişen yaygın sekonder erüpsiyon ile karakterizedir. Madalyon 2-5 cm çapında, oval, çevresinde yakacak tarzı ince skumamlı bir halka içeren, eritemli plaklar şeklindedir ve çoğunlukla gövde ve ekstremitelerin proksimal kısımlarında yerleşir (22, 34).

Prurigo Nodularis

Hiperpigmente kenarları olan, krutlu veya ekskoriye, hiperkeratotik, açık kırmızı, parlak papül, nodül veya plaklar ile karakterizedir. Lezyon boyutu (birkaç milimetreden 2-3 cm'e kadar) ve sayısı (birkaç taneden yüzlerce lezyona kadar) değişkendir. Lezyonlar çoğunlukla generalizedir ve gövde ile ekstremitelerin ekstansör yüzeylerinde simetrik dağılım gösterir. Hastanın elinin ulaşamadığı orta sırt bölgesi genellikle kelebek şeklinde korunur (kelebek bulgusu). Hastalar kaşıntıyla beraber batma, yatma ve karıncalanma hissi tarif ederler. Atopik dermatit ya da numuler egzema gibi dermatozlar, psikolojik hastalıklar, hepatobiliyer karaciğer hastalığı, tiroid fonksiyon bozukluğu, diabetes mellitus veya hematolojik hastalıklar / maligniteler ile ortaya çıkabilir (35).

Skabiyez

Sarcoptes scabiei var. *hominis*'in sebep olduğu, son derece kaşıntılı ve bulaşıcı, sık görülen bir akar enfestasyonudur. İnfantlarda vezikül, püstül ve krut oluşumunun fazla olması; avuç içi, ayak tabanı, parmak, yüz ve saçlı deri tutulumunun fazla olması ve lezyonların daha inflamatuvar karakterde olması ile erişkinden farklı bir klinik görünüme sahiptir. Skabiyezin klasik bulguları pruritik papüller, veziküller, püstüller ve tünellerden oluşmaktadır. Erişkinlerde ve büyük çocuklarda lezyonlar parmak aralarında, aksillada, göğüs çevresinde ve genital bölgede görülür iken; infantlarda lezyonlar baş, boyun, avuç içi ve ayak tabanında yerleşmektedir (36). Skabiyezde kaşıntı tipik olarak geceleri artar (22). Sekonder ekzematöz değişiklikler olması, özellikle topikal steroidler ile yanlış tedavi edilmesi ve infantlarda skabiyezden düşük oranda şüphelenilmesi skabiyezin infantlarda yaygın olarak yanlış tanı konulmasına ya da tanı gecikme olmasına sebep olmaktadır. Skabiyezde ilk tedavi seçeneği topikal %5 permetrin dir. İnfantlarda permetrin krem dışında %6'lık sülfür krem, benzil benzoat losyon (%10 ve %25'lik) ve ivermektin de tedavi seçenekleri arasında yer almaktadır (36).

Pediculosis capitis

Özellikle okul çocuklarını etkileyen *Pediculus humanus capitis* enfestasyonudur. Bulaşma genellikle kafadan

kafaya, daha nadiren de ortak eşya kullanımı ile olur. Çok kaşıntılı bir hastalıktır. Kaşıntı cildin *Staphylococcus aureus* ve *Streptococcus pyogenes* ile sekonder enfeksiyonuna, impetigoya ve servikal ve suboksipital lenfadenopatiye neden olabilir. Tedavi topikal permetrin dir (22).

Sistemik Hastalıklar ile İlişkili Kaşıntı

Çocukluk çağında sistemik hastalıklar da kaşıntıya yol açabilir. Wojtowicz-Prus ve arkadaşları kronik böbrek yetmezliği olan çocukların yaklaşık %20'sinde kaşıntı saptamışlardır. Bu oran hemodiyaliz hastalarında konservatif tedavi alanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Cilt kuruluğunun ve glomerüler filtrasyon hızında düşüşle birlikte diyalan iyonlarda dengesizlik olmasının (yüksek kalsiyum fosfor çarpımı) bu hastalarda kaşıntı etiolojisinde rol oynadığı düşünülmektedir (37). Kronik kolestazda kaşıntı ciddi bir problemdir. Refrakter vakalar karaciğer nakline kadar gidebilir. Kolestazda kaşıntının sıklığı ve şiddeti altta yatan hastalığa bağlı olarak değişir. Çocuklarda, Alagille sendromu, progresif familial intrahepatik kolestaz (PFIC), ve daha nadir olarak da biliyer atrezi ve sklerozan kolanjit, ağır pruritus ile ilişkilidir (37,38).

Yanık sonrası kaşıntı

Çocukluk çağında yanık hastaları taburculukta çoğunlukla kaşıntıdan yakınmaktadırlar (%93). Her ne kadar zamanla kaşıntı insidansı azalsa da 2 yıl sonunda hastaların %64'ünde halen kaşıntı varlığı bildirilmiştir. Yetişkinde yanık büyüklüğü, derinliği, kadın cinsiyet, genç yaş, cilt kuruluğu, kalın skar dokusu kaşıntı için prediktif faktörler olarak bildirilirken çocukta buna yönelik veri bulunmamaktadır. Çocukta yanığa bağlı kaşıntı için emolientler (aloe vera, lanolin), masaj terapileri, gabapentin, a eutectic mixture of local anesthetics (EMLA) krem, Unna boot (çinko oksit kompresyon bandajları) ve loratadin ile çalışmalar vardır (39).

Kaşıntıya Klinik Yaklaşım

Çocuk hastada kaşıntı nedenleri yaşa göre değişiklik gösterir. Çocukluk çağında yaşa göre kaşıntıya sebep olabilecek olası patolojiler Tablo 2'de özetlenmiştir.

Hikayede aşağıdaki hususlar sorgulanmalıdır (3,22):

- 1- Kaşıntı lokalize mi (lokalize dermatoz, bölgesel enfeksiyonlar) veya jeneralize mi?
- 2- Diğer aile bireylerinde de kaşıntı var mı?
- 3- Kaşıntının uykuya etkisi? (somatoform kaşıntılarda uyku bozukluğu beklenmez)
- 4- Çocuğu ve/veya ailenin tanı almış hastalıkları nelerdir? (atopik, sistemik, psikiyatrik, diğer)
- 5- Kaşıntının başlangıç zamanı (akut, kronik) ve şiddeti?

6- Çevresel koşullar? (şehir/köy yaşamı, evcil hayvan, mevsimlere göre değişiklik gösteren belirtiler, stres oluşturacak durumlar, vb)

7- Çocuğun kıyafetleri (pamuklu, yünlü, sentetik, diğer), banyo alışkanlıkları (sıklığı, ısısı, süresi)

8- Cilt bakımı için kullanılan ürünler

9- Başka tetikleyici faktörler (gıdalar, travma, sıcak/soğuk maruziyeti, egzersiz)

10- Kreş veya okulda enfeksiyon maruziyeti, kaşıntıya yol açabilecek enfeksiyon varlığı

11- Hastanın genel sağlık durumu (kronik hastalıklar, malignite, immün yetmezlik)

12- Hastanın şimdiye kadar aldığı tedaviler ve tedavi süreleri

13- İlaça bağlı kaşıntı düşünülüyorsa ilacın kaçınıcı dozunda ve ilaç alımından ne kadar sonra şikayetlerin görüldüğü

14- Ateş, halsizlik ve B semptomlarının (gece terlemesi, kilo kaybı) eşlik edip etmediği

Fizik muayenede baştan ayağa, anogenital bölge dahil tüm vücudun, mukozaların, saçlı deri, saç ve tırnakların inspeksiyonu gerekmektedir. Primer ve sekonder cilt lezyonları ile sistemik hastalıklara işaret eden cilt bulguları kaydedilmelidir. Ayrıca sistemik muayene yapılarak karaciğer, dalak, böbrekler ve lenf bezleri palpe edilmektedir (3). Kaşıntı şiddeti çoğunlukla vizuel analog skala (VAS) ya da numerik değerlendirme skalası ile belirlenir.(3)

Laboratuvar tetkikleri şüphelenilen hastalığa göre seçilir. Altta yatan sistemik hastalık açısından hemogram, böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri, idrar analizleri bakılabilir. Gereklilikte cilt biyopsileri de tanı için yapılabilir. İmmün yetmezlik, malignite, gıda ya da ilaç alerjileri düşünülen hastalar ileri araştırmalar için sevk edilmelidir.

Çocuklarda Kaşıntı Tedavisi

Çocuklarda vücut ağırlığına göre vücut alanının büyüktür. Ayrıca infant döneminde epidermis ve stratum korneum daha ince ve korneositler daha küçüktür. Yetişkinlere göre infant çağında doğal nemlendirici faktörler ve yüzey lipid konsantrasyonu daha düşüktür. Yüksek pH, yüksek proliferasyon hızı, yüksek transepidermal su kaybı da eklenince epidermal bariyer fonksiyonu bozulmaktadır. Bütün bu faktörler çocuğun cildine iritan ve alerjenler ile enfeksiyöz ajanların girişini kolaylaştırmakta ve topikal uygulanan ilaçların ve emolyenlerin emilimini arttırmaktadır. (22)

A. Genel Önlemler

Kaşıntı tedavisinde ilk basamak cilt kuruluğunu ve iritasyonunu önlemektir. Bu nedenle sık sık fazla sıcak olmayan, kısa süreli (10-20 dakika) duş almak önerilir. Yumuşak, tahriş etmeyen kıyafetler giyilmelidir. Cilt günlük olarak nemlendirilmelidir (3). Erken çocukluk döneminde emolyentler parfüm, boya ve koruyucu madde içermemelidir (22). Emolyenlerin antipruritik etkisi olmasa da stratum korneum bütünlüğünü korumaları ve cilt kuruluğunu gidermeleri kaşıntıyı azaltmaktadır (22). %3-10 konsantrasyonlarda üre cilt nemlenmesini sağlar, ve antipruritik etki gösterir. Ancak açık yaralara sürüldüğünde yanma hissi olabilir.

B. Lokal Tedaviler

Lokal anesteziklerin antipruritik etkisi atopik dermatit gibi hasta deride sınırlıdır, ancak notalgia parestetica gibi lokal lezyonlarda iyi sonuç verir. %2-10luk polidokanol, %3 üre ile kombine olarak tercih edilir (3). Antimikrobiyal etkili maddeler, cildin bakteriyel veya mikotik (süper) enfeksiyonlarının terapisi için geliştirilmiştir ki bunlar kaşınan dermatozlarda arada sırada ekstra olarak ortaya çıkabilir. Antiseptikler arasında clioquinol, kinolin sülfat, triklosan ve klorheksidin yer alır. Polividon iyot, çocuklardaki aşınmış deri ve mukoza üzerinde geniş çaplı veya tekrarlanan kullanımda, özellikle de 6 aylıktan küçüklerde kullanılmamalıdır. Antibakteriyel maddeler, metronidazol, clindamycin, eritromisin gibi bakteriostatik etken maddelerden tutun bacitracin gibi bakterisit etken maddelere kadar uzanır. Eritromisin, basitrasin, fusidik asit ve polimiksin B gibi maddeler çocuklarda topikal olarak onaylanmıştır. Deneyimlerimize göre fusidik asit çocukluk döneminde seçilecek topikal antibiyotiktir. Topikal antimikotik olarak örn. klotrimazol, ketokonazol, mikonazol, siklopiroks gibi yaygın bulunan preparatlar çocuklara verilebilir (2). Taş kömür katranı, emzirilen bebeklerde toksik yan etkiler nedeniyle ve küçük çocuklarda da 4 haftadan daha uzun bir süre boyunca kullanılmamalıdır. Liquor carbonis detergens (LCD), %3 oranında

Tablo 2: . Çocukluk çağında yaşa göre kaşıntıya sebep olabilecek olası patolojiler

Yenidoğan/Süt Çocuğu	Çocuk bezi dermatiti, mantar enfeksiyonları (öncelikle kandidiyaz), atopik dermatit, seboreik dermatit, mastositoz, Wiskott-Aldrich Sendromu
Küçük çocuklar	Atopik dermatit, skabiyez, pediküloz, varisella, mastositoz, strobulus infantum, Gianotti-Crosti Sendromu, Laterothorakal egzantem, kabarcıklanma oluşturan otoimmün dermatit
Çocuk	Atopik dermatit, skabiyez, pediküloz, varisella, prurigo nodularis, Psoriasis vulgaris, strobulus infantum, kabarcıklanma oluşturan otoimmün dermatit
Adolesanlar	Atopik dermatit, seboreik dermatit, Psoriasis vulgaris, liken simpleks kronikus, pitiriazis rosea, diskeratozis folikularis, Darier hastalığı

konsantrasyon olarak çocuklar tarafından iyi şekilde tolere edilebilir, ancak taş kömürü katranı kadar aynı yüksek derecede antipruritik etkiye sahip değildir. Topikal antihistaminikler, artan bir eğilimle sık şekilde kaşıntıyı azaltmak için krem ve merhemlere ilave olarak kullanılır. Dimetinden maleat, kaşıntı yoğunluğunu azaltır, ancak atopik dermatit üzerinde etkisi yoktur (2). İnflamatuvar dermatozlarda topikal kortikosteroidler tercih edilmelidir (3). Çocuklarda steroidli pomadlar, güçlülük derecesine göre hafiften güçlüye 7 sınıfta incelenmektedir. Çocuklukta, hafif (sınıf 1, 2) orta kuvvete kadar (sınıf 3) glukokortikosteroidler kullanılabilir. Güçlü şekilde etkili olan glukokortikosteroidler (örn. deksametazon, triamsinolon, fluosinonid, desoximethason, bethasonvalerat) çocukluk döneminde kullanılmamalıdır. Zayıf glukokortikosteroidler (örn. hidrokortizon, desonid) yüz bölgesi ve kıvrım bölgelerde (kasık bölgeleri, koltuk altları, meme altı bölgeleri) kullanılabilir. Orta kuvvetteki glukokortikosteroidler (örn. mometazon furoat, metilprednisolon, prednikarbat) diğer vücut bölgelerinde ve örn. likenleşmiş plaklar için avuç içi ve ayak tabanı gibi bölgelerde kullanılabilir. Ölçüsüz şekilde güçlü topikal glukokortikosteroidler kontrolsüz biçimdeki uzun süreli kullanımı cilt atrofisi, telanjyektazi, striae distensae (deri çatlakları), hipertrikoz, akne benzeri cilt lezyonları ve taşıflaksi gibi yan etkilere neden olabilir. Çocuklarda ciltten emilimin fazla olduğu ve topikal preparatların bu nedenle sistemik kortikosteroidler gibi adrenal supresyon, büyüme gelişme geriliği gibi sistemik etkiler gösterebileceği akıldan çıkarılmamalıdır. Topikal steroidler, herpes simplex, herpes zoster (zona), varisella (suçiçeği) gibi viral enfeksiyonlar ile rosecea, perioral dermatit gibi cilt hastalıklarında ve açık yaralarda kullanılmaz (2). Kalsinörin

inhibitörleri pimekrolimus ve takrolimus, hafif ve orta ağırlıktaki atopik dermatit tedavisinde 2 yaş üzeri çocuklar için onaylanmıştır. Tedavi başlangıcında paradoksik geçici kaşıntı yapabilirler. Klinik çalışmalarda seboreik dermatit, genital lichen sclerosus, intertriginous psöriasis ve kutanöz lupus eritematozus için etkinlikleri kanıtlanmıştır. Belirli katran içerikli externalar (<6 yaş), kapsaisin, salisilik asit, güçlü şekilde etken glukokortikosteroidler (örn. deksametazon, triamsinolon, klobetazol propionat), kalsipotriol ve takalsitol (<6 yaş), tazarotene, lindan (heksaklorosikloheksan, <3 yaş), benzil benzoat (<2 yaş) çocukluk çağında kontrendike tedavilerdir (2).

C. Sistemik Tedaviler

Antihistaminikler en sık kullanılan sistemik kaşıntı giderici ajanlardır. Klorfeniramin, klemastin, siproheptadin, difenhidramin, hidrosizin ve prometazin gibi 1. Kuşak antihistaminikler H1 reseptörlerle beraber muskarinik, α -adrenergik, dopamin veya serotonin reseptörlerine de bağlanabildiği için sedasyon yapabilirler. Setirizin, levosetirizin, loratadin, desloratadin, ebastin, feksofenadin ve rupatadin gibi 2. Kuşak antihistaminikler histamin dışı reseptörlerde minimal etki gösterdiklerinden 1. Kuşaklara göre sedatif etkileri daha az ve etki süreleri daha uzundur (3). Nonsedatif H1 antagonistler ürtiker ve mastositoz gibi mast hücre degranülasyonu ile seyreden hastalıklarda kaşıntıyı etkin şekilde azaltsa da bu etkisi için önerilen dozun dört katına çıkmak gerekebilir (3). Atopik dermatitteki kaşıntıda sedatif antihistaminiklerin uykuyu düzelttikleri için daha etkili oldukları gösterilmiştir. Sedatif, anksiyolitik ve antipruritik etkileri nedeniyle hidrosizin en sık kullanılan ajandır. (3) H2 antagonistlerinin H1 antagonistleriyle kombine

Tablo 3: Çocuklarda kaşıntının sistemik tedavisinde kullanılan ajanlar ve yaşa göre önerilen dozları

		<2 yaş	2-6 yaş	6-12 yaş	>12 yaş	Olası endikasyonlar
Antihistaminler	Cetirizin	5 mg/günde	5 mg/günde	5 mg/günde	10 mg/günde	Ürtiker, atopik rinokonjunktivit, semptomatik terapi, örn. atopik dermatitte (güvenli etkinlik kanıtı yok) veya mastositoz
	Levocetirizin	Yok	Yok	5 mg/günde	5 mg/günde	
	Dimetinden maleat	2 mg	1,5-2,5 mg/günde	1,5-2,5 mg/günde	3 mg'ye kadar/günde	
	Hidrosizin	Yok	Yok	25-50 mg/günde	75 mg'ye kadar/günde	
	Desloratadin	Yok	1,25 mg/günde	2,5 mg/günde	5 mg/günde	
	Mizolastin	Yok	Yok	Yok	10 mg/günde	
	Clemastin Hydrogen Fumarate	<1 mg/günde	1,5 mg'ye kadar/günde	3 mg'ye kadar/günde	7 mg'ye kadar/günde	
Steroidler		<1 mg/kg KG	1 mg/kg KG	1-3 mg/kg KG	1-3 mg/kg KG	Atopik dermatit (ağır) akut ürtiker, anafilaktik reaksiyon
Cyclosporin		Açıklama yok	5 mg/kg KG/günde	5 mg/kg KG/günde	5 mg/kg KG/günde	Atopik dermatit, psoriasis (tedaviye dirençli)
Cromoglycin asit		20-40 mg/kg KG	20-40 mg/kg KG	20-40 mg/kg KG	400 mg'ye kadar her gün	Mastositoz

verildiği çalışmalardan çelişkili sonuçlar elde edilmiştir (3). H1 antagonistler ile lökotrien antagonistler ile kombinasyonun ise kronik ürtikerde etkin bulunmuştur (3). Siklosporin A atopik dermatit, psöriazis ve prurigo nodularisin sistemik tedavisi için önerilebilir (3). Olası yan etkileri, böbrek fonksiyon bozuklukları, arteryel hipertansiyon, gastrointestinal bozukluklar, dislipidemi, hipertrikoz ve gingival hiperplazidir (2). Yetişkinde ultraviyole tedaviler, atopik dermatit, prurigo, psöriazis, lichen planus, T hücreli lenfoma, solar ürtiker, idiyopatik ürtiker ve ürtikerya pigmentosa gibi çeşitli hastalıkların tedavisinde kullanılırken (3), çocukta 10 yaş altında kullanımı kontrendikedir (2). Çocuklarda kaşıntının sistemik tedavisinde kullanılan ajanlar ile yaşa göre önerilen dozları Tablo 3’de özetlenmiştir.

Sonuç

Kaşıntı çocukluk çağında yaygın bir yakınmadır. Primer cilt rahatsızlıklarına (enfeksiyöz, enflamatuvar, vb) bağlı olabileceği gibi sistemik hastalıkların bir bulgusu olarak da görülebilir. Hastaya yaklaşım ve tedavi çocuğun yaşına ve hastalığına göre değişiklik göstermektedir.

Kaynaklar

- Weisshaar E, Dalgard F. *Epidemiology of Itch: Adding to the Burden of Skin Morbidity. Acta Derm Venereol* 2009; 89: 339–350
- Weisshaar E, Seeliger S, Diepgen T.L., Luger T.A, Ständer S. *Çocukluk Dönemindeki Pruritus*
- Weisshaar E, Szepletowski JC, Darsow U, Misery L, Wallengren J, Mettang T, Gieler U, Lotti T, Lambert J, Maisel P, Streit M, Greaves MW, Carmichael AJ, Tschachler E, Ring J, Ständer S. *European guideline on chronic pruritus. Acta Derm Venereol* 2012; 92: 563–581
- Bruske I, Standl M, Weidinger S, Klumper C, Hoffmann B, Schaaf B, et al. *Epidemiology of urticaria in infants and young children in Germany—results from the German LISplus and GINplus Birth Cohort Studies. Pediatr Allergy Immunol* 2014;25:36-42.
- Shin M, Lee S. *Prevalence and Causes of Childhood Urticaria. Allergy Asthma Immunol Res.* 2017 May;9(3):189-190.
- Şaekesen C, Şekerel BE, Orhan F, Kocabaş CN, Tuncer A, Adaloğlu G. *The Etiology of Different Forms of Urticaria in Childhood. Pediatric Dermatology Vol. 21 No. 2 102–108, 2004*
- Jirapongsananuruk O, Pongpreuksa S, Sangacharoenkit P, Visitsunt-horn N, Vichyanond P. *Identification of the etiologies of chronic urticaria in children: A prospective study of 94 patients. Pediatr Allergy Immunol* 2010; 21: 508–514..
- Şahiner UM, Civelek E, Tuncer A, Yavuz ST, Karabulut E, Şaekesen C, Şekerel BE. *Chronic Urticaria: Etiology and Natural Course in Children. Int Arch Allergy Immunol* 2011;156:224–230
- Kim J, Kim BE, Leung DYM. *Pathophysiology of Atopic Dermatitis: Clinical Implications. Allergy Asthma Proc.* 2019 Mar. 1;40(2):84-92
- Van TC, Tat TN, Lan AT, et al. *Superantigens of Staphylococcus Aureus Colonization in Atopic Dermatitis and Treatment Efficacy of Oral Cefuroxime in Vietnamese Patients. Open Access Maced J Med Sci* 2019 Jan. 20;7(2):243-246
- Brusky DMV, et al. *Cross-Cultural Adaptation And Validation Of The Itching Severity Scale In Children And Adolescents With Atopic Dermatitis. Rev Paul Pediatr.* 2017;35(3):244-251
- Roduit, C., Frei, R., Loss, G., Büchele, G., Weber, J., Depner, M., ... Lauener, R. (2012). *Development of atopic dermatitis according to age of onset and association with early-life exposures. Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 130(1), 130–136.e5.
- Tada J. *Diagnostic Standard for Atopic Dermatitis JMAJ* 45(11): 460–465, 2002
- Kang, K., & Tian, R. (1987). *Atopic Dermatitis. International Journal of Dermatology*, 26(1), 27–32.
- Takeuchi, S., Oba, J., Esaki, H., & Furue, M. (2015). *Pruritus of patients with atopic dermatitis in daily life and their experience of therapeutic effects: results of a web-based questionnaire survey. British Journal of Dermatology*, 173(1),
- Atherthon DJ, Bieber T, et al. *Severity scoring of atopic dermatitis: the SCORAD index. Consensus Report of the European Task Force on Atopic Dermatitis. Dermatology.* 1993;186(1):23-31.
- Bergmann MM, Caubet JC, Boguniewicz M, Eigenmann PA. *Evaluation of Food Allergy in Patients with Atopic Dermatitis. J Allergy Clin Immunol Pract.* 2013 Jan; 1(1):22-8.
- Archer E, Chuang TY, Hong R. *Severe Eczema in A Patient With Di-George’s Syndrome. Cutis.* July 1990. 45(6):455-9
- Bellou A, Kanny G, Fremont S, Moneret-Vautrin DA. *Transfer of Atopy Following Bone Marrow Transplantation. Annals of Allergy, Asthma&Immunology.* 1997.78(5).513-16
- Rudikoff D. *The Relationship Between HIV Infection and Atopic Dermatitis. Current Allergy and Asthma Reports* 2002, 2:275–281
- Saleem HMK, Shahid MF, Shahbaz A, Sohail A, Shahid MA, Sachmechi I. *Netherton Syndrome: A Case Report and Review of Literature. Cureus* 2018 Jul 30;10(7):e3070
- Fölster-Holst, R. (2016). *Itch Management in Childhood. Current Problems in Dermatology*, 173–191.
- Kato M, Kimura H, Seki M, Shimada A, et al. *Omenn Syndrome-Review of Several Phenotypes of Omenn Syndrome and RAG1/RAG2 Mutations in Japan. Allergol Int.* 2006 Jun;55(2):115-9
- Schwartz RA, Janusz CA, Janniger CK. *Seborrheic Dermatitis: An Overview. Am Fam Physician* 2006;74:125-30
- Foley P, Zou Y, et al. *The Frequency of Common Skin Conditions in Preschool-aged Children in Australia Arch Dermatol.* 2003;139:318-322
- Mortz CG, Andersen KE. *Allergic contact dermatitis in children and adolescents. Contact Dermatitis*, 1999, 41, 121–130
- Weston W L, Weston J A. *Allergic contact dermatitis in children. Am J Dis Child.* 1984;138:932–936.
- Addepally NS, Klair JS, Girotra M et al. *Systemic Mastocytosis Causing Refractory Pruritus in a Liver Disease patient. ACG Case Rep J.* 2016 Nov 23;3(4):e152
- Haşlak F, Özçeker D, Tamay Z. *Süt Çocuğunda Ender Bir Döküntü Nedeni: Kutanöz Mastositoz. Çocuk Dergisi* 14(3):116-120, 2014
- Osier E, Wang AS, Tollefson MM, et al. *Pediatric Psoriasis Comorbidity Screening Guidelines. JAMA Dermatol.* 2017 Jul 1;153(7):698-704
- Chiam LY, de Jager ME, Giam YC, de Jong EM, van de Kerkhof PC, Seyger MM. *Juvenile psoriasis in European and Asian children: similarities and differences. Br J Dermatol.* 2011 May;164(5):1101-3.
- Wu Y, Lin Y, Liu HJ, Huang CZ, Feng AP, Li JW. *Childhood Psoriasis: A Study of 137 Cases From Central China. World J Pediatr.* 2010 Aug;6(3):260-4.
- Kliegman RM, Stanton BF, Schor NF, Behrman RE. *Nelson Textbook of Pediatrics* 19th edition p1108
- Şahin MT, Türel Ermertcan A, Kapulu N, Öztürkcan S. *Son 5 Yılda Pityriyazis Rozea Tamsı Alan Hastaların Retrospektif Değerlendirilmesi. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2002; 3(3) : 21 – 23
- Zeidler, C., Yosipovitch, G., & Ständer, S. (2018). *Prurigo Nodularis and Its Management. Dermatologic Clinics*, 36(3), 189–197.
- Kaya Erdoğlan H, Bulur I, Karapınar T. *Ürtikerya Pigmentozayı Taklid Eden Skabiyez İnkognito. Türkiye Klinikleri J Pediatr.* 2018;27(1):31-4
- Wojtowicz-Prus E, Kuliś-Pstrusińska K, Reich A, et al. *Chronic Kidney Disease-associated Pruritus in Children. Acta Derm Venereol* 2016; 96: 938–942
- Thébaud A, Debray D, Gonzales E. *An update on the physiopathology and therapeutic management of cholestatic pruritus in children. Clinics and Research in Hepatology and Gastroenterology* (2018) 42, 103–109.
- Schneider JC, Nadler DL, Herndon DN, et al. *Pruritus in Pediatric Burn Survivors: Defining the Clinical Course. J Burn Care Res.* 2015 Jan-Feb;36(1):151-8