



Pediatristler için tanı ya da tedavisi zor deri lezyonları

Skin lesions difficult to diagnose or treat for pediatricians

Atiye Oğrum

Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Tokat, Turkey

Özet

Amaç: Çocukluk çağındaki deri lezyonları, deri hastalığı nedeni veya diğer hastalıklara bağlı olabilir. Lezyonların tanısı, erken ve etkin tedavisi için önemlidir. Bu çalışmanın amacı dermatoloji kliniğine tanı ya da tedavi amacıyla danışılan çocuk hastalardaki deri lezyonlarının değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem: Ocak 2014-Aralık 2017 tarihleri arasında çocuk sağlığı ve hastalıkları kliniğinden dermatoloji kliniğine yapılan konsültasyonlara ait hasta verileri retrospektif olarak tarandı. Verilerde eksiklik bulunmayan hastalar çalışmaya dahil edildi.

Bulgular: Değerlendirmeye alınan 500 hastanın 226'sı (%45,2) kız, 274'ü (%54,8) erkekti. Hastaların yaş aralığı bir gün ile 17 yıl arasında değişmekte olup, yaş ortalaması 5,14±4,7 yıl idi. Hastaların 425'i (%85) ayaktan başvuran poliklinik hastası, 75'i (%15) yatan hastaydı. Yüz otuz hastada (%26), klinikler arası tanı uyumu gözlenirken, 73 hastada (%14,6) kliniklerin tanıları farklıydı. Hastaların 297'sinin (%59,4) konsültasyon istem notunda tanı/öntanı yoktu. En sık danışılan hastalıklar sıklık sırasına göre, ekzemalar, enfeksiyonlar, böcek ısırığı reaksiyonları, kserosis kutis (deri kuruluğu) ve tırnak hastalıklarıydı.

Sonuç: Jeneralize döküntü ile seyreden hastalıklar ve ekzemaların ayırıcı tanısı ve tedavisine yönelik bilgi düzeyi artırılmalıdır. Böcek ısırıkları hem lokalize hem de jeneralize döküntülerin ayırıcı tanısında düşünülmelidir.

Anahtar Sözcükler: Çocuk, deri hastalığı, deri lezyonu, dermatoloji, konsültasyon.

Deri lezyonları ve deriye yönelik şikayetler, deri hastalığı ile doğrudan ilişkili ya da diğer hastalıkların deride neden olduğu değişikliğe bağlı olarak ortaya çıkabilir.^[1-3] Deri lezyonlarının ayırıcı tanısında klinik tecrübenin payı yüksek olduğundan tanıda zorluklar yaşanabilir. Çocuklarda deri ile ilgili şikayet veya lezyon varlığında ebeveynlerin bir bölümünün ilk başvuru noktası çocuk sağlığı ve hastalıkları poliklinikleri olabilir. Bu vakaların bir bölümünde olası tanıyı doğrulama, tanıya ulaşma ya da tedavi planlama noktasında dermatolo-

Abstract

Introduction: Skin lesions in childhood may be due to an isolated skin disease or other diseases. Diagnosis of these lesions is important because of early and effective treatment. The aim of this study is to evaluate pediatric skin lesions leading to dermatology consultations for diagnosis or treatment.

Methods: Patient data of consultations from pediatrics clinic to dermatology clinic between January 2014 - December 2017 was obtained retrospectively. Patients with no missing data were included in the study.

Results: Of 500 child patients, 226 (45.2%) were girls and 274 (54.8%) were boys. Their ages varied between one day and 17 years, and the mean age was 5.14±4.7 years. The number of outpatient and inpatient consultations were 425 (85%) and 75 (15%), respectively. In 130 patients (26%), pediatrics and dermatology clinics had the same diagnosis; however, in 73 patients (14.6%), two clinics had different diagnosis. In 297 patients (59.4%), there was no diagnosis / pre-diagnosis in the consultation note. The most common skin diseases diagnosed after consultation were eczema, infections, insect bite reactions, kserosis cutis (dry skin) and nail diseases, respectively.

Discussion and Conclusion: Knowledge about the differential diagnosis and treatment of generalized skin rashes and eczemas should be improved. Insect bites should be considered in the differential diagnosis of both localized and generalized skin rashes.

Keywords: Child, skin disease, skin lesion, dermatology, consultation.

ji kliniği desteği alınması gerekebilir.^[4,5] Bu çalışmanın amacı, uzman ya da uzmanlık eğitimi alan pediatri hekimlerinin dermatoloji görüşü alma ihtiyacı hissettikleri deri lezyon / şikayetlerinin belirlenmesi, tanı ya da tedavi konusunda görüş ihtiyacı hissettikleri hastalık gruplarının saptanması ve bu hastalık gruplarında ayırıcı tanıda fayda sağlayabilecek ipuçlarının dermatolog gözüyle değerlendirilmesidir. Bu sayede pediatri hekimlerine deri lezyonlarına ilişkin düzenli teorik ve / veya klinik bilgi desteğinin sağlanacağı alanlar belirlenebilir,



uzmanlık eğitimi alan pediatri hekimlerinin dermatoloji rasyonunda klinik tecrübelerini artırmanın fayda sağlayacağı hastalık grupları saptanabilir. Ayrıca deri lezyon/şikayetlerine yönelik klinik yaklaşım iyileştirilerek hasta tanı ve tedavisine yönelik daha hızlı ve etkin çözümler elde edilebilir.

Gereç ve Yöntem

Çalışmaya Ocak 2014-Aralık 2017 tarihleri arasında Gaziosmanpaşa Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi çocuk sağlığı hastalıkları kliniğinden dermatoloji kliniğine konsültasyonla danışılan 18 yaş altı hastalar dahil edildi. Hastalara ait kayıtlar retrospektif olarak tarandı. Hasta verileri (ad-soyad, cinsiyet, yaş) ve hastalığa ait veriler (deri şikayetinin lokalizasyonu, şikayetin yaygınlık durumu, dermatoloji kliniği tanısı, çocuk sağlığı ve hastalıkları kliniği ile tanı uyumu) kaydedildi. Verilerde eksiklik bulunmayan hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastalık tanısında uygulanan yöntemler (anamnez, dermatolojik muayene, nativ preparat, histopatolojik inceleme) kaydedildi.

Çalışma öncesi etik kurul onayı alındı (17-KAEK-197, 06.02.2018 /83116987-059).

Dermatoloji kliniğine yapılan tüm konsültasyonların %9'unun çocuk sağlığı ve hastalıkları kliniğinden yapıldığı öngörüldüğünde; %80 güç, %5 yanılma payı ve 0,039'luk etki büyüklüğü ile örneklem büyüklüğü 495 olarak belirlendi. Dolayısı ile çalışmaya 500 kişinin alınmasına karar verildi. Örneklem büyüklüğü G*power 3.1.2 programı ile hesaplandı.

Verilerin analizi Statistical Package for Social Sciences (SPSS Inc, Chi, IL) version 20 programı ile gerçekleştirildi. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotlar kullanıldı. Sürekli değişkenlere ait veriler ortalama ve standart sapma şeklinde; kategorik değişkenlere ait veriler ise sayı ve yüzde şeklinde verildi.

Bulgular

Çalışmada 274'ü (%54,8) erkek, 226'sı (%45,2) kız olmak üzere 500 çocuk hasta mevcuttu. Hastaların yaş aralığı bir gün ile 17 yıl arasında değişmekte olup, yaş ortalaması 5,14±4,7yıl idi.

Hastalık tanısına en sık (%91) anamnez ve dermatolojik muayene ile ulaşılırken, fungal enfeksiyon, vaskülit ve ilaç erüpsiyonu tanılarına ek incelemelerle (histopatolojik inceleme, nativ preparat) ulaşıldığı saptandı.

Konsültasyonların 425'ini (%85) poliklinik başvurusu yapan hastalar, 75'ini (%15) yatan hastalar oluşturmaktaydı.

Deri lezyon/şikayeti 360 hastada (%72) sınırlı bir alanda iken, 140 hastada (%28) vücutta yaygın dağılım göstermekteydi.

Tutulan vücut bölgesi değerlendirildiğinde, 143 hastada (%28,6) lezyonlar yaygınken; 170 hastada (%34) ekstremitelerde, 70 hastada (%14) yüz, 36 hastada (%7,2) gövde, 26 hastada (%5,2) saçlı deri, 24 hastada (%4,8) anogenital, 21 hastada (%4,2) tırnak, 10 hastada (%2) oral mukozada lezyon/şikayet mevcuttu.

En sık danışılan hastalık grupları sırasıyla; dermatitler, enfeksiyonlar, böcek ısırığı reaksiyonları, kserosis kutis ve tırnak has-

Tablo 1. Konsültasyonda saptanan hastalık grupları

Hastalık grubu	Hasta sayısı	Hasta oranı (%)
Ekzema	108	21,6
Enfeksiyon	93	18,6
Böcek ısırığı reaksiyonu	61	12,2
Kserosis kutis	53	10,6
Tırnak hastalıkları	18	3,6
Ürtiker	16	3,2
Vaskülit	15	3
Enfestasyon	11	2,2
İlaç reaksiyonları	10	2
Diğer	115	23
Toplam	500	100

talıklarıydı. Konsültasyonda saptanan hastalık grupları Tablo 1'de gösterildi.

Bulaş riski taşıyan 104 hastalık (%20,8) etiyojisine göre sınıflandırıldığında; 50'sinin (%10) viral, 24'nün (%4,8) bakteriyel, 19'unun (%3,8) fungal ve 11'inin (%2,2) paraziter orijinli olduğu saptandı.

Konsültasyon ile danışılan hastaların klinikler arası tanı uyumu değerlendirildiğinde; 130 hastada (%26) klinikler arası tanı uyumu varken, 73 hastada (%14,6) her iki kliniğin hastalık tanısının farklı olduğu saptandı. Hastaların 297'sinde (%59,4) ise konsültasyon istemi sırasında öntanı/tanının belirtilmediği gözlemlendi. Jeneralize döküntüyle seyreden ilaç reaksiyonları, viral ekzantemler, ürtiker ve böcek ısırığı reaksiyonları konsültasyon istemi sırasında öntanı/tanı belirtilmeyen ya da klinikler arası tanı uyumunun nadir gözlemlendiği hastalık gruplarıydı. Konsültasyonda öntanı/tanı belirtme durumu ve klinikler arası tanı uyumu Tablo 2'de gösterildi.

Tartışma

Dermatoloji ve çocuk sağlığı ve hastalıkları kliniği, gerek deriyi ilgilendiren ortak hastalıklar, gerekse deri dışı hastalıkların neden olduğu deri şikayet ve bulguları nedeniyle sıkı ilişki içerisinde olan kliniklerdir.^[4,5] Yatan hastaların dermatoloji kliniğinden istenen konsültasyonlarının retrospektif olarak değerlendirildiği, Türkiye'den bir çalışmada, çocuk sağlığı ve hastalıkları kliniğinin, dahiliye, göğüs hastalıkları ve acil servisten sonra, en sık konsültasyon isteyen dördüncü klinik olduğu bildirilmiştir.^[6]

Pediyatrik yatan hastalardaki deri şikayetlerinin sıklığı ve spektrumunu değerlendiren ve bu konudaki bilgi ve farkındalık düzeyini artırmayı amaçlayan çok sayıda retrospektif araştırma mevcuttur.^[7-9] Bunlardan McMahon ve ark.'nın^[7] yaptığı çalışmada enfeksiyonlar, atopik dermatitin de dahil olduğu dermatitler, vasküler anomaliler ve ilaç reaksiyonları pediatrik yatan hastalarda en sık konsültasyon nedeni olan hastalık grupları olarak bildirilmiştir. Srinivas ve ark.'nın^[6] retrospektif olarak dermatoloji kliniğine konsültasyonla danışılan 486 çocuk hastayı değerlendirdiği çalışmalarında ise, en sık danışılan

Tablo 2. Konsültasyonda tanı/öntanı belirtme durumu ve klinikler arası tanı uyumu

Hastalık grubu	Hastalık alt grubu	Hastalık	Tanı/öntanı yok*		Uyumsuz [†]		Uyumlu [‡]		Toplam hasta sayısı	
			n	%	n	%	n	%		
Ekzema		Atopik dermatit	22	50	0	0	22	50	44	
		Kontakt dermatit	28	90,3	1	3,3	2	6,4	31	
		Seboreik dermatit	16	100	0	0	0	0	16	
		Diaper dermatit	2	25	0	0	6	75	8	
		Numuler dermatit	4	100	0	0	0	0	4	
		Perianal dermatit	4	100	0	0	0	0	4	
		Fitofotodermatit	0	0	1	100	0	0	1	
Enfeksiyon	Viral	Anogenital siğil	0	0	1	50	1	50	2	
		Verruka vulgaris	1	10	0	0	9	90	10	
		Herpes virus enfeksiyonu	3	42,8	1	14,4	3	42,8	7	
		Molluskum contagiosum	4	80	1	20	0	0	5	
		El ayak ağız hastalığı	5	35,7	4	28,6	5	35,7	14	
		Eritema infeksiyosum	3	75	1	25	0	0	4	
		Varisella	0	0	2	50	2	50	4	
	Bakteriyel	Roseola infantum	2	50	1	25	1	25	4	
		Folikülit	8	80	1	10	1	10	10	
		İmpetigo	8	88,9	0	0	1	11,1	9	
		Kızıl	0	0	0	0	1	100	1	
		Akut paronişi	2	100	0	0	0	0	2	
		Selülit	0	0	0	0	1	0	1	
		SSSS	0	0	0	0	1	0	1	
		Fungal	İntertrijöz kandidiasis	1	33,3	2	66,7	0	0	3
			Tinea (kapitis/korporis/pedis)	6	75	0	0	2	25	8
			Onikomikoz	1	50	0	0	1	50	2
Pitriasis versikolor	5		83,3	1	16,7	0	0	6		
Böcek ısırığı reaksiyonu		Böcek ısırığı	38	62,3	19	31,1	4	6,6	61	
Kserosis kutis		Kserosis kutis	37	69,8	4	7,6	12	22,6	53	
Tırnak hastalıkları		Beau çizgileri	2	66,7	1	33,3	0	0	3	
		Onikodistrofi	3	42,8	3	42,8	1	14,4	7	
		Onikomadezis	5	83,3	1	16,7	0	0	6	
		Subungual hematom	1	100	0	0	0	0	1	
		Trakionişi	1	100	0	0	0	0	1	
Ürtiker		Akut Ürtiker	5	31,3	4	25	7	43,7	16	
Vaskülit		Akut infantil hemorajik ödem	2	66,7	1	33,3	0	0	3	
		Lökositoklastik vaskülit	3	30	0	0	7	70	10	
		Ürtikeryal vaskülit	1	50	1	50	0	0	2	
İlaç ilişkili durumlar		İlaç erüpsiyonu	8	80	1	10	1	10	10	
Enfestasyon		Skabiyez	4	40	5	50	1	10	10	
		Pedikülozis	0	0	0	0	1	100	1	
Diğer [¶]			62	53,9	16	14	37	32,1	115	
Toplam			297	59,4	73	14,6	130	26	500	

*: Konsültasyon istem notunda tanı/öntanı belirtilmemiş; †: Öntanı/tanıda klinikler arası uyum yok; ‡: Öntanı/tanıda klinikler arası uyum var; §: Staflokoksik haşlanmış deri sendromu; ¶: Tekrarlayan oral aft, miliaria, pitriazis alba, pitriazis rosea, eritema nodosum, mastositoz, iktiyozis, akne, hemanjiom, travmatik bül, hidroa vaksiniforme, eritema toksikum neonatarum, palmar peeling, psorizis, alopesi areata, bölgesel hiperhidroz, prurigo, granuloma annulare, perleş, pernio, intertrigo, juvenil bahar erüpsiyonu, aplazia kutis konjenita, atrofik glossit, morfea, nevus depigmentozus, piezojenik pedal papül, pigmente purpurik dermatoz, pilomatrikoma, polimorf ışık erüpsiyonu, terra firma forme dermatozu, yanık, yenidoğanın subkutan yağ nekrozu, epidermolizis bülloza, eritema multiforme, akantozis nigricans, albinizm.

hastalık grupları; enfeksiyonlar, acil dermatolojik durumlar ve genodermatozlar olarak bildirilmiştir. Türkiye’de ikinci basamak bir çocuk hastanesindeki 539 hastanın dermatoloji kliniğine yapılan konsültasyonlarının, retrospektif olarak değerlendirildiği çalışmada; en sık konsültasyon nedeni olan hastalık atopik dermatit ve diğer dermatitler iken, bunu vaskülitler, ilaç erüpsiyonları, enfeksiyonlar ve ürtiker tanılarının izlediği bildirilmiştir.^[8] Çalışmamızda, en sık saptanan hastalık grupları; dermatitler, enfeksiyonlar ve böcek ısırığı reaksiyonlarıydı. Bazı çalışmalarda daha yüksek oranda bildirilen vaskülit, ilaç erüpsiyonu, acil dermatolojik durumlar gibi tabloların bu çalışmada daha düşük oranda gözlenmesinin, konsültasyonla danışılan hastaların %85’inin ayaktan poliklinik başvurusu yapan ve olasılıkla klinik tablonun daha hafif olduğu hasta grubu olmasıyla ilişkilendirilebileceğini düşünüyoruz. Bununla birlikte, poliklinik ağırlıklı hasta değerlendirmesinin, pediatri hekimlerinin günlük pratikte daha sık karşılaştıkları deri şikayet/lezyonlarının saptanması açısından daha faydalı bir değerlendirme olacağı kanaatindeyiz.

Konsültasyonla danışılan en sık hastalık grubu ekzemalar olup, ekzemalarda ilk üç sırayı, atopik, kontakt ve seboreik dermatit almaktaydı. Atopik dermatitin etiopatogenezi oldukça karmaşıktır ve günümüzde hâlen tamamıyla aydınlatılmış değildir.^[10] Hastalığın patogenezinde etkili olan faktörler genetik yatkınlık, çevresel faktörler, epidermal bariyer fonksiyon bozukluğu ve immün disregülasyondur.^[11] Hastalığın tedavisi çok yönlü yaklaşım gerektirmekte olup; bunlar tetikleyici faktörlerin eliminasyonu, deri bariyerinin yenilenmesi ve derinin hidrasyonu, hasta eğitimi ve deri inflamasyonunun farmakolojik tedavisini içerir.^[12] Tetikleyici faktörlerin eliminasyonu aşamasında; sıcak ve düşük nemden kaçınılması, stafilokokkus aureus ve herpes simpleks virüs gibi deri enfeksiyonlarının tedavisi, sedasyon ve kaşıntı azaltma amaçlı sedatif oral antihistaminik kullanımı ile stres ve anksiyetenin giderilmesi yer alır.^[12] Aeroallerjen ve gıda allerjilerinin atopik dermatitte atağı şiddetlendiren faktörler olduğu konusu ise tartışmalıdır.^[13,14] Deri hidrasyonunu sağlamada emolyenler günde bir-üç kez uygulanmalıdır.^[15] En iyi uygulama banyodan çıktıktan hemen sonraki beş dakika içinde, fazla su bir havluyla silindikten sonra, yapılan uygulamadır. Sedatif antihistaminikler kaşıntıyı azaltmasının yanı sıra özellikle uyku probleminin aşılmasını sağlayarak da tedaviye katkıda bulunur.^[15] Farmakolojik tedavide, hafif vakalarda düşük potens topikal kortikosteroidler iki-dört hafta süresince; orta ve ileri şiddette vakalarda orta-yüksek potens topikal kortikosteroidler iki haftayı geçmeyecek süreyle kullanılabilir.^[15] Akut şiddetli alevlenmelerde kısa süreli oral kortikosteroid tedavisi gerekebilir. İdame tedavisi aralıklı düşük potens topikal kortikosteroid ya da topikal immünmodülatörlerle sağlanabilir. Vücudun nemlendirilmesi, atopik dermatitin idame tedavisinde de en önemli yaklaşımlardan biridir.^[16]

Çalışmamızda sık danışılan ekzemalardan olan kontakt dermatitler, pediatrik popülasyonda sık görülmekte olup, allerjik ve iritan olmak üzere iki grupta incelenir.^[17] Kontakt allerjilere karşı gelişen sensitizasyon infant dönemde başlar ve adö-

lesan döneme doğru artarak devam eder.^[18] Sıklıkla atlanan bir tanı olup, tanıya ulaşmada, hikaye ve fizik muayeneye ek olarak deri yama testi kullanılabilir.^[17] Konsültasyonlarda sık gözlenen bir egzema çeşidi olan seboreik dermatit ise, saçlı deri, yüz ve intertrijöz alanlar gibi sebace glandların yoğun olduğu alanlarda, eritemli zeminde yağlı görünümü, sarımsı skuamla karakterizedir.^[19] İnfant dönemde saçlı deri yerleşimine ek olarak, diaper dermatit kliniğinde de görülebilir. Egzemalarda doğru tanıya ulaşmada, hikaye ve dermatolojik muayenenin önemi büyüktür.

İkinci sıklıkta danışılan hastalık grubu enfeksiyonlar olup, konsültasyonda öntanı belirtilmeyen ya da klinikler arası uyum gözlenmeyen en sık enfeksiyon nedeni viral hastalıklardı. Bu grup hastalıklarda konsültasyon isteminde belirtilen en sık ön tanımlar ilaç erüpsiyonu ve ürtikerdi. Bu durumun, viral döküntülü hastalıklarda, döküntü öncesinde gözlenen ateşin nedeni olabilecek bir odak saptanamaması ve verilen ampirik antibiyoterapi sonrası döküntünün ortaya çıkmasıyla klinik tablonun karmaşık hale gelmesi nedeniyle olabileceğini düşünüyoruz. Ayrıca, ilaç erüpsiyonlarının en sık formu olan makülopapüler döküntü, viral ekzantemler ile klinik olarak karışabilir. Viral enfeksiyonların sıklıkla ateşin eşlik ettiği kaşıntısız ve soluk eritemli döküntüyle seyrederken; ilaç erüpsiyonlarında lezyonların sıklıkla kaşıntılı olacağı ve inflamatuvar doku reaksiyonunu işaret eden canlı kırmızı-mor renkte görülebileceğini ve bu klinik özelliklerin iki tabloyu ayırmada faydalı olabileceğini düşünüyoruz. Ayrıca hemogram tetkikinde lökositoz varlığı, enfeksiyon; eozinofil yüksekliği, ilaç erüpsiyonunu destekler laboratuvar bulguları olarak tanıya ulaşmada yardımcı olabilir.

Viral hastalıkların klinik olarak karışabileceği bir diğer hastalık olan ürtiker, kaşıntılı papül ya da plaklarda karakterizedir.^[20] Ayrıca dermal ödemle karakterize ürtikerde kaşıntı ovmayla rahatladığından deride ekskoriasyonun sık gözlenen bir durum olmadığını düşünüyoruz. Ürtikerde lezyonların 1-24 saat içinde kendiliğinden kaybolması tipiktir.^[21] Bu nedenle kaybolmakta olan plakların viral döküntü kliniğini taklit edebileceği ve tanıya ulaşmada zorluğa neden olabileceğini düşünüyoruz. Bundan dolayı lezyonların gün içerisinde yer değiştirip değişmediğinin sorgulanması tanıya ulaşmada ipucu olarak değerlendirilebilir.^[20] Ayrıca bu bulgunun, ürtikeri, lezyonlarda yer değiştirmenin gözlenmediği ilaç erüpsiyonundan ayırmada da faydalı bir bulgu olabileceğini düşünüyoruz. Hastadan net klinik bilginin alınamadığı durumlarda, birkaç adet ürtiker plağı sınırının çizilerek 24 saat sonraki kontrolde plakların kaybolup kaybolmadığının değerlendirilmesi de ürtiker tanısını doğrulamada yararlı olabilir.

El ayak ağız hastalığında tuttuğu lokalizasyonlar nedeniyle tipik vakaların tanısı kolay olmakla beraber, bu lokalizasyonlar dışında da lezyonların görüldüğü atipik vaka varlığı da akıldan tutulmalı ve yaygın deri döküntüsünün görüldüğü hastalıkların ayırıcı tanısında düşünülmelidir.^[22]

Semptomatik olduğunda şiddetli tabloyla seyredabilen primer herpes virüs enfeksiyonu, sıklıkla ilk 6 yaşta geçirilmek-

te olup, çoğunlukla ilk atak asemptomatiktir.^[23] Semptomatik geçirildiğinde ise, yaygın oral aftı taklit eden akut gingivostomatit tablosu şeklinde ortaya çıkar.^[24] Bu çalışmada bir hastada primer herpes virüs enfeksiyonu saptanmış olup, oral aft tedavisiyle klinik düzelme saptanmayan hastada klinik tablo sistemik antiviral tedaviyle hızla gerilemiştir. Çocukluk yaş grubunda klinik olarak ateşin eşlik ettiği ve oral aft benzeri multiple yaygın erozyon ve ülserasyon varlığında primer herpes virüs enfeksiyonunun ayırıcı tanıda düşünülmesinin faydalı olabileceğini düşünüyoruz.

Fungal enfeksiyonlardan olan intertriginöz kandidiazis, sıklıkla diaper dermatit öntanı/tanısıyla danışılmıştı. Lezyon çevresinde satellit papül ve püstüllerin varlığı, diaper dermatit üzerine eklenen kandidal enfeksiyon açısından destekleyici bir bulgu olarak akılda tutulmalıdır.^[24]

Konsültasyon tanılarının %12'sini oluşturan böcek ısırığı reaksiyonlarında dermatoloji ile uyumlu tanı oranı oldukça düşük olup, 61 hastanın dördünde (%6,6) tanı uyumu gözlemlendi. Bu grubun konsültasyon notunda en sık belirtilen öntanı/tanıların ilaç erüpsiyonu, ürtiker ve selülit olduğu saptandı. Böcek ısırığı reaksiyonlarının sıklıkla yaz aylarında görülür ve ekstremiteler gibi vücudun distal ve açık alanlarına lokalize olma eğilimindedir.^[25] Dikkatli muayene ile lezyon ortasında, böcek ısırığına bağlı gelişen pikür izinin görülmesi de tanıya ulaşmada faydalı olabilir. Klinik olarak kaşıntılı papül dışında ısırığın neden olduğu şiddetli inflamatuvar reaksiyona sekonder olarak eritemli nodül, vezikül ya da bül de gelişebilir.^[25]

Enfestasyon grubunda yer alan hastalıklardan skabiyez 10 hastada saptanmış olup, bu hastaların birinde öntanıda skabiyez vardı. Oldukça bulaşıcı olması nedeniyle skabiyezin erken teşhisinin, sağlık çalışanlarına bulaşın önlenmesi ve hastalığın toplumda yayılımının önüne geçilmesi açısından oldukça önemli olduğunu düşünüyoruz. Özellikle gece şiddetlenen jeneralize vücut kaşıntısı ve aile bireylerinde de benzer şikayetlerin varlığında ayırıcı tanıda skabiyez de düşünülmalıdır.^[26]

Tırnak hastalıkları grubunda danışılan 18 hastadan altısında görülen onikomadezis tablosu, tırnak büyümesinin geçici olarak durması nedeniyle tırnak plağı proksimalinin tırnak matrisinden ayrılmasıyla karakterizedir.^[27] Onikomadezis gelişiminden önceki bir-iki ayda geçirilen viral hastalık sorgusu olası etiyolojik nedeni bulmak açısından faydalı olabilir.^[27] Özellikle el ayak ağız hastalığı sonrası gelişen onikomadezis ile ilgili çok sayıda olgu bildirimini mevcuttur.^[27] Bunun dışında ilaçlar ve tırnağa lokal travma da onikomadezis nedeni olabilir.^[27]

Kısıtlılıklar

Çalışma retrospektif dizaynda ve tek merkezlidir. Çalışmada, sadece konsültasyon ile danışılan hastalar değerlendirmeye alındığından, pediatri polikliniğine başvuran hastalardaki deri şikayeti/lezyon sıklığı, bu başvurulardaki her bir hastalığın oranı ve bu hastalık nedeni konsültasyon istenme oranı hesaplanamamıştır. Bununla birlikte, her iki kliniğin de değerlendirdiği hastaların çalışmaya alınmasının, tanı uyumunun değerlendirilebilmesi açısından daha faydalı olacağını düşünüyoruz.

Sonuç

Sonuç olarak, atopik dermatitin de dahil olduğu dermatitler ile jeneralize deri döküntüsüyle giden hastalıkların tanı ve ayırıcı tanısına yönelik bilgi düzeyinin artırılması faydalı olabilir. Böcek ısırığı reaksiyonları çok farklı kliniklerle karşımıza çıkabileceğinden hem lokalize hem de jeneralize deri döküntülerinin ayırıcı tanısında düşünülmalıdır. Yüksek oranda bulaşıcı olan skabiyez, jeneralize kaşıntıyla gelen hastaların ayırıcı tanısında düşünülmalıdır. Deri lezyonlarında ayırıcı tanının karmaşıklığı nedeniyle, hastaların erken tanı ve etkin tedavisi için, gerekli görülen her durumda konsültasyon hizmetinden yararlanılmasının faydalı olacağı kanaatindeyiz.

Çıkar çatışması: Bildirilmemiştir.

Kaynaklar

1. Çiçek D, Kandi B, Oğuz S, ve ark. Diyabetes mellituslu hastalarda gözlenen deri bulguları. FÜ Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi 2010;24(2):77-80.
2. Şahin EB, Hapa A, Elçin G, ve ark. Lökositoklastik vaskülit: 60 hastanın geriye dönük analizi. Türk Dermatoloji Dergisi 2011;5(4):85-91.
3. Öztürkcan S, Özel F, Doğan S, Seyfikli Z, Hatipoğlu A. Akciğer kanserli hastalarda deri bulguları. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2003;51(1):23-6.
4. Adışen E, Ünal S, Güner MA. Dermatoloji konsültasyonları. Turkerm 2006;40(4):126-9.
5. Çiçek D. Dermatoloji konsültasyonlarının değerlendirilmesi. Fırat Tıp Dergisi 2007;12(3):181-3.
6. Srinivas SM, Hiremagalore R, Venkataramaiah LD, Premalatha R. Pediatric dermatology inpatient consultations: a retrospective study. Indian J Pediatr 2015;82:541-4.
7. McMahon P, Goddard D, Frieden IJ. Pediatric dermatology inpatient consultations: a retrospective study of 427 cases. J Am Acad Dermatol 2013;68(6):926-31.
8. Afsar FS. Analysis of pediatric dermatology inpatient consultations in a pediatric teaching hospital. Arch Argent Pediatr 2017;115(6):e377-84.
9. Peñate Y, Borrego L, Hernández N, Islas D. Pediatric dermatology consultations: a retrospective analysis of inpatient consultations referred to the dermatology service. Pediatr Dermatol 2012;29(1):115-8.
10. Birtekocak F, Uysal P, Büyüköztürk, Karul A. Süt çocuklarında atopik dermatit ağırlığı ile serum TSLP ve TARC düzeyleri arasındaki ilişki. İzmir Doktor Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Dergisi 2016;6(1):28-36.
11. Kulthanan K, Chularojanamontri L, Manapajon A, Nuchkull P. Prevalence and clinical characteristics of adult-onset atopik dermatitis with positive skin prick testing to mites. Asian Pac J Allergy Immunol 2011;29(4):318-26.
12. Tollefson MM, Bruckner AL. Atopic dermatitis: skin-directed management. Pediatrics 2014;134(6):e1735-44.
13. Fu T, Keiser E, Linos E, et al. Eczema and sensitization to common allergens in the United States: a multiethnic, population-based study. Pediatr Dermatol 2014;31(1):21-6.
14. Garritsen FM, ter Haar NM, Spuls PI. House dust mite reduction in the management of atopik dermatitis. A critically appraised topic. Br J Dermatol 2013;168(4):688-91.

15. Ertam İ, Su Ö, Alper S, Sarıcaoğlu H, ve ark. Türkiye atopik dermatit tanı ve tedavi kılavuzu-2018. *Turkderm* 2018;52(1):6-23.
16. Uysal P, Uzuner N. Çocuklarda atopik dermatit tedavisi. *İzmir Doktor Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Dergisi* 2013;3(2):77-86.
17. Pigatto P, Martelli A, Marsili C, Fiocchi A. Contact dermatitis in children. *Ital J Pediatr* 2010;36:2.
18. de Waard-van der Spek FB, Oranje AP. Patch test in children with suspected allergic contact dermatitis: a prospective study and review of the literature. *Dermatology* 2009;218(2):119-25.
19. Victoire A, Magin P, Coughlan J, van Driel ML. Interventions for infantile seborrhoeic dermatitis (including cradle cap). *Cochrane Database Syst Rev* 2019;3:CD011380.
20. Uysal P, Avcil S, Erge D. Ürtikerli çocukluklarda yüksek doz antihistaminik kullanımı ve risk etmenleri. *Turk Pediatri Arşivi* 2016;51(4):198-203.
21. Bernstein JA, Lang DM, Khan DA, et al. The diagnosis and management of acute and chronic urticaria: 2014 update. *Practice Parameter. J Allergy Clin Immunol* 2014;133(5):1270-7.
22. Harris PNA, Wang AD, Yin M, Lee CK, Archuleta S. Atypical hand, foot, and mouth disease: eczema coxsackium can also occur in adults. *Lancet Infect Dis* 2014;14(11):1043.
23. Arduino PG, Porter SR. Herpes Simplex Virus Type 1 infection: overview on relevant clinico-pathological features. *J Oral Pathol Med* 2008;37(2):107-21.
24. Bahçetepe N, Kocatürk Göncü ÖE, Güngör Ş, Köklü N, Kuteyla Ülkümen P. Obezite ve deri. *Okmeydanı Tıp Dergisi* 2014;30(1):34-8.
25. Kar S, Dongre A, Krishnan A, Godse S, Singh N. Epidemiological study of insect bite reactions from central India. *Indian J Dermatol* 2013;58(5):337-41.
26. Chosidow O. Scabies and pediculosis. *Lancet* 2000;355(9206):819-26.
27. Salgado F, Handler MZ, Schwartz RA. Shedding light on onychomadesis. *Cutis* 2017;99(1):33-6.