



**T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ**

**DERMATOLOJİ ANABİLİM DALI**

**MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
DERMATOLOJİ POLİKLİNİĞİNE 2001-2010 YILLARI  
ARASINDA BAŞVURAN ÇOCUKLARDA DERİ  
HASTALIKLARI PREVALANSI**

**Dr. Pınar DURSUN  
UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN  
Prof. Dr. Güliz İKİZOĞLU**

**Mersin-2013**



**T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ**

**DERMATOLOJİ ANABİLİM DALI**

**MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
DERMATOLOJİ POLİKLİNİĞİNE 2001-2010 YILLARI  
ARASINDA BAŞVURAN ÇOCUKLARDA DERİ  
HASTALIKLARI PREVALANSI**

**Dr. Pınar DURSUN  
UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN  
Prof. Dr. Güliz İKİZOĞLU**

**Mersin-2013**

## TEŞEKKÜR

Mersin Üniversitesi Tıp Fakóltesi Dermatoloji Anabilim Dalı'nda sürdürdüğüm uzmanlık eğitimim süresince beni teşvik edip yönlendiren ve çalışmalarım da her zaman destek, ilgi ve anlayışını gördüğüm, yetişmemde büyük katkısı olan değerli hocalarım Prof. Dr. Güliz İKİZOĞLU, Prof. Dr. Tamer İ. KAYA, Prof. Dr. Ayşın KÖKTÜRK, Prof. Dr. Ümit TÜRSEN, Prof. Dr. Kıymet Baz ve Prof. Dr. Ayça CORDAN YAZICI'ya teşekkür ederim.

Tezimin oluşumu ve yönlendirilmesinde büyük katkı ve emeğini esirgemeyen, aynı zamanda sınava hazırlanma sürecimde çoğu vaktini bana ayıran tez danışmanım Prof. Dr. Güliz İKİZOĞLU'na sonsuz teşekkürlerimi ve minnetimi sunarım.

Asistanlık sürecimin zorlu ve sıkıntılı anlarında desteğini hiç esirgemeyen ve iyi niyetini hep koruyan değerli dostum Dr. Bilal BULUT'a, ilaveten diğer asistan arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Tüm hayatım ve eğitimim boyunca maddi ve manevi her türlü desteği sağlayan canım annem, babam ve kız kardeşlerime teşekkür ederim. Son olarak varlıklarıyla hayatımı renklendiren sevgili eşim Dr. Özer DURSUN ve biricik kızım Ece'ye sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Pınar DURSUN

## İÇİNDEKİLER

	Sayfa no
<b>ÖZET</b>	<b>5</b>
<b>İNGİLİZCE ÖZET</b>	<b>6</b>
<b>GİRİŞ VE AMAÇ</b>	<b>7</b>
<b>GENEL BİLGİLER</b>	<b>9</b>
"Çocuk" Tanımı	10
Çocuk ve Yenidoğan Derisi	11
Pediatrik Dermatoloji	13
Akne Vulgaris	14
Psoriyazis Vulgaris	16
Alopesi Areata	17
İmpetigo	19
Melanositik Nevüsler	19
Verrukalar	20
Molluskum Kontagiyozum	21
Kontakt Dermatit	21
Seboreik Dermatit	22
Atopik Dermatit	22
Vitiligo	24
Pitiriyazis Alba	25
Böcek Isırıkları	25
Tinea Versikolor	26
<b>GEREÇ VE YÖNTEM</b>	<b>28</b>
<b>BULGULAR</b>	<b>32</b>
A.Hastaların Sosyodemografik Özellikleri	32
B.Hastalık Yüzdelerine Göre Hasta Dağılımı	35
C.≥%2 Sıklıkta Tanı Alan Hastaların Sosyodemografik Özellikleri	40
D.Bazı Hastalıklarda Alınan Sistemik Tedavilerin Değerlendirilmesi	56

<b>TARTIŞMA</b>	<b>61</b>
Bazı Hastalıklarda Alınan Sistemik Tedavilerin Değerlendirilmesi	75
<b>SONUÇ VE ÖNERİLER</b>	<b>82</b>
<b>KAYNAKLAR</b>	<b>83</b>
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ</b>	<b>95</b>
<b>TABLolar DİZİNİ</b>	<b>96</b>

## ÖZET

Deri hastalıkları gelişmekte olan ÷lkelerde yaşayan çocuklarda önemli bir problemdir fakat literatürde çocukluk çağı dermatozları ile ilgili az sayıda çalışma vardır.

Bu çalışmada 2001-2010 yılları arasında başvuran 0-16 yaş arası toplam 12206 çocuk hasta analiz edildi. Hastaların %52.5'i kız, %47.5'i erkekti. Kız/erkek oranı 1.1/1'di. Hastalar en sık yaz mevsiminde (%31.8) başvurmuştu. %44.2'si adölesanlardan meydana geliyordu. Toplam 205 dermatoz kaydedildi. En sık gör÷len hastalıklar akne (%12.4), verrukalar (%10.5) ve atopik dermatitti (%9.3). Akne, seboreik dermatit ve psoriyazis kızlarda daha sıklı, ancak molluskum kontagiyozum, pitiriyazis alba ve impetigo ise erkeklerde daha sık gör÷lmüştü. Atopik dermatit 0-2 ve 3-5 yaş grubunda en sık gör÷len dermatoz iken 6-11 yaş grubunda en sık verrukalar, adölesanlarda ise en sık akne saptandı.

Toplumun temel taşı olan çocuk nüfusla ilgili çalışmalar, koruyucu hekimlik ve sağlık politikalarının belirlenmesinde önemli rol oynayabilir. Yeni çalışmalar pediatrik pop÷lasyonda dermatolojik hastalıkların yaşa, cinsiyete ve mevsime göre sıklığını ve bu koşullar ile ilgili alınabilecek önlemleri daha iyi anlamak konusunda bize yardımcı olacaktır.

**Anahtar kelimeler:** çocuk, deri hastalıkları, prevalans

## **ABSTRACT**

### **The Prevalence of Skin Diseases in Children Admitted to Mersin University School of Medicine, Dermatology Clinic Between 2001-2010**

Skin disorders constitute an important problem in children living in developing countries, but only a few epidemiologic investigations on pediatric dermatoses are available in the literature.

In the present study, data on a total of 12206 children aged 0 to 16 years, admitted to the outpatient clinic of Dermatology Department, Mersin University, School of Medicine, between the years 2001-2010 were analyzed. 52.5% of the patients were female, while 47.5% were male. Male/female ratio was 1.1/1. Most of the patients were admitted in the summer (31.8%). 44.2% of the patients were adolescents. A total of 125 dermatoses were recorded. The most common diseases were acne (12.4%), warts (10.5%) and atopic dermatitis (9.3%). Acne, seborrheic dermatitis and psoriasis were more common in girls, whereas molluscum contagiosum, pityriasis alba and impetigo were more commonly seen in boys. The most frequently seen dermatoses were atopic dermatitis in both 0-2 and 3-5 age groups, warts in 6-11 age group, and acne in the adolescent group.

Studies of the pediatric population, which constitutes the cornerstone of the community, can play an important role in determining the policies of protective medicine and public health. New studies will help us to better understand the frequency of dermatological diseases in the pediatric population according to age, gender and season, and take precautions with regard to these conditions.

**Key words:** children, skin diseases, prevalence

## GİRİŞ VE AMAÇ

Çocuk ve çocuk sağlığı, ülkelerin gelişmişliğinin temel öğelerinden biridir. Bu nedenle koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik sağlık politikalarının büyük bir kısmı da çocuk sağlığı üzerinedir. Çocuk sağlığının toplumdaki durumunun saptanması, mevcut aksaklıkların ortadan kaldırılarak geliştirilmesi daha sağlıklı bir toplumun oluşturulması yolunda en önemli hedeflerden birisidir.

Ülkemizde de çocuk sağlığına verilen önem giderek artmaktadır. Çocuk sağlığı ile ilgili bu durum dermatolojik açıdan da son yıllarda önemli hale gelmiştir. Tüm dünyada pediatrik dermatolojiye olan ilginin artması dikkat çekicidir. Ülkemizde de son yıllarda bireysel çabaların ürünü olarak pediatrik dermatolojiye bakış açısının olumlu yönde ilerlediğini görmekteyiz.

Pediatrik dermatolojinin gelişmesindeki engellerden biri çocuk hastaların dermatoloji uzmanına sevkinin geciktirilmesidir. Bu durum özellikle ebeveynlerin bilinçlendirilmesiyle aşılabilecek bir sorundur. Ebeveynlerin, çocukların derisi ile ilgili sağlık sorunu olması durumunda dermatoloji uzmanına başvurmaları ve eğer gerekiyorsa hastalığın takibinin dermatoloji uzmanı tarafından yapılmasının sağlanması önemlidir.

Çocukluk çağında görülebilen deri hastalıklarının tanı ve tedavisinde belirgin zorluklar yaşanmamasına rağmen, prevalans, yaş ve cinsiyet dağılımı ile ilgili veriler yeterli değildir. Richard Doll'un söylediği 'epidemioloji, hastalıkların nedenlerini araştırmada en doğru ve en basit yoldur' sözüne rağmen literatürde çocuklarda görülen deri hastalıklarının epidemiyolojik verileriyle ilgili yeterli bilgi bulunmamaktadır<sup>1</sup>. Çok sayıda hastanın dahil edildiği çalışmalar maalesef zaman alıcı ve pahalıdır. Bu sebeplerden dolayı pediatrik hastalarla ilgili çalışmaların çoğu belli bölge ve belli yaş gruplarına sınırlı olarak yapılmış araştırmalardır. Ancak belirtmek gerekir ki, sağlıklı bir prevalans çalışması yapabilmek için geniş, çok merkezli çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Çocukluk çağı deri hastalıkları oldukça geniş spektrumludur ve özellikle son yıllarda yapılan bilimsel çalışmalarla başarılı bir şekilde tanımlanmışlardır. Gelişmekte olan ülkelerde yapılan çalışmalar, deri hastalıklarının çocuklarda ve adolesan dönemde yaygın görüldüğünü, ayrıca enfeksiyon ve enfestasyonların bu grupta en sık rastlanan hastalıklar olduğunu ortaya koymuştur<sup>2</sup>.

Çocuk hastalarla ilgili en büyük sıkıntı ise yenidoğan dönemi ile ilgili veri



yetersizliğidir. Literatürde yerini alan bir çalışmada yenidoğan dönemindeki hastaların tüm pediatrik hastaların oldukça küçük bir kısmını (%1.2) oluşturduğu gözlenmiştir<sup>3</sup>.

Bu alışma ile Mersin Üniversitesi Tıp Fakóltesi Dermatoloji polikliniğine 2001-2010 yılları arasında başvuran 0-16 yaş arası ocuk hastalarda deri hastalıklarının sıklığının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Buna göre bu yaş grubundaki hastaların yaş, cinsiyet, başvurdukları mevsim, yıl gibi özellikleri analiz edilmiştir. Buna ek olarak bazı hastalıklarda tercih edilen tedavi seçenekleri değerlendirilmiştir.

Bu alışma ile elde edilen verilerin sayısal olarak yetersiz olan prevalans çalışmalarına katkı sağlanması hedeflenmiştir.

## GENEL BİLGİLER

Deri insan vücudunun en dış bölümünü oluşturur ve hem dış hem de iç hasara karşı önemli bir bariyer olarak görev alır. Çeşitli eksternal ve internal uyaranlar, kısa veya uzun vadede derinin homeostazını etkileyerek çeşitli hastalıklara neden olur. Deri hastalıklarının ortaya çıkması ve seyrinde genetik, çevresel, mekanik, meteorolojik ve hatta kültürel etkiler gibi pek çok faktör etkili olabilir.

Günümüzde, dermatolojik hastalıkların sosyal, ekonomik ve psikolojik bozukluklar üzerindeki etkilerine ilgi giderek artmaktadır<sup>4</sup>. Deri insanların dış çevre ile olan temel arabirimi olduğu için kutanöz anormalliklerin varlığı bu hastaların yaşam kalitesi üzerinde önemli değişikliklere neden olabilir<sup>1,5</sup>. Beden imajı ve benlik gelişimi üzerinde de derinin önemli bir etkisi vardır. Sonuç olarak, dermatolojik bir hastalığı olanların psikolojik hastalıklara daha duyarlı olduğu ve sosyal yansımalarının negatif olduğu bilinmektedir<sup>5</sup>.

Tüm bu nedenlerden dolayı deri hastalıkları en yaygın medikal problemler arasındadır ve tüm poliklinik başvurularının yaklaşık %6'sını oluşturur<sup>6</sup>.

Yetişkinlere benzer şekilde pediatrik yaş grubunda da deri hastalıklarına sıklıkla rastlanmaktadır. Pediatri kliniklerinde görülen hastaların %6-24'ü deri hastalığı nedeniyle hastaneye başvurmaktadır. Akne, alopesi areata gibi hastalıklar hayatı tehdit eden hastalıklar olmasa da bu yaş grubu için önemli bir stres kaynağıdır<sup>7</sup>.

Pediatrik hastaların doğru tanı ve tedavisi için deri hastalıklarının yaş grubuna özgü klinik özelliklerini ve tedavi prensiplerini anlamak esastır. Hangi yaş grubu olursa olsun, dermatolojik hastalıkların tanısı anamnez, dermatolojik muayene ve laboratuvar testlerine dayanmaktadır. Anamnezde döküntünün veya lezyonun başlangıcı, süresi, seyri, eşlik eden bulgu ve semptomlar ve uygulanan tedavilere cevabı sorgulanmalıdır. Dermatolojik muayene derinin inspeksiyonu ve palpasyonunu kapsar. Deri dışında mukozalar, tırnaklar ve saç da muayene edilmelidir. Laboratuvar yöntemlerinden en çok yararlanılanlar ise deri sürüntülerinin mikroskopik incelemesi, vezikül ve büllerle seyreden deri hastalıklarında sitolojik incelemeler ve deri biyopsisi olup, tanıya yönelik serolojik tetkikler ve radyolojik araştırmalardan da yararlanılmaktadır<sup>8</sup>.

Birçok pediatrik deri hastalığı ya kendi kendini sınırlamakta ya da

pratisyen hekimler tarafından dermatologlara sevk edilmeden tedavi edilebilmektedir. Bundan dolayı herhangi bir pediatrik deri hastalığında prevalans ve morbidite çalışması yapmak oldukça zordur.

Epidemiyolojik araştırmalar sadece hastalıkların prevalanslarının saptanmasında değil, koruyucu sağlık hizmetlerinin planlanması açısından da son derece önemlidir. Pediatrik hastalarda deri hastalıklarının sıklığının tam olarak belirlenmesi ancak geniş çaplı popülasyon çalışmaları ile mümkündür. Ancak bu yaş grubunda görülen deri hastalıkları ile ilgili epidemiyolojik çalışmalar genellikle okul çocuklarını kapsayan prevalans çalışmaları ile sınırlıdır.

### **“ocuk” Tanımı**

Öncelikle tüm dünyada genel olarak kabul edilen ocuk tanımlamasını, takiben tıp için hangi hastanın pediatrik vaka olduğunu ve ocuk statüsünde değerlendirilmesi gerektiğini saptamak gereklidir.

Mevzuatımızda ‘ocuk’ tanımı yapılmaktaysa da, tıp açısından çocuktan ne anlaşılması gerektiğine ilişkin bir hüküm yoktur. Ancak konuyu kısaca yasal düzeyde irdelemekte yarar vardır.

Ülkemiz tarafından da 1995 yılında imzalanan Birleşmiş Milletler ocuk Hakları Sözleşmesi’nin 1. maddesine göre onsekiz yaşına kadar her insanın ocuk sayılacağı açıklanmaktadır. Türk Ceza Kanununun 6. maddesinde de ‘ocuk deyiminden; henüz onsekiz yaşını doldurmamış kişi anlaşılır’ denmektedir. ocuk Koruma Kanununun 3. maddesinde de ‘ocuk: Daha erken yaşta ergin olsa bile, onsekiz yaşını doldurmamış kişidir’ şeklinde bir tanım yapılmaktadır.

Bu tanımlardan ceza kanunumuzda yapılan tanım, ceza kanunlarının uygulanması ile sınırlı bir tanımdır. Bu nedenle, bu tanımın tıp alanına doğrudan aktarılması söz konusu olmayacaktır.

Buna göre onsekiz yaşından küçük herkesi ocuk saymak gerekecektir. Ancak hem çocuğun yararını hem de tıp biliminin verilerini göz önünde bulundurarak ocuk kavramı içine hangi yaş grubunun girdiğini belirlemek daha uygundur. Tıbbi müdahalenin türüne göre, hekimler tarafından bir belirleme yapılması gereklidir. 18 yaştan küçüğün ocuk sayılmaması ocuk hakları sözleşmesinin çocukların sağlık haklarına ilişkin 24. maddesini ihlal niteliği taşısa da, sözleşmenin 3. maddesini göz önüne alarak uygulamada çocuğun

yararının ön planda tutulması ana amaç olmalıdır. 41. maddeye göre ise hükümlerin çocuğun lehine olması durumunda uygulanmasında herhangi bir engel olmadığı açıktır. Sonuç olarak ilgili uzmanlık alanı tarafından çocuk kavramının, tıbbi standartlar içinde belirlenmesi uygun bir yaklaşım olacaktır.

### **Çocuk ve Yenidoğan Derisi**

Deri, konak ile çevresi arasında bir geçiş alanı oluşturur. Sıvı-elektrolit dengesi ve ısının düzenlenmesinde önemli rol oynar, mikroorganizmaların, toksinlerin, ultraviyole ışınlarının ve yerel olarak uygulanan ajanların sistemik emilimine karşı korur ve temas duyusunu sağlar<sup>9</sup>. Fetüste deriye ait tüm anatomik yapıların ortaya çıkışı 22-24. gebelik haftalarında gerçekleştiği halde fonksiyonel, biyokimyasal ve hatta yapısal maturasyona ancak doğumdan birkaç yıl sonra ulaşabilmektedir<sup>9</sup>.

Deri, ektoderm ve mezoderm olarak adlandırılan iki farklı germinal tabakadan köken alan iki katmandan oluşmaktadır<sup>9</sup>. Deri bu katmanların farklılaşması sonucu ortaya çıkan epidermis, dermis ve deri eklerinden oluşmaktadır.

1.Epidermis: Yüzey ektoderminden köken alan yüzeysel bir epitel dokusudur. Derinin ana fonksiyonlarını yerine getirmesinde en önemli rol epidermise düşmekte olup, doğumda epidermal bariyerin iyi gelişmiş olması fetüsün ekstrauterin yaşama uyum sağlaması için gereklidir. Bariyer, tipik olarak intrauterin yaşamın 3. trimesterinde gelişir.

2.Dermis: Mezodermden köken alan, daha derinde yerleşmiş, yoğun ve düzensiz olarak dağılmış bir bağ dokusudur.

3.Deri ekleri:

a.Kıllar; fetal yaşamın erken evrelerinde (9-12. gebelik haftası) gelişmeye başlar; ancak 20. gebelik haftasında belirgin hale gelir. Kıllar önce kaşlarda, üst dudak ve çenede belirir. Kıl follikülü gelişimi epidermisin stratum germinativum tabakasındaki hücrelerin çoğalması ile başlar ve dermise doğru uzanır<sup>9</sup>.

b.Sebase bezler; 13-15. gebelik haftasında diferansiye olmaya başlarlar, zamanla boyutları büyür ve fonksiyonel olurlar. Fetal hayatın sonlarında iyi gelişmiş durumda olan sebase bezler, doğumdan sonra hızla küçülürler. Tekrar büyümeleri ve fonksiyonel olmaları puberteden sonra gerçekleşir<sup>9</sup>.

c.Ter bezleri; ekrin ter bezlerinin avuç içi ve ayak tabanlarında gelişimi

fetal hayatın 3. ayında başlamakla birlikte diğer vücut bölgelerinde 5. ayda gelişmeye başlarlar. Apokrin ter bezleri, gestasyonun 16. haftasında kıl folliküllerinin proksimal kısımlarından tomurcuklanırlar. Bu bezlerin aktif sekresyonu 17. gebelik haftasında gerçekleşmeye başlamaktadır<sup>9</sup>.

d.Tırnaklar; ayak ve el tırnakları gebeliğin yaklaşık 10. haftasında belirmeye başlar. El tırnaklarının gelişimi ayak tırnaklarından 4 hafta önce başlar. Tırnakların öncüleri, parmakların ucundaki epidermis alanlarının kalınlaşması şeklinde ortaya çıkar. El tırnakları parmak ucuna gebeliğin yaklaşık 32. haftasında, ayak tırnakları ise 36. haftasında ulaşır<sup>9</sup>.

Derinin maturasyonunda doğum eylemi önemli rol oynar ve epidermal maturasyon doğum esnasında büyük ölçüde hızlanır<sup>9</sup>.

Yenidoğan derisi birçok yönden erişkin derisinden farklılık gösterir. Deri kalınlığı, deri bariyer fonksiyonu, perkütan absorpsiyon ve transepidermal su kaybı yenidoğan derisindeki bu farklılıkları ortaya koyan temel parametrelerdir ve bebeğin maturasyon düzeyiyle ilişkili olarak değişiklik gösterirler. Yenidoğan derisinin yüzeyi doğumda yaklaşık 0.2 m<sup>2</sup>, kalınlığı erişkin derisinin %40-60'ı kadardır. Yenidoğanda vücut yüzey alanının ağırlığa oranı erişkine göre 4-5 kat, prematürelde ise 7 kat daha fazladır<sup>10</sup>. Bebek derisi yetişkin derisinden daha ince ve daha az kıllıdır, ekren ve sebace bez salgısı daha azdır, eksternal irritanlara daha duyarlıdır<sup>10</sup>. Bu farklılıklar nedeniyle yenidoğanın deri bakımı da özellik taşımaktadır. Yenidoğanda deri özelliklerinin bilinmesi ve bu özelliklere uygun deri bakımı yapılması bebeğin intrauterin hayattan sonra karşılaştığı yeni çevresel şartlara uyum sağlamasını kolaylaştırırken perkutan infeksiyon, toksisite, dehidratasyon, hidrasyon artışı, elektrolit dengesizliği ve ısı düzensizliği gibi yenidoğan için hayati önemi olan komplikasyonların gelişiminin önlenmesine de büyük ölçüde katkıda bulunur<sup>11</sup>.

Derinin gelişim evrelerindeki tek bir bozukluk, birçok farklı anlama gelebilir. Yenidoğan döneminde görülen deri bulguları genellikle aniden oluşur ve sıklıkla aileleri ve hekimlerini korkutur. Bazı tablolar başlangıçta çok ciddi görünürse de fizyolojik, geçici ve tedavi gerektirmeyen tablolar olabilir, fakat bir kısmı ciddi hastalıklardır. Bu nedenle yenidoğanda geçici görülüp hızla kaybolan fizyolojik özelliklerin ve ciddi deri hastalıkları ayrımının iyi yapılması gerekir<sup>10</sup>.

## **Pediatric Dermatoloji**

Birçok pediatrik dermatoloji kitabı şu sözlerle başlamaktadır:

*“Çocuklar, yetişkinlerin küçük modelleri değildir. Hastalıkların klinik görünümleri, metabolizmaları, ilaç etkileri yetişkinlerden tamamen farklıdır.”*

Özellikle yenidoğan dönemi ve prematür bebeklerde tanı ve tedavi daha da zordur<sup>12</sup>.

Pediatric dermatoloji, 1973 yılından bu yana Avrupa ve Amerika’da bağımsız bir bilim dalı olarak gelişmektedir. Bazı ülkelerde ayrı bir uzmanlık alanı olarak resmen kabul edilmiştir. Ülkemizde ise dermatopatoloji, dermatoallerji ve dermatocerrahi gibi üst uzmanlık statüsünü çoktan hak eden yan dallara rağmen ne yazık ki henüz dermatologlara bu olanak sağlanmamıştır. Bu nedenle de pediatrik dermatolojinin bağımsız bir dal veya üst uzmanlık alanı olması şu an hayalden öteye geçememekte, ancak uzak gelecek için bir olasılık gibi görünmektedir. Oysa çocuk hastalarımızın Avrupa ülkelerine kıyasla ne kadar çok olduğunu göz önüne alırsak pediatrik dermatoloji eğitiminin önemi ve gerekliliği de ortaya çıkmaktadır<sup>13</sup>.

Ülkemizde pediatrik dermatoloji alanında dermatologların uzun zamandır mevcut olan bireysel girişimleri Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı öncülüğünde 2004 yılında Pediatric Dermatoloji Derneği’nin kuruluşu ile bir çatı altında toplanmıştır. Yine ülkemizde 2004, 2006, 2008, 2010, 2011’de 5 büyük Pediatric Dermatoloji kongresi düzenlenmiştir. Mayıs 2012’de ise 11. Avrupa Pediatric Dermatoloji Kongresinin İstanbul’da düzenlenmesi ve Prof. Dr. Ümit Ukşal’ın da Avrupa Pediatric Dermatoloji Derneği başkanı olarak seçilmesi ülkemiz adına gurur verici bir gelişme olmuştur. Bu durum aslında pediatrik dermatolojinin ülkemizde tahmin edilenden daha fazla önemsendiğinin göstergesidir.

Pediatric dermatoloji alanında son zamanlarda gerçekleşen tüm bu gelişmelere karşın dünyada olduğu gibi ülkemizde de çocukluk çağı dermatolojik hastalıklarının epidemiyolojisine yönelik çalışmalar halen çok az sayıdadır.

Retrospektif bir çalışmada dermatoloji polikliniğine başvuran 0-16 yaş

grubu hastalarda %17.9 sıklıkla en çok allerjik hastalıklar, ikinci sıklıkta ise %15.8 ile viral deri hastalıkları bildirilmiştir<sup>14</sup>.

Ebeveynler, çocuklarının derisinde bir şikayet olduğu zaman genellikle ilk olarak çocuk hastalıkları uzmanına başvurmaktadır. Klinisyen hastayı ya kendisi tedavi etmekte ya da dermatoloji polikliniğine yönlendirmektedir. Ancak çocuk hastaların, her iki durumda da ilk başvurusu dermatoloji uzmanına olmadığı için tanı ve tedavide belli bir süre geçmiş olmaktadır. Ek olarak geçen bu süre veya hastanın daha önce aldığı tedaviler nedeniyle çocuğun mevcut hastalığının kliniği değişmekte, bu durum tanı koyma konusunda dermatoloji uzmanını zor durumda bırakabilmektedir. Pediatrik yaş grubundaki hasta, dermatoloji uzmanına başvurduğunda eğer hastanın ek sistemik hastalığı varsa sıklıkla pediatri uzmanına konsülte edilmekte veya yönlendirilmektedir. Bundan başka, dermatoloji uzmanına başvuran çocuk hastanın; sağlık politikaları, deneyim, tanı aracı, alt yapı eksikliği gibi nedenlerden dolayı etkili bir şekilde değerlendirilememesine rağmen bir üst merkez sevkinin geciktirilmesi de ayrı bir sorun olarak karşımıza çıkabilmektedir.

Deri hastalıkları konusunda halkımızın yeterli bilince sahip olmaması ve özellikle düşük sosyoekonomik seviyede olan ebeveynlerin bazı hastalıkları aileden ve çevreden edindikleri farklı ve yanlış yöntemlerle tedavi etmeye çalışmaları; yenidoğan döneminde bebeklerin tuzlanması veya açık yaraya tuz basılması gibi örneklerini arttırabileceğimiz pek çok değişik uygulamalar hekimlerin karşısına çıkabilmektedir.

Günümüzde pediatrik dermatolojinin giderek önem kazandığı tartışmasız bir gerçektir. Bu konuda halkımızın bilinç düzeyinin arttırılması, dermatoloji uzmanlarının çocuk hastaları değerlendirirken erişkinlerden farklı yaklaşım göstermesi, pediatrik hastalarda tanı ve tedavi başarısının yükseltilmesi için oldukça önemlidir.

Çalışmamızda 10 yıllık süreç içinde polikliniğimize başvuran 0-16 yaş arası çocuklarla ilgili prevalans araştırması amaçlandığından bu yaş grubunda sık görülen hastalıkların klinik bulguları, etyopatogenez ve tedavilerinden kısaca bahsedilecektir.

### **Akne Vulgaris**

Akne vulgaris sık görülen deri hastalıklarından biridir. Ergenlik döneminde bireylerin büyük bir kısmında farklı şiddette akne vulgaris lezyonları

ortaya çıkmaktadır<sup>15</sup>. Hastalığın prevalansı %17.3 ile %95 arasında değişmektedir<sup>16-18</sup>. Akne vulgaris komedon, eritemli papüller, püstüller, nodüller ve bazen de sikatrislerle seyreden kronik inflamatuvar bir pilosebase ünite hastalığıdır. Lezyonlar en sık yüz, boyun, gövdenin üst kısmı ve kolların üst kısmı gibi sebese bezlerin yoğun olduğu alanlarda görülür<sup>19</sup>.

Akne vulgaris genellikle ergenlik çağında başlar ve sıklıkla yirmili yaşların ortasında geriler. Ergenlik çağındaki erkeklerde belirgin olarak yüksek prevalans bildirilmiştir<sup>19</sup>. Akne prevalansı ve şiddeti kızlarda 14-17 yaş arasında en yüksek düzeye ulaşır ve bu dönemde kızların %40'ında görülür. Erkeklerde ise 16-19 yaşlarında en üst düzeye ulaşır ve bu dönemde erkeklerin %35'inde görülür<sup>15</sup>.

Akne vulgaris etiyojisinde rol oynayan 4 önemli faktör bulunmaktadır.

Bunlar;

1.Androjenlerin uyarması sonucu sebum üretiminde artış olması: Androjenlerin etkisi ile sebese bezlerin hipertrofiye uğraması ve sebum üretiminde artış görülmesi akne oluşumuna neden olan ilk olaydır.

2.Folikül epitelinde görülen anormal deskuamasyon sonrasında sebese follikülde oluşan tıkanma ve hiperkeratinizasyon: Aknenin etkilediği folliküllerde keratinosit proliferasyonunun artmış olduğu, boynuzsu tabakadaki hücrelerin birbirine sıkıca bağlı olduğu ve düzenli bir şekilde deskuame olmadığı görülür. Bunun sonucunda gelişen retansiyon-proliferasyon hiperkeratozu, başlangıçta gözle görülmeyen mikrokomedon oluşumuna sonra da komedon oluşumuna neden olur.

3.Propionibacterium acnes proliferasyonu: Sebore ve folliküler hiperkeratoz Propionibacterium acnes proliferasyonunu artırır. 11-20 yaş aralığındaki akneli gençlerde Propionibacterium acnes konsantrasyonunun aynı yaş grubundaki aknesi olmayanlardan dört kat daha fazla olduğu bulunmuştur<sup>20</sup>.

4.İnflamasyon: Akne patogenezinde rol oynayan dördüncü ve son faktör inflamasyondur. Komedonların parçalanıp içeriklerinin dermise boşalması sonucu inflame papüller, püstüller ve nodüller oluşur. Dermise sızan sebum içeriğindeki lipidler, keratin ve kıl burada yabancı cisim reaksiyonu şeklinde bir inflamasyon başlatır<sup>21</sup>.



Diğer faktörler:

1.Nörojenik faktörler: Emosyonel stres sonrasında akne alevlenmesi görülebilir. Sinir sistemi ve psikolojik faktörler akne sürecini etkileyebilir<sup>22</sup>.

2.Genetik yatkınlık: Klinik deneyimlerden aknenin ailesel bir hastalık olduğu bilinmektedir<sup>23</sup>.

3.Diyet: Yeni çalışmalarda diyetin akne patogenezinde rol oynayabileceği bildirilmektedir<sup>24</sup>. Kronik hiperinsülinemi akne gelişimi ile beslenme arasındaki ilişkide anahtar faktör olabilir<sup>24</sup>. Düşük glisemik yükü olan diyetin akneye etkisini araştıran bir çalışmada 12 hafta düşük glisemik yükü olan diyet alan grupta toplam akne sayısında kontrol grubuna göre anlamlı azalma saptanmıştır<sup>25</sup>. Süt ürünleri tüketimi ile akne arasında ilişki olduğunu bildiren çalışmalar da vardır<sup>26</sup>.

Akne vulgaris tedavisine başlamadan önce hasta kapsamlı bir şekilde değerlendirilmelidir. Özgeçmiş ve soygeçmiş sorgulanmalı, daha önce kullanılan tedaviler ve bu tedavilere yanıt not edilmelidir. Dikkatli bir fizik muayene yapılmalıdır<sup>27</sup>.

Akne tedavisinin etkili olabilmesi için hastalığın patogenezinde rol oynayan faktörlerin hedef alınması gerekir. Amaç primer klinik lezyon olan ve diğer lezyonların öncüsü olan mikrokomedonun azaltılması ve yok edilmesidir<sup>19</sup>.

Hafif ve orta şiddetli akne vulgarisli hastalarda topikal tedavi kullanılır. Topikal tedavi ajanlarının etkinliği aknenin patogenetik faktörleri üzerindeki doğrudan ya da dolaylı etkilerine bağlıdır. Hastada baskın olan lezyon türüne göre topikal ajan seçilmelidir. Farklı topikal ajanlar kombine edilerek tedavinin etkinliği artırılabilir ve yan etkiler azaltılabilir.

Topikal tedavide kullanılan ajanların başında topikal retinoidler, topikal antibiyotikler, azelaik asit ve benzoil peroksit gelir<sup>28</sup>.

Oral antibiyotikler inflamatuvar aknede oldukça etkilidir ve klinik pratikte sıkça kullanılırlar. Oral retinoidler şiddetli aknede, özellikle diğer tedavilere yanıt vermeyen hastalarda kullanılır<sup>29</sup>.

### **Psoriyazis Vulgaris**

Papüloskuamöz hastalıklar pediatrik dermatoloji polikliniklerinde %10 oranında görülmektedir<sup>30</sup>. Psoriyazis; diz, dirsek, sakral bölge, ekstremitelerin ekstansör yüzleri ve genital bölge ile saçlı deri ve tırnakların tutulduğu, eritemli

ve skuamlı papül ve plaklarla karakterize, yaygın, kalıtsal bir papüllü-skuamlı hastalıktır<sup>31</sup>.

Tüm dermatozlar içerisinde psoriyazis vulgarisin toplumdaki sıklığı %1-3 arasında değişir. Psoriyazis vulgaris 16 yaşından önce %4 oranında görülebilir<sup>30</sup>. Genel olarak hastalığın başlangıç yaşı hastaların %35'inde yirminin altındadır. Psoriyazisde hastaların %2'si yenidoğan, %8'i çocuk, %25'i ergendir. Bu da hastaların 1/3'ünün pediatrik yaş grubunda bulunduğu anlamına gelmektedir<sup>31</sup>. Hastaların %10'unda hastalık 10 yaşından önce, %2'sinde 2 yaşından önce başlamaktadır<sup>32</sup>. Çocukluk çağı psoriyazisinde kız/erkek oranı yaklaşık 3/2'dir<sup>31</sup>. Hastaların %35'inde aile öyküsü vardır<sup>31</sup>.

Erken başlangıcın psoriyazisin prognozunu kötüleştirdiği bilinmektedir. Hastalığın ailesel olması bu durumu daha da kötüleştirmektedir<sup>33</sup>. Psoriyazisi 15 yaşın altında başlayanların, çocuklarında psoriyazis görülme oranı, hastalığı 30 yaşın üzerinde başlayanlara göre dört kat daha fazladır<sup>31</sup>.

Çocuklarda psoriyazis en çok plak tip olarak karşımıza çıkar, bunu guttat tip izler. Plak tip psoriyazis %53-84 oranında, guttat psoriyazis ise %34 oranında görülür<sup>31</sup>. Başlangıç bölgesi en sık (%22) saçlı deridir. Aynı zamanda saçlı deri en sık (%80) tutulan yerlerden birisidir. Tırnak tutulumu, hastaların %25-50'sinde görülür. Artrit, en fazla erişkin yaşta görülmesine rağmen çocukluk çağı psoriyazisinde de karşımıza çıkabilir<sup>31</sup>. Yenidoğanlarda psoriyazis vulgaris genellikle çocuk bezi alanından başlar. Çocuklarda başlatıcı olay üst solunum yolu enfeksiyonu olabilir.

Guttat psoriyazis genellikle 3-4 ay sürer ve spontan olarak gerileyebilir. Bebeklikten beri psoriyazisi bulunan hastaların 7/9'unda psoriyazis atakları ileride de devam ederken, çocukların 2/7'sinde ilk ataktan sonra tamamen kaybolabilir<sup>31</sup>.

Hastalığın spesifik bir laboratuvar bulgusu yoktur<sup>30</sup>. Çocuklarda tedavide en önemli nokta, streptokoksik veya diğer infeksiyon odaklarının tedavisi, psoriyazisi alevlendiren ilaç kullanımının kısıtlanmasıdır<sup>31</sup>.

### **Alopesi Areata**

Dermatoloji polikliniklerine başvuran hastaların yaklaşık %2'sinde görülen, saçlı deri, yüz veya vücudun herhangi bir bölgesinde veya yaygın yerleşim gösterebilen, sınırları belirgin, yuvarlak ya da oval saç/kıl kaybı ile karakterize bir hastalıktır. Hastalık sikatrisyel olmayan alopesiler içinde yer alır.

Çocukluk döneminde saç kaybına neden olan hastalıklar içinde sıklık bakımından tinea kapitisden sonra ikinci sırada yer alır<sup>34</sup>. Hastalık dünyanın her yerinde yaygındır ve tüm ırklarda görülür. Her iki cins eşit olarak tutulur. Hastalığın insidansı kesin olarak bilinmemekle beraber %1-2 oranında görüldüğü düşünülmektedir. İlk atak genellikle çocukluk dönemindedir ve %24-50 oranında 16 yaşından önce başlar<sup>35</sup>. Olguların %1-2'sinde hastalık 2 yaşın altında görülür. Edinsel hastalık grubunda kabul edilmekle beraber konjenital alopesi areatalı olgu bildirimleri de bulunmaktadır<sup>36</sup>. Yama şeklinde olabildiği gibi alopesi totalis ve alopesi universalis diye adlandırılan ve daha geniş saç ve kıl kaybına yol açan iki farklı biçimde de görülebilir. Farklı şekillerde görülebilen bu dökülmelere genellikle tırnak bozuklukları da eşlik etmektedir<sup>37</sup>.

Hastalığın etyopatogenezi henüz tam olarak aydınlatılamamıştır. Genetik ve immünolojik faktörler, infeksiyöz ajanlar, emosyonel stres, keratinosit ve melanositlerde anormallikler ve nörolojik faktörlerin hastalıkla ilişkisi araştırılmaktadır<sup>38</sup>. Alopesi areata etiyolojisinde özellikle T lenfositlerin rol aldığı otoimmün etkenler düşünülmektedir. Ayrıca sitokinlerin de patogeneizde belirgin etkisi görülmüştür<sup>39</sup>.

Alopesi areatalı olgulara çeşitli otoimmün hastalıklar eşlik edebilir. Tiroid fonksiyonundaki değişiklikler 16 yaşından küçüklerde daha sıktır ve %7-25 oranında görülür. Alopesi areata hastalığına özgü laboratuvar bulgusu yoktur. Eşlik edebilecek hastalıklara yönelik olarak tetkik istenebilir<sup>37</sup>.

Çocukluk döneminde alopesi areatada saçlar, olguların 1/3'ünde altı ay içinde spontan olarak yerine gelir. 1/3 olguda bu süre bir yılı bulur; 1/3 olguda ise bir yılın sonunda hastalığın devam ettiği görülür. Yeniden çıkan saçlar bazen beyaz veya gri olabilir. Olguların yarısından çoğunda beş yıl içinde nüks olabilmektedir<sup>38</sup>.

Az sayıda ve yayılma eğiliminde olmayan alopesik lezyonlarda prognoz iyidir ve bu çocukların %95'inde bir yıl içerisinde iyileşme beklenir. Prognoz kız çocuklarında erkek çocuklara göre daha iyidir. En kötü prognoz ise beş yaş altındaki çocuklardaki alopesi totalis ya da alopesi universaliste görülür. Erken yaşta başlayan olgularda prognoz daha kötüdür, olguların %40-50'sinde nüks görülür ve bu nükslerin %25'inde hastalık kalıcı bir hal alır<sup>34,35</sup>.

Alopesi areatanın tanısı klinik olarak konulmaktadır. Çocukluk döneminde hastalık en çok trikotillomani ile olmak üzere tinea kapitis,

traksiyonel/travmatik alopesiler ve konjenital triangüler alopesi ile karışır.

Günümüzde tüm tedavi seçenekleri, hastalığı kontrol altına alarak palyatif tedavi sağlamakta, kür mümkün olmamaktadır. Mevcut tedavilerle iyileşme sağlanabilmekle birlikte, hastalığın ileride tekrarlaması ya da yayılması engellenememektedir. Alopesia areata spontan olarak da iyileşebileceğinden her hasta için en uygun tedavi seçeneği planlanmalıdır. Ebeveynlere hastalık ve seyri hakkında detaylı bilgi verilmeli ve nüksler geliştiğinde bunun çocuk için düş kırıklığı yaratması engellenmelidir. Özellikle diffüz formlarda çocukların medikal tedavi yanında psikiyatrik destek almaları da gereklidir<sup>37</sup>.

### **İmpetigo**

Epidermiste lokalize yüzeysel bakteriyel bir enfeksiyondur. Derinin en bulaşıcı yüzeysel piyoderma tipidir. Hem Staphylococcus aureus hem de A grubu beta hemolitik streptokoklar tarafından oluşturulabilir. İki klinik formu vardır; non-büllöz impetigo (impetigo kontagiyoza) ve büllöz impetigo. Non-büllöz impetigo olguların %70'ini kapsamaktadır<sup>39</sup>.

İmpetigo, özellikle çocuklarda endemilere yol açabilir. İnsidansı genellikle yaz sonlarında pik yapar. Okul öncesi ve erken okul dönemi çocukları daha çok etkilemektedir.

Nonbüllöz impetigoda başlangıç lezyonu eritemli zemin üzerinde ince duvarlı veziküldür. Vezikül rüptüre olur ve içeriği sarı- kahverengi bir kruta dönüşür. Bu lezyonlar iz bırakmadan iyileşir. Yüz, özellikle burun çevresi ve perioral alanlar ile ekstremiteler en sık etkilenen vücut bölgeleridir. İmpetigodan sonra lenfanjit, süpüratif lenfadenit, guttat psoriyazis, kızıl, ürtiker, eritema multiforme gelişebilir.

İmpetigo tanısı çoğunlukla klinik olarak konulur. Yayma ve kültür, bül sıvısından ya da krut kaldırıldıktan sonra lezyon kenarından elde edilen sıvıdan yapılır. Gerekli durumlarda kan kültürü yapılmalıdır. Hastalığın en ciddi komplikasyonu akut poststreptokoksik glomerülonefrittir.

Tedavide hafif ve lokalize enfeksiyon varlığında topikal antibiyotikler tek başına yeterli olur. İnfeksiyon yaygın ve ciddi seyrettiğinde, lenfadenit varlığında sistemik antibiyotik tedavisi verilmelidir<sup>40</sup>.

### **Melanositik Nevüsler**

Melanositik nevüsler, 2-3 mm çapında kahverengi maküller olarak görülen, renkleri ve makroskopik özellikleri histolojik yapılarına göre değişen

farklılaşmış melanositlerden oluşan benin proliferasyonlardır. Melanositik nevüsler süt çocukluğu döneminden itibaren görülmeye başlamakla birlikte sayıları genellikle okul öncesi çocukluk döneminde ve puberte sonlarında artış gösterir. Melanositik nevüs gelişimini etkileyen faktörler her yaşta olduğu gibi ultraviyole maruziyeti, genotipik özellikler ve açık tendir. Bunlardan başka, melanositik nevüs sayısını ve dağılımını genetik, hormonal ve çevresel faktörler etkilemektedir<sup>41</sup>.

Melanositik nevüslerin oluşumunda rol oynayan başlıca etken ultraviyole radyasyonudur. Çocukluk döneminde, özellikle de kronik veya akut ultraviyole hasarı yaratabilecek şekilde güneşe maruz kalmanın melanositik nevüs gelişimini arttırabildiği bildirilmektedir. 1-4 yaş arası güneşe maruz kalmanın özellikle sırt ve kol gibi lokalizasyonlarda melanositik nevüs ve atipik nevüs gelişme riskini arttırdığı ve çocukluk döneminde görülen malin melanomların, nevüslerin daha çok yerleştiği bölgelerde gelişebildiği gösterilmiştir. Melanositik nevüslerin prevalansını etkileyen diğer etkenler arasında genotipik özellikler ve açık ten de önemli rol oynamaktadır. Bu nedenle özellikle açık tenli çocuklarda güneşe maruziyet süresinin azaltılması, geniş spektrumlu ve en az 30 koruma faktörlü güneşten koruyucuların kullanılması önemlidir<sup>41</sup>.

Erkek çocuklarda ve ailesinde fazla sayıda melanositik nevüsü olanlarda melanositik nevüs sayısı daha fazladır. Melanositik nevüs sayısı puberteyle birlikte artar<sup>41</sup>.

### **Verrukalar**

Verrukalar Human Papilloma Virüs'lere (HPV) bağlı olarak deri ve mukozalarda gelişen benin proliferasyonlardır. Herhangi bir yaşta görülebilirler. Ancak 12-16 yaş arasındaki okul çağı çocuklarda daha sıklırlar. Yirmili yaşlarda hastalığın insidansı düşer. Genital bölge dışında yerleşen verrukalar en sık çocuklar ve genç erişkinlerde görülür ve insidans yaklaşık %10 civarındadır<sup>42</sup>.

Verrukalar direkt ve indirekt olarak kontamine yüzey ve eşyalarla temas ile bulaşır. Normal epitelyal bariyeri bozan faktörler hastalığa yakalanma riskini arttırır. Nüksler nedeni ile tedavi güç olabilir. Bazı verrukalar ise birkaç yıl içerisinde spontan olarak gerileyebilir. İnfeksiyon epitelde sınırlıdır ve sistemik yayılım göstermez. Hastalık yüzeyinde irregüler skuamlı bir görünüm olan sert papüllerle karakterizedir. Bu papüllerin boyutları 1 mm'den 1 cm'ye kadar değişebilir. Herhangi bir deri bölgesinde görülebilirse de en sık el dorsalleri ve

ayaklarda görülür. Spesifik bir laboratuvar bulgusu yoktur<sup>43</sup>.

Verrukaların tedavisinde hastanın yaşı, lezyonların yaygınlık ve süresi, hastanın bağışıklık durumu ve hastanın istediği tedavi, hekimi yönlendiren en önemli faktörlerdir<sup>44</sup>. Erkek çocuklarda daha sık olmak üzere 2 yıl içerisinde %65 oranında spontan gerileme görülebildiğinden tedavi gerekmeyebilir<sup>43</sup>.

Enfeksiyon olguların çoğunda kendini sınırladığından, iz bırakan, agresif ve ağrıya neden olan tedavi yöntemlerinden kaçınılmalıdır. Tedavi verilmeden önce hasta ve hasta yakınlarına hastalığın hiç iz bırakmadan spontan olarak iyileşebileceği açıklanmalı ve tedavi yöntemlerinin dezavantajları hakkında bilgi verilmelidir<sup>44</sup>. Ancak tedavi yapılmadığında hastaların lezyonlarının daha geniş bir alana yayılma riski olduğu da anlatılmalıdır.

Verrukaların bilinen tek etkili bir tedavi yöntemi yoktur. Tedavide topikal ve sistemik tedavi ajanlarının yanı sıra, cerrahi yöntemler ve bu yöntemlerin kombinasyonları kullanılabilir<sup>44</sup>. Alternatif tedaviler arasında topikal keratolitikler, elektrodessikasyon ve kriyoterapi sayılabilir. Genital verrukalarda topikal podofilinle %98'e varan kürler bildirilmiştir<sup>45</sup>.

### **Molluskum Kontagiyozum**

Poxvirüslerin etken olduğu, parlak deri renginde, ortası hafif çukur, 2-6 mm boyutlarında papüllerle karakterize bir hastalıktır. Çocuklarda özellikle gövde, yüz ve genital bölgede sık yerleşir. Hastalık kendini sınırlayıcı olup 18 ayda spontan iyileşebilir. Bununla beraber travmatize veya sekonder enfekte olduğunda inflamatuvar bir görüntü alır. Kaşıntı sonucu otoinokülasyonla etrafa yayılır. Tedavisinde ekstirpasyon, küretaj ve kriyoterapi uygulanabilir<sup>46</sup>.

### **Kontakt Dermatit**

Geçmişte allerjik kontakt dermatitin çocukluk çağında daha nadir görüldüğü düşünülüyse de günümüzde bu görüş değişmiştir<sup>47</sup>. Beş yaşına gelmiş bir çocuk allerjenlere karşı en az yetişkin kadar duyarlıdır<sup>48</sup>. Allerjik kontakt dermatit allerjen özelliği taşıyan antijenin deri ile teması sonucu ortaya çıkan gecikmiş tip hipersensitivite reaksiyonudur. İrritan tip kontakt dermatitte ise süreç immünolojik değildir ve bulgular epidermin o madde ile doğrudan hasarlanması sonucu gelişir. Çocuklardaki allerjik kontakt dermatitin klinik özellikleri yetişkinlerdekine benzer olup akut dönemde temas bölgesi ve çevresinde eritem, ödem, vezikülasyon ve kaşıntı görülür. Yetişkinlerde olduğu gibi çocuklarda da en sık rastlanan kontakt allerjen nikelidir<sup>48</sup>. Allerjik kontakt

dermatit tanısında yetişkinlerde kullanılan konsantrasyonlarda allerjenlerle yama testi uygulanabilir<sup>47</sup>. Tedavisi esas olarak semptomatiktir ve hastalara sorumlu allerjenden kaçınılması önerilmelidir. Şiddetli olgularda ıslak pansumanlar ve düşük etkili kortikosteroidlerle rahatlama sağlanır.

İrritan kontakt dermatitin klinik bulguları iritanın tipi, maruziyet süresi ve atopi varlığı ile ilişkilidir. İrritan kontakt dermatit sıklıkla temas bölgesinde kaşıntılı, bazen ağrılı ve eritemli papül ve veziküllerle seyreder. Deride fissürleşme ve çatlaklar görülebilir. Tedavisinde bariyer özelliği taşıyan kremlerin uygulanması önerilir ve sorumlu ajandan kaçınılmalıdır<sup>46</sup>.

### **Seboreik Dermatit**

Seboreik dermatit sıklıkla infantil dönemde görülen kronik inflamatuvar bir dermatittir. Eritemli ve yağlı görünümde skuamli ince plaklar sıklıkla saçlı deride, yüzde (özellikle alın, kaş ve nazolabiyal kıvrımlarda) ve intertrijinöz bölgelerde (bez bölgesi dahil) ortaya çıkar. Lezyonlar genellikle kaşıntısızdır. Son zamanlarda etiolojisinde Pitrosporum ovale suçlanmakla birlikte kesin rolü belli değildir. Seboreik dermatit, sebace bezlerin sayıca fazla olduğu yerlerde yerleşmekle birlikte aşırı sebum yapımı ile ilişkisi olduğuna dair kanıt yoktur<sup>49</sup>.

Seboreik dermatitli bir grup bebekte atopik dermatit de gelişebileceğinden bazen bu iki hastalığın ayrımı güç olabilir. Yağlı, sarı ve portakal rengi kepeklerle seboreik dermatit atopik dermatitten ayırtedilebilir. Seboreik dermatit erken başlayıp 1 yaş civarında iyileşirken atopik dermatit daha geç başlayıp kalıcı olma eğilimindedir<sup>50</sup>. Seboreik dermatit tedavisinde spontan remisyon göz önüne alınarak ailenin bilgilendirilmesi ve rutin banyolar ile bakım yeterlidir. Kısa süreli olarak düşük etkili kortikosteroidlerden faydalanılabilir. Kalın skuamları temizlemek için sıvı yağlar da kullanılmaktadır.

### **Atopik Dermatit**

Atopik dermatit çocukların %10-20'sini etkileyen, sıklıkla bebeklik ve erken çocuklukta görülen kronik inflamatuvar bir dermatozdur<sup>46</sup>. Atopik dermatit prevalans ve insidansı, muhtemelen önceden varolan genetik faktörlerle dinamik çevresel faktörlerin etkileşimine sekonder olarak özellikle batı ülkelerinde giderek artmaktadır<sup>51</sup>. İnfantil ekzemaların en sık görülen formudur ve 5 yaşına kadar çocukların yaklaşık %10-15'inde klinik tablo yerleşmektedir<sup>52,53</sup>. Çalışmalarda gösterildiği gibi atopik dermatit hastalar ve aileleri üzerinde

belirgin bir ekonomik yük ve morbiditeye sahiptir, ek olarak yaşam kalitesini belirgin derecede etkileyen bir hastalıktır. Bundan dolayı etkinliği arttıran, az sayıda uygulama sıklığına sahip ve daha az yan etkili yeni tedavi stratejileri geliştirilmektedir<sup>54</sup>. Patogenezinde kutanöz immün disfonksiyon vardır ki bu genetik komponenti oluşturur<sup>55</sup>. Hastaların genellikle immünglobulin E düzeyleri artmıştır, yanı sıra yardımcı T hücrelerin proliferasyonu sitokinlerin aşırı üretimine neden olmaktadır<sup>56</sup>.

Şiddetli ve kolaylıkla tetiklenebilen kaşıntı bu hastalığın başlıca özelliğidir ve birçok klinik bulgu derinin kaşınması veya sürtünmesine ikincil olarak gelişir. Klinik olarak lezyonların değişken dağılımı (genellikle fleksural, bazen ekstansör veya jeneralize), morfolojisi (akut, subakut, kronik) ve kronolojisi (epizodik veya persistan) nedeniyle tanısı zor olan bir antitedir. İnfantil dönemde (2 ay-2 yaş) başlıca yüz, göğüs ön duvarı, saçlı deri, boyun ve ekstremitelerin ekstansör yüzlerinde eritemli ve sulantılı papüloveziküller görülür. Bilinçli kaşınma 2. aydan itibaren gelişir ve 18. ayda fleksural likenifikasyona rastlanabilir. Çocukluk döneminde (4-10 yaş) lezyonlar daha az eksudatif, daha dağınık yerleşimli olup sıklıkla boyun, el bileği, dirsek ve dizlerin fleksör bölgelerinde gözlenmektedir. Sulantsız papüller, ekskoriyasyonlar, likenifikasyon, periorbital ödem ve eriteme sık rastlanır. Adölesan ve yetişkin dönemde (onlu yaşlar ve erken yirmili yaşlar) lezyonlar fleksural bölgeler ile göz çevresinde başlıca kuru, likenifiye, hiperpigmente plaklardan oluşur. El ekzemaları bazen atopik diyatezin kalıntısı olarak sebat edebilir. Atopik dermatitin diğer bilinen klinik bulguları; iktiyozis vulgaris, avuç içlerinde hiperlinearite, Dennie-Morgan çizgileri ve keratozis pilaristir<sup>57</sup>.

Atopik dermatitin tanısı 1980 yılında Hanifin ve Rajka'nın ortaya koydukları major ve minör kriterlere dayanarak konmaktadır<sup>57</sup>. O zamandan günümüze değin atopik dermatit tanısını güncellemek amacıyla birçok ortak çalışmalar yapılmış olmasına rağmen henüz kabul gören yeni bir tanısal sınıflama bulunmamaktadır<sup>58</sup>. Buna göre kişisel ve ailesel atopi öyküsü, pruritus ve fiziksel egzema majör tanı kriterlerini oluşturur. Hastalar sıklıkla allerjik rinit ve astım gibi ek belirtilere sahiptir.

Atopik dermatit zaman içinde spontan iyileşebilmekle beraber atopik hastaların %30-80'inde yaşamın ileri dönemlerinde özellikle emosyonel ve fiziksel stresle alevlenmeler görülebilir<sup>55</sup>. Atopik dermatitin klasik tedavisi; deri



hidrasyonu, topikal kortikosteroidler ve hastalığı presipite edici iritanların eliminasyonudur. İntermittan topikal steroidler en sık kullanılan tedavidir. Topikal steroidlerin devamlı kullanımından deri atrofisi ve immünsüpresyon nedeniyle kaçınılmalıdır. Sistemik kortikosteroidlerin kısa süreli (2 hafta) uygulanması akut krizlerde önerilir ancak kronik kullanımı uygun bir tedavi seçeneği değildir. Son zamanlarda T hücre aktivasyonunu bloke eden immünmodülatör ajanlar olan pimekrolimus %1 veya takrolimus %0.03 ve %0.1 kremin günde iki kez kullanılmasının, sistemik immünsüpresyon ve deri atrofisi yapmaması nedeniyle kortikosteroidlere kıyasla avantajlı olabileceği düşünülmektedir<sup>56</sup>. Bu tedavilere dirençli olan hastalarda fototerapi, gama interferon veya intravenöz immünglobulin kullanılabilir<sup>59</sup>. Oral antihistaminikler pruritusun semptomatik tedavisinde ve inhale kortikosteroidler ile beta-2 reseptör agonistleri astımın tedavisinde tercih edilebilir<sup>46</sup>.

### **Vitiligo**

Vitiligo, epidermal melanositlerde kayıp nedeniyle beyaz lekeler veya lökoderma ile karakterize edinsel bir pigmentasyon bozukluğudur. Vitiligo tüm dünyada popülasyonun %0.1-4'ünü etkilemektedir<sup>60-64</sup>. Hindistan kaynaklı en büyük çalışmalardan birinde prevalans %2.5 olarak bildirilmiştir<sup>65</sup>. Vitiligo genellikle çocukluk çağında veya erken erişkinlikte başlar, bulgular hastaların yaklaşık yarısında 20 yaşından önce<sup>66</sup>, %25'inde 14 yaşından önce başlamaktadır<sup>67</sup>. Çocuklukta başlayan vitiligo, anlamlı psikolojik travma ile ilişkili olabilir. Hastaların sosyal gelişim ve yaşam kalitesi erken ergenlik döneminde bozulmaya başlamaktadır<sup>68</sup>.

Hastalık dağılım paterni ve depigmentasyon yaygınlığına göre segmental veya nonsegmental olarak sınıflandırılır. Vitiligonun nedeni tam olarak bilinmemektedir. Etiyolojiyle ilgili çeşitli teoriler öne sürülmüştür; hastalık büyük olasılıkla otoimmündür.

Vitiligoda çeşitli tedavi seçenekleri vardır; topikal, intralezyonel veya sistemik kortikosteroidler, topikal ve oral psöralen ve ultraviyole A (PUVA), darband ultraviyole B (dbUVB) ve 308 nanometre (nm) excimer laser bunların başlıcalarıdır. dbUVB fototerapisi, hem çocuklarda hem de erişkinlerde etkili ve güvenli olmasının yanında iyi tolere edilir<sup>69</sup>. İyi tolere edilen ve etkili bir tedavi olmakla birlikte, kıvrım bölgeleri gibi ulaşılması zor alanlarda ve lokalize hastalıkta uygun değildir.

## **Pitiriyazis Alba**

Pitiriyazis alba sık görülen bir deri hastalığıdır. Beyaz veya pembe, düzensiz sınırlı 0.5-6 cm boyutlarında, skuamlı plaklar ile karşımıza çıkmaktadır. %50 hastada lezyonlar yüzde görülmektedir. Hastaların çoğunluğunu 6-16 yaş arasındaki çocuklar oluşturur<sup>70</sup>. Özellikle koyu deri rengi olan erkeklerin daha çok etkilendiği düşünülmektedir<sup>71,72</sup>.

19. yüzyıldan beri etiyojisi konusunda uzlaşamayan hastalık bundan dolayı farklı isimlendirmeler almıştır. Pitrosporum, streptokoklar, aspergillus ve stafilkoklar gibi mikroorganizmaların rol oynayabileceğinin öne sürüldüğü hastalıkta nedensel ilişki saptayan yayınlar bildirilmiştir<sup>73</sup>. Enfeksiyöz ajanların yanı sıra sıcaklık değişimleri, nemli hava, aşırı güneş ışığına maruz kalma gibi çevresel faktörler sorumlu tutulan diğer ajanlar arasındadır<sup>72</sup>. Yakın zamanda ultraviyole radyasyonun neden olduğu hasarın da patogeneizde rolü olabileceği düşünülmüştür. Bunun nedeni olarak aşırı deri irritasyonunun inflamatuvar reaksiyonları uyarması ve güneş ışığının direk olarak melanosit fonksiyonlarının işleyişini değiştirmesi sonucunda pitiriyazis alba lezyonlarındaki renk yoğunluğunun azalması neden olarak gösterilmiştir<sup>74</sup>. Pitiriyazis albada gözlenen cilt kuruluğu uygunsuz sabun kullanımı ve çok uzun ve sıcak banyolar ile tetiklenmektedir<sup>70,72,74</sup>. Dermatolojik hastalıklardan atopik dermatit de cilt kuruluğunu kötüleştirir<sup>57</sup>. Pitiriyazis alba benin özellikli bir hastalık olmasına rağmen kronik seyirli, tekrarlamaya eğilimli olması ve kozmetik görünümü bozması nedeniyle dermatoloji polikliniklerine en sık yapılan başvuru nedenlerinden biridir.

## **Böcek Isırıkları**

Böcek sokmalarında en sık görülen klinik tablo, sivrisinek ısırıklarına bağlı lokal reaksiyonlardır (Culicidae ailesinden küçük sinekler). Reaksiyon böceğin tükürük proteinlerine karşı gelişen alerjik bir yanıttır. Tüm insanların 3/4'ünde erken reaksiyon (kabarıklık), yaklaşık yarısında geç reaksiyon (papüller) oluşur<sup>75</sup>. Sivrisinekler ve diğer kan emen böcekler nadiren ciddi bir hastalık nedenidir. İmmünglobulin E aracılı sistemik alerjik reaksiyonların klinik önemi çok büyüktür. Hymenoptera takımına ait böceklerin sokmasıyla ölümcül sonuçları olabilen erken yanıtlar (anafilaksi) tetiklenebilir. Bu reaksiyonların çoğunluğu bal arısı (Apis mellifera) ve Vespidae ailesinden belirli yabanarısı türlerine (özellikle Vespula vulgaris ve Vespula germanica) karşı gelişmektedir.

Anafilaksi arasına diğeri Vespidae türlerine (Dolichovespulas spp), hornetlere (Vespa crabro) ve arılara (özellikle yabanarısı: Bombus spp) bağılı olarak da gelişebilir. Bu tür reaksiyonların karınca ve sivrisinek gibi böcek ısırıklarına bağılı olarak gelişmesi çok daha nadir gözlenir.

Sivrisinek ısırığına bağılı gelişen allerjik reaksiyonlar sivrisinek tükürük proteinlerine karşı hassasiyet nedeniyle ortaya çıkar<sup>76</sup>. Sivrisinek tükürüğüne spesifik immünglobulin E ve G antikoları ve T hücre aracılı gecikmiş tip aşırı duyarlılık reaksiyonları patogenezde rol almaktadır<sup>76</sup>. Culex quinquefasciatus, Aedes aegypti ve Aedes vexans dünyada en yaygın görülen sivrisinek türleridir<sup>77</sup>. Sivrisinek ısırıklarının ortak kutanöz reaksiyonları akut reaksiyon olarak 20 dakika içinde gelişen kızarıklık ve kabarıklık, gecikmiş reaksiyon olarak da 24-36 saatte pik yapan, gün ya da haftalar içinde yavaşça gerileyen kaşıntılı endüre, eritemli papüller olarak karşımıza çıkmaktadır<sup>78</sup>. Diğeri reaksiyonlar; vezikül, bül, ekimoz, Skeeter sendromu (geniş selülit benzeri lokal inflamatuvar reaksiyon ve düşük dereceli ateş), jeneralize ürtiker, anjioödem ve anafilaksidir<sup>76</sup>. Allerjik hastalarda ciddi deri lezyonları gelişebilir. Hemorajik bül, nekroz veya ülser olarak karşımıza çıkabilen bu lezyonlar rezidüel skar bırakarak gerileyebilir. Eşlik eden sistemik bulgular yüksek ateş, halsizlik, lenfadenopati, hepatosplenomegali, hepatic disfonksiyon ve glomerülonefrittir<sup>79</sup>.

Sivrisinek ısırıklarına bağılı allerjik reaksiyonlar oldukça sık görülür ve birçok insanın yaşam kalitesini olumsuz olarak etkiler, bu hastalar ile ilgili klinik özellikler ve doğal seyirle ilgili yapılan çalışmalar sayısal olarak yetersizdir.

### **Tinea Versikolor**

Tinea versikolor, Malassezia furfur (Pityrosporum ovale veya Pityrosporum orbiculare olarak da bilinir) nedeniyle meydana gelen sık görülen yüzeysel bir maya enfeksiyonudur. Bu organizma derinin normal florasının saprofitik mayasıdır. Sıcak ve nemli hava, yağlı nemlendirici kullanımı, hiperhidroz ve immünsüpresyon gibi uygun koşullar hastalığa neden olan miçel veya hifal forma dönüşümü tetiklemektedir<sup>80</sup>. Tinea versikolor en sık tropikal iklimlerde (erişkinlerde %30-40), takiben ılıman iklimlerde görülür (erişkinlerde %1-4)<sup>81,82</sup>. Başarılı bir tedavi sonrasında bile enfeksiyon rekürrensi siktir. Tedaviden sonraki ilk yıl %60 rekürrens oranı, 2. yıl %80'e yükselmektedir<sup>83</sup>. Malassezia furfur enfeksiyonu iyi sınırlı, ince skuamlı, değışken pigmentasyonlu plaklarla seyreder. Sıklıkla gövde üst kısmı ve ekstremitelerde gözlenir<sup>84</sup>. Tipik

lezyonlar küçük ama sıklıkla birleşmeye eğilimlidir. Hastalar genellikle asemptomatiktir. Bununla birlikte bazılarında hafif kaşıntı eşlik edebilir. Hastaların birçoğu ise kozmetik açıdan ve bulaşıcılık riski yüzünden kaygılıdır. Tedavi olan hastalarda veya inaktif lezyonlarda skuamlar geriler ancak hiperpigmentasyon veya hipopigmentasyon enfeksiyon gerilese bile devam edebilir<sup>84</sup>. Tinea versikolor enfeksiyonunu hedef alan birçok topikal ve sistemik tedavi seçeneği etkili bulunmuştur. Topikal olarak selenyum sülfidli losyonlar veya şampuanlar, salisilik asitli, sodyum tiyosülfatlı, propenil glikollü şampuanlar, klotrimazol, bifonazole ve ketakonazolü losyon veya şampuanlar kullanılabilir. Tinea versikolorun sistemik tedavisinde kullanılan ilaçlar ketokonazol, itrakonazol ve flukonazoldür. Profilaksi için ise aynı sistemik ve topikal ajanlar kullanılabilir.

## GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalışmaya Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı polikliniğine 2001-2010 yılları arasında ayaktan başvuran 0-16 yaş arası 12206 çocuk hasta dahil edildi. Bu çocukların tamamı dermatoloji polikliniğine ayaktan başvurduğu kayıtlardan kesin olarak gözlenen hastalardı.

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi yerel etik kurulunun 03/11/2010 tarihli ve 2010/80 sayılı komisyon kararı ile çalışma izni alındı.

1 Ocak 2001 ile 23 Nisan 2007 tarihleri arasındaki başvurular poliklinik defter kayıtlarından, 24 Nisan 2007 ile 31 Aralık 2010 arasındaki kayıtlar ise otomasyon dosya sisteminden geriye dönük olarak analiz edildi.

Çalışmaya yenidoğan döneminden itibaren 17 yaşını doldurmamış tüm çocuk hastalar dahil edildi.

Hastaların hasta numarası, yaş ve cinsiyet gibi sosyodemografik özellikleri, başvurdukları mevsim ve yıl, yaş grupları, tanıları, tanıların bulunduğu genel hastalık grupları, başvurusundaki tanı sayıları istatistiksel veri tabanına kaydedildi. Ek olarak bazı hastalıklarda sistemik tedavi alma durumu ve sistemik tedavi alanların aldıkları tedaviler de kaydedildi.

Tarama sırasında kontrol muayenesi olduğu gözlenen başvurular kayıtlara dahil edilmedi. Hasta numaraları, tekrarlayan hasta başvurularını engellemek amacıyla veri tabanına kaydedildi. Son 1 yıl içinde aynı şikayetle olan başvurular da kontrol muayenesi olarak değerlendirildi. Aynı hastanın farklı tanı ile başvurusu ve aynı hastanın aynı şikayetle farklı yıllarda başvurusu farklı hasta olarak kaydedildi.

1 yaş altındaki çocuk hastalar, istatistiksel analiz açısından karışıklığa yol açmamak amacıyla 0 yaş olarak kaydedildi.

Hastalar yaş gruplarına göre 4 farklı döneme ayrıldı. 0-2 yaş arasındaki hastalar infant, 3-5 yaş arasındaki hastalar okul öncesi dönemi, 6-11 yaş arasındaki hastalar okul çağı, 12-16 yaş arasındaki hastalar adölesan dönemi olarak gruplandırıldı.

Başvuru tanılarına göre hastalıklar 28 genel hastalık grubu altında değerlendirildi. Kayıtlardan başvurusu olduğu gözlenen ancak tanısına ulaşılamayan hastalar tanı yok olarak, başvurusunda dermatolojik muayenesi normal olan hastalar normal dermatolojik muayene olarak kaydedildi. Tanısına ulaşılamayan hastalar ve dermatolojik muayenesi normal olan hastalar tanısı

olmayan hastalar olarak kategorize edildi. Genel hastalık grupları ve içerdikleri tanılar aşağıda ayrıntılı bir şekilde belirtilmiştir.

1.İnflamatuvar Dermatozlar: Psoriyazis, pitiriyazis rozea, liken planus, pitiriyazis rubra pilaris, pitiriyazis likenoides kronika, liken nitidus, liken striatus, figüre eritemler, pitiriyazis likenoides et varioliformis akuta, prurigo nodularis, dermatitis repens.

2.Pigmentasyon Bozuklukları: Vitiligo, ash leaf makülleri, lentigo, efelid, hiperpigmentasyon, hipopigmentasyon, albinizm, Mongol lekesi, cafe au lait lekesi, Ashy dermatozu.

3.Viral Hastalıklar: Verrukalar, molluskum kontagiyozum (M. kontagiyozum), herpes zoster, herpes simpleks enfeksiyonları, varisella, epidermodisplazya verrüsiformis, Giannotti-Crosti sendromu, viral ekzantem.

4.Oral Mukoza Hastalıkları: Tekrarlayan oral aftlar, müköz kist, coğrafik dil, oral fibrom, skrotal dil, lökoplaki, aftöz stomatit.

5.Fungal Hastalıklar: Tinea versikolor, tinea pedis, kandidal stomatit, tinea corporis, tinea kapitis, kronik paronişi, intertrigo, onikomikoz, tinea manus.

6.Tırnak Hastalıkları: Tırnak batması, travmatik tırnak, yüksük tırnak, distrofik tırnak, tırnak yeme, lökonişi, onikoliz, yirmi tırnak sendromu, splinter hemoraji.

7.Ekzemalar: Pitiriyazis alba, atopik dermatit, seboreik dermatit, kontakt dermatit, dizhidrotik ekzema, numuler dermatit, paederus dermatiti, asteatotik ekzema, kseroz, nörodermatit, diaper dermatiti.

8.Bakteriyel Hastalıklar: Akut paronişi, impetigo, follikülit, kızıl, ektima, piyoderma, çukurcuklu keratoliz, erizipel, abse, deri tüberkülozu, sifiliz.

9.Paraziter Hastalıklar: Skabiyez, böcek ısırıkları, layşmanyazis, pedikülozis.

10.Bağ Dokusu Hastalıkları: Morfea, diskoid lupus eritematozus, skleroderma, dermatomiyozit.

11.Yağ Bezi Hastalıkları: Akne, milyum, rozasea, sebase hiperplazi, Fordyce lekeleri.

12.Kistler: Epidermoid kist, dermoid kist, vellüs kıl kisti, tiroglossal duktus kisti, pilar kist.

13.Allerjik Hastalıklar: Akut ürtiker, kronik ürtiker, dermografizm, ilaç erüpsiyonu, strofulus, hipereozinofilik sendrom.

14.Keratinizasyon Bozuklukları: Keratozis pilaris, uleritema ofriyogenez, liken spinülozus, akantozis nigrikans, porokeratoz, Darier hastalığı.

15.Vasküler Hastalıklar: Kiraz anjiyom, spider anjiyom, Behçet hastalığı, hemanjiyom, vaskülitler, piyojenik granülom, anjiyokeratom, kutis marmoratus, nevüs flammeus, pigmente purpurik dermatoz, lenfanjiyom, livedo retikularis, reynaud fenomeni, venöz gölcük, Sweet sendromu.

16.Benin Deri Hastalıkları: Melanositik nevüsler, epidermal nevüs, sebase nevüs, halo nevüs, nevüs depigmentozus, nevüs anemikus, dermatofibrom, inflamatuvar lineer verruköz epidermal nevüs (İLVEN), fibroepitelyal polip, Becker nevüs, seboreik keratoz, lipom, nevüs spilus, Ota nevüs, İto nevüs, pilomatriksoma, solar keratoz, Spitz nevüs, melanonişi, faun-tail nevüs.

17.Fiziksel Dermatozlar: Kallus, yanık, generalize pruritus, perniyo, polimorf ışık erüpsiyonu, ekimoz, eritema ab igne, yabancı cisim reaksiyonu, yara, hidroa vaksiniforme.

18.Saç Hastalıkları: Alopesi areata, androjenetik alopesi, alopesi universalis, alopesi totalis, hirsutizm, saç dökülmesi, hipertrikoz, trikotillomani, sikatrisyel alopesi, trikoreksis nodoza, moniletriks, liken planopilaris, traksiyon alopesisi.

19.Genodermatozlar: İnkontinensiya pigmenti, keratodermalar, epidermolizis bülloza, iktiyozlar, kseroderma pigmentozum, nörofibromatozis, aplazia kutis konjenita, tüberoskleroz, ektodermal displazi.

20.Nekrobiyotik ve Granümatöz Hastalıklar: Stria, sarkoidoz, granüloma annulare, liken sklerozis et atrofikus, psödoksantoma elastikum.

21.Ter Bezi Hastalıkları: Hiperhidroz, milyarya, hidradenitis süpürativa, siringom, bromohidroz.

22.Metabolik Bozukluklar: Lipoid proteinoz, kalsinozis kutis, ksantom, ksantalezma, maküler amiloidoz.

23.Lenfoproliferatif Hastalıklar: Psödolenfoma, ksantogranülom, histiyositozlar.

24.Bağ Dokusu Bozuklukları: Skar, keloid, psödoanhiyum.

25.Otoimmün Bülöz Hastalıklar: Dermatit herpetiformis, pemfigus vulgaris, subkorneal püstüler dermatoz, lineer immünglobulin A dermatozu.

26.Mast Hücreleri Hastalıkları: Mastositom, ürtikerya pigmentoza.

27.Malin Deri Hastalıkları: Lentigo maligna, skuamöz hücreli kanser.

28.Diğer: Pannikülitler, ektopik meme başı, toksik eritem.

Sosyodemografik veriler için başvuran hasta sayısı üzerinden analiz yapıldı. Tanı sayısı birden fazla olan hastalar olduğu için hastalıklar ile ilgili istatistiksel analizler toplam tanı sayısı üzerinden yapıldı.

Veri tabanının oluşturulmasında ve istatistiksel analizlerde SPSS (Statistical Package for Social Sciences: Sosyal Bilimler için İstatistik Paketi) 16.0 programı kullanıldı.

Çalışmadan elde edilen verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde kategorik veriler frekans ve yüzde cinsinden, sürekli veriler ise normal dağılıma uyum gösterdikleri için ortalama ( $\pm$  standart sapma) cinsinden özetlenmiştir. Anlamlılık seviyesi (p) 0.05 olarak alınmıştır. Sonuçlar %95'lik güven aralığında değerlendirilmiştir.

İstatistiksel değerlendirmede kategorik değişkenler için iki oran karşılaştırması yapıldı. Sayısal değişkenler bakımından iki grubun karşılaştırılmasında verilerin dağılımı normal dağılıma uyum gösterdiği için parametrik bağımsız iki grup farkların t testi (independent samples 't' test) kullanıldı.



## BULGULAR

### A. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmaya polikliniğe 2001-2010 yılları arasında olmak üzere toplamda 10 yıllık süre içerisinde başvuran 0-16 yaş arası 12206 ayaktan çocuk hasta dahil edildi. Kontrol muayene başvuruları dışlandı.

12206 hastanın 6412'si (%52.5) kız, 5794'ü (%47.5) erkekti. Kız/erkek oranı 1.1/1 olarak bulundu.

Hastaların yaşı 2 gün ile 16 yaş arasında değişmekteydi. Ortalama yaş olarak 9.71 ( $\pm 4.91$ ) bulundu. Kız çocukların yaş ortalaması 10.09 ( $\pm 4.85$ ), erkek çocukların yaş ortalaması 9.29 ( $\pm 4.93$ ) idi. Her iki cinsiyetin yaş ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (Tablo 1).

**Tablo 1.** Hastaların cinsiyet ve yaş özellikleri.

	Sayı (yüzde)	Ortalama Yaş	p
<b>Kız</b>	6412 (% 52.5)	10.09 ( $\pm 4.85$ )	<0.001
<b>Erkek</b>	5794 (% 47.5)	9.29 ( $\pm 4.93$ )	

Hastaların başvurusunun mevsimlere göre dağılımına bakıldığında en fazla hastanın yaz mevsiminde (%31.8) muayene olduğu görüldü (Tablo 2).

**Tablo 2.** Mevsimlere göre hasta sayısının dağılımı.

	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Kış</b>	2442	%20.0
<b>İlkbahar</b>	2763	%22.6
<b>Yaz</b>	3886	%31.8
<b>Sonbahar</b>	3115	%25.5

Toplam 10 yıllık süre içerisinde en az hasta başvurusu 2001 yılındayken

(%5.9), en fazla hasta kaydının ise 2008 yılında (%14.3) yapıldığı gözlemlendi (Tablo 3).

**Tablo 3.** Yıllara göre hasta sayısının dağılımı.

	<b>Sayı (yüzde)</b>		<b>Sayı (yüzde)</b>
<b>2001</b>	718 (%5.9)	<b>2006</b>	947 (%7.8)
<b>2002</b>	936 (%7.7)	<b>2007</b>	1633 (%13.4)
<b>2003</b>	1146 (%9.4)	<b>2008</b>	1744 (%14.3)
<b>2004</b>	1124 (%9.2)	<b>2009</b>	1469 (%12.0)
<b>2005</b>	1074 (%8.8)	<b>2010</b>	1415 (%11.6)

Hastalar infant (0-2 yaş), okul öncesi (3-5 yaş), okul dönemi (6-11 yaş) ve adölesan (12-16 yaş) olmak üzere 4 farklı yaş grubuna göre sınıflandırıldığında en geniş hasta popülasyonunun adölesan dönemde olduğu bulundu. 12206 çocuk hastanın 5392'si (%44.2) 12-16 yaş arasındaydı. Yenidoğan döneminde (0-28 gün) başvuran hasta sayısı ise 37 idi (%0.003). Yaş gruplarına göre cinsiyet özellikleri değerlendirildiğinde infant ve okul öncesi dönemde erkek çocuk sayısı daha fazlayken (sırasıyla %53 ve %52.3), okul çağı ve adölesan dönemde kız hasta sayısı daha baskın olarak bulundu (sırasıyla %50.7 ve %56.7) (Tablo 4).

**Tablo 4.** Yaş gruplarına göre sayı ve cinsiyet özellikleri.

	Sayı (yüzde)	Kız	Erkek
		Sayı (yüzde)	
<b>0-2 yaş</b>	1348 (%11.0)	634 (%47.0)	714 (%53.0)
<b>3-5 yaş</b>	1568 (%12.8)	748 (%47.7)	820 (%52.3)
<b>6-11 yaş</b>	3898 (%31.9)	1975 (%50.7)	1923 (%49.3)
<b>12-16 yaş</b>	5392 (%44.2)	3055 (%56.7)	2337 (%43.3)

Yaş gruplarına göre hastaların polikliniğe başvurdukları mevsim değerlendirildiğinde infant dönemindeki hastaların en sık sonbaharda (%29.9), diğer yaş gruplarındaki hastaların ise en sık yaz mevsiminde muayene olduğu gözlemlendi (Tablo 5).

**Tablo 5.** Yaş gruplarına göre mevsimsel özellikler.

	Kış	İlkbahar	Yaz	Sonbahar
	Sayı (yüzde)			
<b>0-2 yaş</b>	254 (%18.8)	308 (%22.8)	383 (%28.4)	403 (%29.9)
<b>3-5 yaş</b>	295 (%18.8)	386 (%24.6)	467 (%29.8)	420 (%26.8)
<b>6-11 yaş</b>	745 (%19.1)	966 (%24.8)	1209 (%31.0)	978 (%25.1)
<b>12-16 yaş</b>	1148 (%21.3)	1103 (%20.5)	1827 (%33.9)	1314 (%24.4)

## B. Hastalık Yüzdelerine Göre Hasta Dağılımı

11478 hasta (%94.1) tek tanıya sahipti. İki tanı alan 699 (%5.7), üç tanı alan 29 hasta (%0.2) vardı. Sonuç olarak 12963 tanı kaydedildi. Hastalıklarla ilgili istatistiksel çalışmalar tanı sayısı (n: 12963) üzerinden yapıldı.

Toplam 205 dermatoz, 28 genel hastalık grubu altında sınıflandırıldı. Başvurusu gözlenen, tanısına ulaşılamayan 51 hasta (%0.4) ve başvurusunda dermatolojik muayenesi normal olan 74 hasta (%0.6) vardı. Sonuç olarak tanısı olmayan hastalar toplam 125 kişiydi ve tüm tanılarının %1'ini oluşturuyordu.

Buna göre en sık tanı alan genel hastalık grupları ekzemalar (%25.9), viral hastalıklar (%14.2) ve yağ bezi hastalıklarıydı (%13). Bu 3 grup tüm hastalıkların % 53.1'ini oluşturuyordu (Tablo 6).

**Tablo 6.**  $\geq$ %2 sıklıktaki genel hastalık gruplarının dağılımı.

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Ekzemalar	3354	%25.9
Viral hastalıklar	1841	%14.2
Yağ bezi hastalıkları	1679	%13.0
Fungal hastalıklar	768	%5.9
Pigmentasyon bozuklukları	597	%4.6
Saç hastalıkları	582	%4.5
Bakteriyel hastalıklar	554	%4.3
İnflamatuvar dermatozlar	534	%4.1
Benin deri hastalıkları	465	%3.6
Paraziter hastalıklar	445	%3.4
Allerjik hastalıklar	413	%3.2
Vasküler hastalıklar	289	%2.2

En az saptanan hastalık grupları ise lenfoproliferatif hastalıklar (%0.1), otoimmün büllöz hastalıklar (%0) ve malin deri hastalıklarıydı (%0) (Tablo 7).

**Tablo 7.** <%2 sıklıktaki genel hastalık gruplarının dağılımı.

	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Keratinizasyon bozuklukları	232	%1.8
Ter bezi hastalıkları	223	%1.7
Fiziksel dermatozlar	177	%1.4
Genodermatozlar	156	%1.2
Tırnak hastalıkları	145	%1.1
Oral mukoza hastalıkları	92	%0.7
Nekrobiyotik ve granülomatöz hastalıklar	77	%0.6
Bağ dokusu bozuklukları	67	%0.5
Bağ dokusu hastalıkları	49	%0.4
Kistler	35	%0.3
Mast hücresi hastalıkları	31	%0.2
Metabolik bozukluklar	10	%0.1
Diğer hastalıklar	9	%0.1
Lenfoproliferatif hastalıklar	8	%0.1
Otoimmün büllöz hastalıklar	4	%0.0
Malin deri hastalıkları	2	%0.0
Tanısı olmayanlar	125	%1.0

205 dermatoz içinde en sık tanıların akne (%12.4), verrukalar (%10.5) ve atopik dermatit (%9.3) olduğu görüldü. %2'nin üzerinde görülme sıklığı olan ilk

14 tanının sıklığı toplam hasta tanısının %62.4'ünü (8081 hasta) oluşturuyordu. %1'in üzerinde sıklık olan ilk 20 tanı toplamın %70.4'ünü (9122 hasta) oluşturuyordu (Tablo 8).

**Tablo 8.** ≥%1 sıklıktaki hastalıkların dağılımı.

Tanı	Sayı (n)	Yüzde (%)
>% 9		
Akne	1602	%12.4
Verrukalar	1362	%10.5
Atopik dermatit	1201	%9.3
% 2-5		
Kontakt dermatit	773	%6.0
Seboreik dermatit	547	%4.2
Vitiligo	325	%2.5
Pitiriazis alba	309	%2.4
Molluskum kontagiyozum	300	%2.3
Psoriyazis	298	%2.3
Tinea versikolor	296	%2.3
Alopesi areata	276	%2.1
Böcek ısırıkları	274	%2.1
Melanositik nevüsler	262	%2.0
İmpetigo	256	%2.0
% 1-2		
İntertrigo	216	%1.7
Kseroz	201	%1.6
Akut ürtiker	180	%1.4
Keratozis pilaris	168	%1.3
Numuler dermatit	143	%1.1
Saç dökülmesi	133	%1.0

%0.5 ile %0.9 arasında başvuru sıklığı olan hastalık sayısı 19'du. Bu sıklıkta başvuran hasta sayısı 1695'di, tüm hastalık tanılarının %13'ünü oluşturuyordu (Tablo 9).

**Tablo 9.** %0.5-0.9 sıklıktaki hastalıkların dağılımı.

Tanı	Sayı (n)	Yüzde (%)
Piyodermalar	123	%0.9
Pitiriyazis rozea	119	%0.9
Milyarya	119	%0.9
Folikülit	110	%0.8
Hipopigmentasyon	109	%0.8
Hiperpigmentasyon	98	%0.8
Kronik ürtiker	97	%0.7
Hemanjiyom	97	%0.7
Hiperhidroz	96	%0.7
Skabiyez	92	%0.7
Tinea pedis	86	%0.7
Dizhidrotik ekzema	78	%0.6
İlaç erüpsiyonu	78	%0.6
Herpes virüs enfeksiyonları	72	%0.6
Milyum	71	%0.5
Tırnak batması	65	%0.5
Tinea korporis	62	%0.5
Pruritus	62	%0.5
Tekrarlayan oral aftlar	61	%0.5

%0.2 ile %0.4 arasında başvuru sıklığı olan hastalık sayısı 37 idi. Bu sıklıkta başvuran hasta sayısı 1339'du ve tüm tanıların %10.3'ünü oluşturuyordu (Tablo 10).

**Tablo 10.** %0.2-0.4 sıklıktaki hastalıkların dağılımı.

Tanı	n	%	Tanı	n	%
İktiyozlar	58	%0.4	Vaskülit	33	%0.3
Tinea kapitis	54	%0.4	Asteatotik egzema	33	%0.3
Stria	53	%0.4	Travmatik tırnak	32	%0.2
Nörodermatit	52	%0.4	Distrofik tırnak	31	%0.2
Layşmanyazis	51	%0.4	Dermografizm	30	%0.2
Spider anjiyom	49	%0.4	Epidermolizis bülloza	30	%0.2
Epidermal nevüs	48	%0.4	Akut paronişi	28	%0.2
Keloid	48	%0.4	Pedikülozis	28	%0.2
Liken spinilozus	47	%0.4	Strofulus	27	%0.2
Herpes zoster	47	%0.4	Nevüs depigmentozus	26	%0.2
Piyojenik granülom	44	%0.3	Fibroepitelyal polip	25	%0.2
Hirsutizm	43	%0.3	Epidermoid kist	24	%0.2
Liken nitidus	42	%0.3	Kandidal stomatit	24	%0.2
Kallus	41	%0.3	Alopesi totalis	22	%0.2
Efelid	41	%0.3	Mastositoz	21	%0.2
Yanık	40	%0.3	Pitiriyazis rubra pilaris	21	%0.2
Androgenetik alopesi	37	%0.3	Alopesi üniversalis	20	%0.2
Viral ekzantem	36	%0.3	Halo nevüs	20	%0.2
Morfea	33	%0.3			

%0.1 oranında başvuru sıklığı olan hastalık sayısı 36 iken bu sıklıkta başvuran hasta sayısı ise 426 idi. Tüm hastalık tanılarının %3.3'ünü oluşturuyordu (Tablo 11).



**Tablo 11.** %0.1 sıklıktaki hastalıkların dağılımı.

Tanı	n	%	Tanı	n	%
Liken striatus	19	%0.1	Ürtikerya pigmentoza	10	%0.1
Varisella	19	%0.1	Akantozis nigrikans	10	%0.1
Liken planus	18	%0.1	Lentigo	10	%0.1
Skar	18	%0.1	Kronik paronişi	9	%0.1
Trikotillomani	18	%0.1	İLVEN	9	%0.1
Sebase nevüs	18	%0.1	Kiraz anjiyom	9	%0.1
Becker nevüs	17	%0.1	Diskoid lupus eritematozus	9	%0.1
Hipertrikoz	17	%0.1	Behçet hastalığı	8	%0.1
Onikomikoz	17	%0.1	Nevüs flammeus	8	%0.1
Diaper dermatiti	15	%0.1	İnkontinensiya pigmenti	8	%0.1
Keratodermalar	15	%0.1	Yüksük tırnak	7	%0.1
Nörofibromatozis	14	%0.1	Kızıl	7	%0.1
Pigmente purpurik dermatoz	14	%0.1	Abse	7	%0.1
Granüloma annulare	14	%0.1	Ekimoz	7	%0.1
Perniyo	13	%0.1	Pannikülitler	7	%0.1
Coğrafik dil	12	%0.1	Kseroderma pigmentozum	7	%0.1
Tüberoskleroz	11	%0.1	Nevüs anemikus	7	%0.1
Aftöz stomatit	11	%0.1	Ektodermal displazi	7	%0.1

%0.1'in altında sıklığa sahip olan 93 tanıda ise toplam hasta sayısı 256'ydı ve tüm tanıların %2'sini oluşturuyordu. Bu tanıları sahip hasta sayıları 1 ile 6 arasında değişmekteydi. Oldukça az hasta sayısına sahip oldukları için bu tanılarla ilgili ayrıntılı değerlendirme yapılmadı.

Geriye kalan %1 hasta ise tanısı olmayan hastalardı.

### **C. $\geq$ %2 Sıklıkta Tanı Alan Hastaların Sosyodemografik Özellikleri**

Bu bölümde %2 ve üzerinde görülme sıklığı olan ilk 14 tanıya sahip hastalıkların önce genel özelliklerinden bahsedilecektir. Takiben bu hastalıkların bulguları üzerinde tek tek durulacaktır.

Kız çocuklarda en sık koyulan tanı akne iken, erkek çocuklarda verrukalardı. Akne, kızların %14'ünde mevcuttu. Verrukalar ise erkek çocukların %11.3'ünü etkilemişti (Tablo 12).

**Tablo 12.**  $\geq$ %2 sıklıktaki hastalıkların cinsiyete göre dağılımı.

Tanı	Kız		Erkek	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Akne	956	%14.0	646	%10.6
Verrukalar	673	%9.8	689	%11.3
Atopik dermatit	592	%8.6	609	%10.0
Kontakt dermatit	403	%5.9	370	%6.0
Seboreik dermatit	353	%5.2	194	%3.2
Vitiligo	171	%2.5	154	%2.5
Pitiriyazis alba	137	%2.0	172	%2.8
Molluskum kontagiyozum	121	%1.8	179	%2.9
Psoriyazis	167	%2.4	131	%2.1
Tinea versikolor	138	%2.0	158	%2.6
Alopesi areata	139	%2.0	137	%2.2
Böcek ısırıkları	138	%2.0	136	%2.2
Melanositik nevüsler	130	%1.9	132	%2.2
İmpetigo	106	%1.5	150	%2.5

Hastalıkların kendi içinde kız ve erkek çocuklara göre yüzdelerine bakıldı. Kız hasta sayısı daha fazla olan tanıları seboreik dermatit, akne ve psoriyazis iken, erkek hasta sayısı fazla olan tanıları molluskum kontagiyozum, pitiriyazis alba ve impetigoydu ( $p<0.05$ ). İstatistiksel açıdan farkın anlamlı olduğu değerler Tablo 13'te kalın olarak yazılmıştır.

**Tablo 13.**  $\geq$ %2 sıklıktaki hastalıkların cinsiyete göre yüzdeleri.

Tanı	Kız (%)	Erkek (%)	p
Akne	<b>%59,7</b>	%40.3	<b>&lt;0,001</b>
Verrukalar	%49.4	%50.6	0,556
Atopik dermatit	%49.3	%50.7	0,528
Kontakt dermatit	%52.1	%47.9	0,109
Seboreik dermatit	<b>%64.5</b>	%35.5	<b>&lt;0,001</b>
Vitiligo	%52.6	%47.4	0,212
Pitiriazis alba	%44.3	<b>%55.7</b>	<b>0,006</b>
Molluskum kontagiyozum	%40.3	<b>%59.7</b>	<b>&lt;0,001</b>
Psoriyazis	<b>%56.0</b>	%44.0	<b>0,004</b>
Tinea versikolor	%46.6	%53.4	0,116
Alopesi areata	%50.4	%49.6	0,918
Böcek ısırıkları	%50.4	%49.6	0,919
Melanositik nevüsler	%49.6	%50.4	0,924
İmpetigo	%41.4	<b>%58.6</b>	<b>&lt;0,001</b>

%2'nin üzerindeki sıklıkta görülen hastalıkların mevsimsel özellikleri değerlendirildiğinde psoriyazis ve molluskum kontagiyozum hastalarının en çok ilkbaharda başvurduğu bulundu. Seboreik dermatit ve kontakt dermatit hastaları ise sonbaharda daha sık başvurmuştu. Alopesi areata, kış hariç diğer mevsimlerde eşit sıklıkta görülmüştü. Diğer hastalıklar ise en sık yaz mevsiminde başvurmuştu. Hiçbir hastalığın en sık başvurusu kış mevsiminde olmamıştı. Mevsimlere göre hastalıkların en sık başvuruları Tablo 14'te kalın yazılmış değerler olarak ayrıntılı şekilde belirtilmiştir.

**Tablo 14.** ≥%2 sıklıktaki hastalıkların mevsimsel özellikleri.

Tanı	Kış	İlkbahar	Yaz	Sonbahar
	Sayı (yüzde)			
Akne	335 (%20.9)	336 (%21.0)	<b>524 (%32.7)</b>	407 (%25.4)
Verrukalar	292 (%21.4)	283 (%20.8)	<b>446 (%32.7)</b>	341 (%25.0)
Atopik dermatit	230 (%19.2)	330 (%27.5)	<b>343 (%28.6)</b>	298 (%24.8)
Kontakt dermatit	158 (%20.4)	176 (%22.8)	211 (%27.3)	<b>228 (%29.5)</b>
Seboreik dermatit	134 (%24.5)	119 (%21.8)	131 (%23.9)	<b>163 (%29.8)</b>
Vitiligo	41 (%12.6)	82 (%25.2)	<b>145 (%44.6)</b>	57 (%17.5)
Pitiriazis alba	40 (%12.9)	83 (%26.9)	<b>113 (%36.6)</b>	73 (%23.6)
M. kontagiyozum	76 (%25.3)	<b>82 (%27.3)</b>	68 (%22.7)	74 (%24.7)
Psoriyazis	76 (%25.5)	<b>91 (%30.5)</b>	66 (%22.1)	65 (%21.8)
Tinea versikolor	34 (%11.5)	43 (%14.5)	<b>126 (%42.6)</b>	93 (%31.4)
Alopesi areata	66 (%23.9)	<b>70 (%25.4)</b>	<b>70 (%25.4)</b>	<b>70 (%25.4)</b>
Böcek ısırıkları	32 (%11.7)	62 (%22.6)	<b>114 (%41.6)</b>	66 (%24.1)
Melanositik nevüsler	34 (%13.0)	52 (%19.8)	<b>110 (%42.0)</b>	66 (%25.2)
İmpetigo	23 (%9.0)	35 (%13.7)	<b>116 (%45.3)</b>	82 (%32.0)

Hastalıklar yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde 0-2 ve 3-5 yaş gruplarında atopik dermatitin en sık hastalık olduğu gözlemlendi (sırasıyla %20.9 ve %19.6). 6-11 yaş grubunda en sık hastalık verrukalar (%14.7), 12-16 yaş grubunda ise akneydi (%26.1) (Tablo 15).

**Tablo 15.** Yaş gruplarına göre en sık gözlenen ilk 10 hastalık.

0-2 yaş	3-5 yaş	6-11 yaş	12-16 yaş
<b>Tanı (%)</b>			
Atopik dermatit (%20.9)	Atopik dermatit (%19.6)	Verrukalar (%14.7)	Akne (%26.1)
İntertrigo (%7.4)	Verrukalar (%7.7)	Atopik dermatit (%10.6)	Verrukalar (%10.3)
İmpetigo (%4.9)	Kontakt dermatit (%6.5)	Kontakt dermatit (%7.9)	Seboreik dermatit (%5.4)
Böcek ısırıkları (%4.8)	M. kontagiyozum (%5.9)	Pitiriazis alba (%3.6)	Kontakt dermatit (%4.8)
Kontakt dermatit (%4.7)	Böcek ısırıkları (%3.8)	Seboreik dermatit (%3.3)	Tinea versikolor (%3.9)
Seboreik dermatit (%4.2)	İmpetigo (%3.5)	Psoriyazis (%3.2)	Atopik dermatit (%2.7)
Hemanjiyom (%4)	Alopesi areata (%2.8)	Vitiligo (%3.2)	Melanositik nevüsler (%2.5)
Milyarya (%3.9)	Pitiriazis alba (%2.5)	Alopesi areata (%3.2)	Psoriyazis (%2.3)
M. kontagiyozum (%3)	Kseroz (%2.4)	M. kontagiyozum (%3)	Vitiligo (%2.3)
Skabiyez (%2.5)	Seboreik dermatit (%2.5)	İmpetigo (%2.5)	Pitiriazis alba (%1.7)

Yaş gruplarına göre en sık gözlenen ilk 10 hastalığa bakıldığında infant döneminde intertrigo, hemanjiyom, milyarya ve skabiyez tanılarının üst sıralarda olduğu gözlemlendi. Benzer şekilde 3-5 yaş grubunda ilk 10 tanı arasında kseroz da mevcuttu. Yaş gruplarına göre ilk 10 tanı arasında yer alan ancak genel hastalık yüzdesine göre %2'nin altında kalan bu 5 hastalığın yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 16'da verilmiştir.

**Tablo 16.** Yaş gruplarına göre ilk 10'da olmasına rağmen sıklıkları %2'nin altında olan hastalıklar.

	<b>0-2 yaş</b>	<b>3-5 yaş</b>	<b>6-11 yaş</b>	<b>12-16 yaş</b>
	<b>Sayı (yüzde)</b>			
Milyarya	54 (%45.4)	32 (%26.9)	20 (%16.8)	13 (%10.9)
Hemanjiyom	56 (%57.7)	5 (%5.2)	22 (%22.7)	14 (%14.4)
İntertrigo	103 (%47.7)	30 (%13.9)	44 (%20.4)	39(%18.1)
Kseroz	27 (%13.4)	39 (%19.4)	79 (%39.3)	56 (%27.9)
Skabiyez	35 (%38)	14 (%15.2)	30 (%32.6)	13 (%14.1)

Yenidoğan döneminde başvuran 37 hastanın 23'ü kız, 14'ü erkekti. Bu dönemde görülen hastalıklar Tablo 17'de belirtilmiştir.

**Tablo 17.** Yenidoğan döneminde görülen hastalıklar.

	<b>Sayı</b>		<b>Sayı</b>
İktiyozlar	6	Epidermolizis bülloza	5
Milyarya	4	Seboreik dermatit	4
İntertrigo	4	İmpetigo	2
Piyodermi	2	Aplazia kutis konjenita	2
Toksik eritem	1	İlaç erüpsiyonu	1
Diaper dermatiti	1	Akut ürtiker	1
Böcek ısırıkları	1	Folikülit	1
Milyum	1	Hemanjiyom	1

Hastalıkların yaş özellikleri, yaş grubuna göre yüzdeleri ve yaş grubuna göre cinsiyet dağılımı takip eden kısımda hastalıklardan tek tek bahsedilirken ayrıntılı biçimde ele alınacaktır.

### **Akne**

Akne vulgaris tanısı alan hasta sayısı 1602 idi ve bu tanı tüm tanıların %12.4'ünü oluşturuyordu. Hastaların 956'sı (%59.7) kız, 646'sı (%40.3) erkekti. Kız çocukların %14'ü, erkek çocukların %10.6'sı etkilenmişti.

Akne hastalarının yaşı 3 ile 16 arasında değişmekteydi. Yaş ortalaması 14.53 ( $\pm 1.67$ ) idi. Kız çocukların yaş ortalaması 14.46 ( $\pm 1.70$ ) iken erkek çocukları 14.63 ( $\pm 1.61$ ) olarak bulundu. Kız ve erkek çocukların yaş ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ( $p= 0.043$ ).

Aknenin mevsimsel ilişkisi değerlendirildiğinde 524 hasta (%32.7) ile en sık başvurunun yaz mevsiminde olduğu görüldü.

0-2 yaş arasında akne tanısı alan hasta olmamasına rağmen 12-16 yaş arasında 1530 (%95.5) akne hastası vardı. Adölesan dönemdeki akne hastalarının %59.2'si kızlardan, %40.8'i erkeklerden oluşmaktaydı (Tablo 18).

**Tablo 18.** Akne: Yaş grupları ve cinsiyet dağılımı.

	<b>0-2 yaş</b>	<b>3-5 yaş</b>	<b>6-11 yaş</b>	<b>12-16 yaş</b>
<b>Sayı (yüzde)</b>	0 (%0)	4 (%0.2)	68 (%4.2)	1530 (%95.5)
<b>Kız</b>	%0	%50	%70.6	%59.2
<b>Erkek</b>	%0	%50	%29.4	%40.8

### **Verrukalar**

Toplamda 1362 verruka hastası vardı. Tüm tanıların %10.5'ini oluşturuyordu. Hastaların 673'ü (%49.4) kız, 689'u (%50.6) erkekti. Kız çocukların %9.8'ini, erkek çocukların %11.3'ünü etkilemişti.

Verruka hastalarının yaşı 0 ile 16 arasında değişmekteydi. Yaş ortalaması 10.52 ( $\pm 3.83$ ) idi. Kız çocukların yaş ortalaması 10.73 ( $\pm 3.70$ ) iken erkek çocukları 10.32 ( $\pm 3.94$ ) olarak bulundu ( $p>0.05$ ).

Verrukaların mevsimsel ilişkisi değerlendirildiğinde 446 hasta (%32.7) ile en sık başvurunun yaz mevsiminde olduğu görüldü.

Yaş gruplarına göre verrukaların dağılımına bakıldığında 6-11 ve 12-16 yaş grubundaki hastaların toplam verruka hastalarının %88.4'ünü (sırasıyla 600 ve 605 hasta) oluşturduğu gözlemlendi. 6-11 yaş arasında kız ve erkek çocuk sayısı eşitken, 12-16 yaş arasında kızlardaki oranı %50.9, erkeklerde %49.1'di (Tablo 19).

**Tablo 19.** Verrukalar: Yaş grupları ve cinsiyet dağılımı.

	<b>0-2 yaş</b>	<b>3-5 yaş</b>	<b>6-11 yaş</b>	<b>12-16 yaş</b>
<b>Sayı (%)</b>	31 (%2.3)	126 (%9.3)	600 (%44)	605 (%44.4)
<b>Kız</b>	%48.4	%39.7	%50	%50.9
<b>Erkek</b>	%51.6	%60.3	%50	%49.1

### **Atopik Dermatit**

Toplamda 1201 atopik dermatit hastası vardı. Tüm tanıların %9.3'ünü oluşturuyordu. Hastaların 592'si (%49.3) kız, 609'u (%50.7) erkekti. Kız çocukların %8.6'sını, erkek çocukların %10'unu etkilemişti.

Atopik dermatit hastalarının yaşı 0 ile 16 arasında değişmekteydi. Yaş ortalaması 6.13 ( $\pm 4.25$ ) idi. Kız çocukların yaş ortalaması 6.25 ( $\pm 4.33$ ) iken erkek çocuklarınkı 6.01 ( $\pm 4.15$ )'di ( $p > 0.05$ ).

Atopik dermatitin mevsimsel ilişkisi değerlendirildiğinde 323 hasta (%28.6) ile en sık başvurunun yaz mevsiminde olduğu görüldü.

Yaş gruplarına göre bakıldığında en fazla hasta sayısı 434 hasta (%36.1) ile 6-11 yaş arasındaydı. Bu yaş grubunda hastaların %47.7'si kız, %52.3'ü erkekti (Tablo 20).



**Tablo 20.** Atopik dermatit: Yaş grupları ve cinsiyet dağılımı.

	<b>0-2 yaş</b>	<b>3-5 yaş</b>	<b>6-11 yaş</b>	<b>12-16 yaş</b>
<b>Sayı (%)</b>	290 (%24.1)	319 (%26.6)	434 (%36.1)	158 (%13.2)
<b>Kız</b>	%46.6	%52.4	%47.7	%52.5
<b>Erkek</b>	%53.4	%47.6	%52.3	%47.5

### **Kontakt Dermatit**

Toplamda 773 kontakt dermatit hastası vardı. Tüm tanıların %6'sını oluşturuyordu. Hastaların 403'ü (%52.1) kız, 370'i (%47.9) erkekti. Kız çocukların %5.9'unu, erkek çocukların %6'sını etkilemişti.

Kontakt dermatit hastalarının yaşı 0 ile 16 arasında değişmekteydi. Yaş ortalaması 9.35 ( $\pm 4.46$ ) idi. Kız çocukların yaş ortalaması 9.52 ( $\pm 4.47$ ) iken erkek çocukları 9.15 ( $\pm 4.45$ )'ti ( $p > 0.05$ ).

Kontakt dermatitin mevsimsel ilişkisi değerlendirildiğinde 228 hasta (%29.5) ile en sık başvurunun sonbahar mevsiminde olduğu görüldü.

Yaş gruplarına göre bakıldığında en fazla hasta sayısının 322 (%41.7) ile 6-11 yaş arasında olduğu gözlemlendi. Bu yaş grubunda hastaların %51.2'si kız, %48.8'i erkekti (Tablo 21).

**Tablo 21.** Kontakt dermatit: Yaş grupları ve cinsiyet dağılımı.

	<b>0-2 yaş</b>	<b>3-5 yaş</b>	<b>6-11 yaş</b>	<b>12-16 yaş</b>
<b>Sayı (%)</b>	65 (%8.4)	106 (%13.7)	322 (%41.7)	280 (%36.2)
<b>Kız</b>	%47.7	%50	%51.2	%55
<b>Erkek</b>	%52.3	%50	%48.8	%45

### **Seboreik Dermatit**

Toplamda 547 seboreik dermatit hastası vardı. Tüm tanıların %4.2'sini

oluşturuyordu. Hastaların 353'ü (%64.5) kız, 194'ü (%35.5) erkekti. Kız çocukların %5.2'sini, erkek çocukların %3.2'sini etkilemişti.

Seboreik dermatit hastalarının yaşı 0 ile 16 arasında değişmekteydi. Yaş ortalaması 10.72 ( $\pm 4.91$ ) idi. Kız çocukların yaş ortalaması 11.28 ( $\pm 4.56$ ) iken erkek çocukları 9.69 ( $\pm 5.35$ )'du. Kız ve erkek çocukların yaş ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ( $p= 0.001$ ).

Seboreik dermatitin mevsimsel ilişkisi değerlendirildiğinde 163 hasta (%29.8) ile en sık başvurunun sonbahar mevsiminde olduğu görüldü.

Yaş gruplarına göre bakıldığında en fazla hasta sayısının 314 hasta (%57.4) ile 12-16 yaş arasında olduğu gözlemlendi. Bu yaş grubunda hastaların %70.7'si kız, %29.3'ü erkekti (Tablo 22).

**Tablo 22.** Seboreik dermatit: Yaş grupları ve cinsiyet dağılımı.

	<b>0-2 yaş</b>	<b>3-5 yaş</b>	<b>6-11 yaş</b>	<b>12-16 yaş</b>
<b>Sayı (%)</b>	58 (%10.6)	40 (%7.3)	135 (%24.7)	314 (%57.4)
<b>Kız</b>	%51,7	%45	%61.5	%70.7
<b>Erkek</b>	%48.3	%55	%38.5	%29.3

### **Vitiligo**

Toplamda 325 vitiligo hastası vardı. Tüm tanıların %2.5'ini oluşturuyordu. Hastaların 171'i (%52.6) kız, 154'ü (%47.4) erkekti. Kız ve erkek çocukların %2.5'ini etkilemişti.

Vitiligo hastalarının yaşı 0 ile 16 arasında değişmekteydi. Yaş ortalaması 9.84 ( $\pm 4.27$ ) idi. Kız çocukların yaş ortalaması 10.23 ( $\pm 3.93$ ) iken erkek çocukları 9.40 ( $\pm 4.58$ ) olarak bulundu ( $p>0.05$ ).

Vitiligonun mevsimsel ilişkisi değerlendirildiğinde 145 hasta (%44.6) ile en sık başvurunun yaz mevsiminde olduğu görüldü.

Yaş gruplarına göre bakıldığında en fazla hasta sayısının 132 hasta (%40.6) ile 6-11 yaş arasında ve 137 hasta (%42.1) ile 12-16 yaş arasında olduğu görüldü. 6-11 yaş arasındaki çocukların %55.3'ü kız, %44.7'si erkekti.

Adölesan dönemdeki hastaların %54'ü kız, %46'sı erkekti (Tablo 23).

**Tablo 23.** Vitiligo: Yaş grupları ve cinsiyet dağılımı.

	<b>0-2 yaş</b>	<b>3-5 yaş</b>	<b>6-11 yaş</b>	<b>12-16 yaş</b>
<b>Sayı (%)</b>	22 (%6.8)	34 (%10.5)	132 (%40.6)	137 (%42.1)
<b>Kız</b>	%27.3	%52.9	%55.3	%54
<b>Erkek</b>	%72.7	%47.1	%44.7	%46

### **Pitiriazis Alba**

Toplamda 309 pitiriazis alba hastası vardı. Tüm tanıların %2.4'ünü oluşturuyordu. Hastaların 137'si (%44.3) kız, 172'si (%55.7) erkekti. Kız çocukların %2'sini, erkek çocukların %2.8'ini etkilemişti.

Pitiriazis alba hastalarının yaşı 0 ile 16 arasında değişmekteydi. Yaş ortalaması 9.30 ( $\pm 3.99$ ) idi. Kız çocukların yaş ortalaması 9.10 ( $\pm 4.18$ ) iken erkek çocukları 9.45 ( $\pm 3.83$ ) olarak bulundu ( $p > 0.05$ ).

Pitiriazis albanın mevsimsel ilişkisi değerlendirildiğinde 113 hasta (%36.6) ile en sık başvurunun yaz mevsiminde olduğu görüldü.

Yaş gruplarına göre bakıldığında en fazla hasta sayısı 148 hasta (%47.9) ile 6-11 yaş arasındaydı. Bu yaş grubundaki çocukların %43.2'si kız, %56.8'i erkekti (Tablo 24).

**Tablo 24.** Pitiriazis alba: Yaş grupları ve cinsiyet dağılımı.

	<b>0-2 yaş</b>	<b>3-5 yaş</b>	<b>6-11 yaş</b>	<b>12-16 yaş</b>
<b>Sayı (yüzde)</b>	19 (%6.2)	40 (%12.9)	148 (%47.9)	102 (%33)
<b>Kız</b>	%68.4	%42.5	%43.2	%42.2
<b>Erkek</b>	%31.6	%57.5	%56.8	%57.8

### Toplamda 300 molluskum **Molluskum Kontagiyozum**

kontagiyozum hastası vardı. Tüm tanıların %2.3'ünü oluşturuyordu. Hastaların 121'i (%40.3) kız, 179'u (%59.7) erkekti. Kız çocukların %1.8'ini, erkek çocukların %2.9'unu etkilemişti.

Molluskum kontagiyozum hastalarının yaşları 0 ile 16 arasında değişmekteydi. Yaş ortalaması 6.62 ( $\pm 3.87$ ) idi. Kız çocukların yaş ortalaması 6.45 ( $\pm 3.80$ ) iken erkek çocukları 6.73 ( $\pm 3.91$ ) olarak bulundu ( $p > 0.05$ ).

Molluskum kontagiyozumun mevsimsel ilişkisi değerlendirildiğinde 82 hasta (%27.3) ile en sık başvurunun ilkbahar mevsiminde olduğu görüldü.

Yaş gruplarına göre bakıldığında en fazla hasta sayısı 122 hasta (%40.7) ile 6-11 yaş arasındaydı. Bu yaş grubundaki çocukların %41'i kız, %59'u erkekti (Tablo 25).

**Tablo 25.** M. kontagiyozum: Yaş grupları ve cinsiyet dağılımı.

	<b>0-2 yaş</b>	<b>3-5 yaş</b>	<b>6-11 yaş</b>	<b>12-16 yaş</b>
<b>Sayı (yüzde)</b>	42 (%14)	96 (%32)	122 (%40.7)	40 (%13.3)
<b>Kız</b>	%42.9	%41.7	%41	%32.5
<b>Erkek</b>	%57.1	%58.3	%59	%67.5

### **Psoriyazis**

Toplamda 298 psoriyazis hastası vardı. Tüm tanıların %2.3'ünü oluşturuyordu. Hastaların 167'si (%56) kız, 131'i (%44) erkekti. Kız çocukların %2.4'ünü, erkek çocukların %2.1'ini etkilemişti.

Psoriyazis hastalarının yaşı 1 ile 16 arasında değişmekteydi. Yaş ortalaması 10.66 ( $\pm 3.72$ ) idi. Kız çocukların yaş ortalaması 11.10 ( $\pm 3.55$ ) iken erkek çocukları 10.10 ( $\pm 3.87$ ) olarak bulundu. Kız ve erkek çocukların yaş ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ( $p = 0.021$ ).

Psoriyazislilerin mevsimsel ilişkisi değerlendirildiğinde 91 hasta (%30.5) ile en sık başvurunun ilkbahar mevsiminde olduğu görüldü.

Yaş gruplarına göre bakıldığında en fazla hasta sayısının sırasıyla 132

(%44.3) ve 134 (%45) hasta ile 6-11 ve 12-16 yaş grubunda olduğu gözlemlendi. 6-11 yaş grubundaki hastaların %53.8'i kız, %46.2'si erkek iken, 12-16 yaş grubundaki hastaların %62.7'si kız, %37.3'ü erkekti (Tablo 26).

**Tablo 26.** Psoriyazis: Yaş grupları ve cinsiyet dağılımı.

	<b>0-2 yaş</b>	<b>3-5 yaş</b>	<b>6-11 yaş</b>	<b>12-16 yaş</b>
<b>Sayı (yüzde)</b>	5 (%1.7)	27 (%9)	132 (%44.3)	134 (%45)
<b>Kız</b>	%40	%37	%53.8	%62.7
<b>Erkek</b>	%60	%63	%46.2	%37.3

### **Tinea Versikolor**

Toplamda 296 tinea versikolor hastası vardı. Tüm tanıların %2.3'ünü oluşturuyordu. Hastaların 138'i (%46.6) kız, 158'i (%53.4) erkekti. Kız çocukların %2'sini, erkek çocukların %2.6'sini etkilemişti.

Tinea versikolor hastalarının yaşı 0 ile 16 arasında değişmekteydi. Yaş ortalaması 13.08 ( $\pm 3.27$ ) idi. Kız çocukların yaş ortalaması 13.35 ( $\pm 2.68$ ) iken erkek çocuklarınkı 12.84 ( $\pm 3.69$ ) olarak bulundu ( $p > 0.05$ ).

Bu hastaların mevsimsel ilişkisi değerlendirildiğinde 126 hasta (%42.6) ile en sık başvurunun yaz mevsiminde olduğu görüldü.

Yaş gruplarına göre bakıldığında en fazla hasta sayısı 230 hasta (%77.7) ile 12-16 yaş grubundaydı. Bu yaş grubundaki hastaların %47'si kız, %53'ü erkekti (Tablo 27).

**Tablo 27.** Tinea versikolor: Yaş grupları ve cinsiyet dağılımı.

	<b>0-2 yaş</b>	<b>3-5 yaş</b>	<b>6-11 yaş</b>	<b>12-16 yaş</b>
<b>Sayı (yüzde)</b>	6 (%2)	8 (%2.7)	52 (%17.6)	230 (%77.7)
<b>Kız</b>	%16.7	%25	%51.9	%47
<b>Erkek</b>	%83.3	%75	%48.1	%53

### **Alopesi Areata**

Toplamda 276 alopesi areata hastası vardı. Tüm tanıların %2.1'ini oluşturuyordu. Hastaların 139'u (%50.4) kız, 137'si (%49.6) erkekti. Kız çocukların %2'sini, erkek çocukların %2.2'sini etkilemişti.

Alopesi areata hastalarının yaşı 1 ile 16 arasında değişmekteydi. Yaş ortalaması 9.46 ( $\pm 3.97$ ) idi. Kız çocukların yaş ortalaması 9.35 ( $\pm 3.90$ ) iken erkek çocukları 9.57 ( $\pm 4.03$ ) olarak bulundu ( $p > 0.05$ ).

Bu hastaların mevsimsel ilişkisi değerlendirildiğinde kış hariç diğer mevsimlerin her birinde 70 hasta (%25.4) vardı. Kış mevsiminde ise 66 hasta (%23.9) başvurmuştu.

Yaş gruplarına göre bakıldığında en fazla hasta sayısının 129 hasta (%46.7) ile 6-11 yaş grubunda olduğu gözlemlendi. Bu yaş grubundaki hastaların %51.9'u kız, %48.1'i erkekti (Tablo 28).

**Tablo 28.** Alopesi areata: Yaş grupları ve cinsiyet dağılımı.

	<b>0-2 yaş</b>	<b>3-5 yaş</b>	<b>6-11 yaş</b>	<b>12-16 yaş</b>
<b>Sayı (yüzde)</b>	7 (%2.6)	45 (%16.3)	129 (%46.7)	95 (%34.4)
<b>Kız</b>	%14.3	%57.8	%51.9	%47.4
<b>Erkek</b>	%85.7	%42.2	%48.1	%52.6

### **Böcek İsrıkları**

Toplamda 274 hasta vardı. Tüm tanıların %2.1'ini oluşturuyordu. Hastaların 138'i (%50.4) kız, 136'sı (%49.6) erkekti. Kız çocukların %2'sini, erkek çocukların %2.2'sini etkilemişti.

Bu hastaların yaşları 0 ile 16 arasında değişmekteydi. Yaş ortalaması 6.37 ( $\pm 4.44$ ) idi. Kız çocukların yaş ortalaması 6.62 ( $\pm 4.70$ ) iken erkek çocukları 6.10 ( $\pm 4.16$ ) olarak bulundu ( $p > 0.05$ ).

Böcek ısırıklarının mevsimsel ilişkisi değerlendirildiğinde 114 hasta (%41.6) ile en sık başvurunun yaz mevsiminde olduğu görüldü.

Yaş gruplarına göre bakıldığında en fazla hasta sayısı 102 hasta (%37.2) ile 6-11 yaş grubundaydı. Bu yaş grubundaki hastaların %48'i kız, %52'si erkekti (Tablo 29).

**Tablo 29.** Böcek ısırıkları: Yaş grupları ve cinsiyet dağılımı.

	<b>0-2 yaş</b>	<b>3-5 yaş</b>	<b>6-11 yaş</b>	<b>12-16 yaş</b>
<b>Sayı (yüzde)</b>	66 (%24.1)	62 (%22.6)	102 (%37.2)	44 (%16.1)
<b>Kız</b>	%53	%45.2	%48	%59.1
<b>Erkek</b>	%47	%54.8	%52	%40.9

### **Melanositik Nevüsler**

Toplamda 262 hasta vardı. Tüm tanıların %2'sini oluşturuyordu. Hastaların 130'u (%49.6) kız, 132'si (%50.4) erkekti. Kız çocukların %1.9'unu, erkek çocukların %2.2'sini etkilemişti.

Bu hastaların yaşları 0 ile 16 arasında değişmekteydi. Yaş ortalaması 10.98 ( $\pm 4.22$ ) idi. Kız çocukların yaş ortalaması 10.91 ( $\pm 4.52$ ) iken erkek çocukları 11.03 ( $\pm 3.92$ ) olarak bulundu ( $p > 0.05$ ).

Nevüslerin mevsimsel ilişkisi değerlendirildiğinde 110 hasta (%42) ile en sık başvurunun yaz mevsiminde olduğu görüldü.

Yaş gruplarına göre bakıldığında en fazla hasta sayısı 149 hasta (%56.9) ile 12-16 yaş grubundaydı. Bu yaş grubundaki hastaların %51'i kız, %49'u

erkekti (Tablo 30).

**Tablo 30.** Melanositik nevüs: Yaş grupları ve cinsiyet dağılımı.

	<b>0-2 yaş</b>	<b>3-5 yaş</b>	<b>6-11 yaş</b>	<b>12-16 yaş</b>
<b>Sayı (%)</b>	18 (%6.8)	17 (%6.5)	78 (%29.8)	149 (%56.9)
<b>Kız</b>	%66.7	%47.1	%43.6	%51
<b>Erkek</b>	%33.3	%52.9	%56.4	%49

### **İmpetigo**

Toplamda 256 hasta vardı. Tüm tanıların %2'sini oluşturuyordu. Hastaların 106'sı (%41.4) kız, 150'si (%58.6) erkekti. Kız çocukların %1.5'ini, erkek çocukların %2.5'ini etkilemişti.

Bu hastaların yaşı 0 ile 16 arasında değişmekteydi. Yaş ortalaması 5.91 ( $\pm 4.16$ ) idi. Kız çocukların yaş ortalaması 5.96 ( $\pm 4.42$ ) iken erkek çocuklarınki 5.87 ( $\pm 3.95$ ) olarak bulundu ( $p > 0.05$ ).

İmpetigonun mevsimsel ilişkisi değerlendirildiğinde 116 hasta (%45.3) ile en sık başvurunun yaz mevsiminde olduğu görüldü.

Yaş gruplarına göre bakıldığında en fazla hasta sayısı 103 hasta (%40.2) ile 6-11 yaş grubundaydı. Bu yaş grubundaki hastaların %38.8'i kız, %61.2'si erkekti (Tablo 31).

**Tablo 31.** İmpetigo: Yaş grupları ve cinsiyet dağılımı.

	<b>0-2 yaş</b>	<b>3-5 yaş</b>	<b>6-11 yaş</b>	<b>12-16 yaş</b>
<b>Sayı (%)</b>	68 (%26.6)	57 (%22.3)	103 (%40.2)	28 (%10.9)
<b>Kız</b>	%48.5	%33.3	%38.8	%50
<b>Erkek</b>	%51.5	%66.7	%61.2	%50



#### D. Bazı Hastalıklarda Alınan Sistemik Tedavilerin Değerlendirilmesi Psoriyazis

298 çocuk psoriyazis hastasının 24'ünün (%8.1) sistemik tedavi aldığı gözlemlendi. Diğer psoriyazisli çocuk hastalara ise çeşitli topikal tedaviler verilmişti. Bu hastaların 11'i kız, 13'ü erkekti. Yaşları 4 ile 16 arasında değişmekteydi. Yaş ortalamaları 12.08'di. Sistemik tedavi verilen psoriyazisli çocuk hastaların demografik özellikleri ve verilen tedaviler Tablo 32'de gösterilmiştir.

**Tablo 32.** Sistemik tedavi verilen psoriyazis hastaları.

Kız		Erkek	
Yaş	Tedavi	Yaş	Tedavi
6	Siklosporin	4	Metotreksat
9	dbUVB	5	Lokal PUVA
10	dbUVB	10	Metotreksat
10	Siklosporin	10	dbUVB
12	Siklosporin	11	Lokal PUVA
13	Lokal PUVA	12	dbUVB
13	Metotreksat	12	Asitretin
14	Lokal PUVA	14	Lokal PUVA
15	Asitretin	15	Metotreksat
16	dbUVB	15	Lokal PUVA
16	Metotreksat	16	dbUVB
		16	dbUVB
		16	dbUVB

#### Alopesi Totalis

Toplamda 22 alopesi totalis hastası vardı. Hastaların 11'i kız, 11'i erkekti.

Yaşları 1 ile 16 arasında değişmekteydi. Yaş ortalamaları 10.68 idi. 3 hasta sadece topikal tedavi almıştı. Diğerleri ek olarak sistemik tedavi de almıştı. Bu hastaların aldığı tedaviler ve hastaların demografik özellikleri Tablo 33'te gösterilmektedir.

**Tablo 33.** Sistemik tedavi verilen alopesi totalis hastaları.

Kız		Erkek	
Yaş	Tedavi	Yaş	Tedavi
4	Topikal tedavi	1	Sistemik steroid
5	Lokal PUVA	7	Lokal PUVA
9	Pulse steroid + lokal PUVA	9	Lokal PUVA
10	Lokal PUVA	9	Topikal tedavi
11	Pulse steroid + lokal PUVA	10	Depo steroid
13	Pulse steroid + lokal PUVA	10	Siklosporin
13	Pulse steroid	12	Topikal tedavi
13	Pulse steroid + lokal PUVA	13	Lokal PUVA
13	Sistemik steroid	14	Pulse steroid
15	Lokal PUVA	14	Lokal PUVA
16	Lokal PUVA	14	Sistemik steroid

### **Alopesi Üniversalis**

Toplamda 20 alopesi üniversalis hastası vardı. Bu hastaların 11'i kız, 9'u erkekti. Hastaların yaşı 4 ile 16 arasında değişmekteydi. Yaş ortalamaları 12.10'du. 2 hasta topikal tedavi almıştı, diğerlerine sistemik tedavi verilmişti (Tablo 34).

**Tablo 34.** Sistemik tedavi verilen alopesi üniversalis hastaları.

Kız		Erkek	
Yaş	Tedavi	Yaş	Tedavi
4	Depo steroid	8	Pulse steroid
8	Topikal tedavi	11	Lokal PUVA
9	Pulse steroid	12	Topikal tedavi
11	Pulse steroid	13	1.PUVA + sistemik steroid 2.Siklosporin
11	Lokal PUVA	13	Siklosporin
11	1.Pulse steroid + lokal PUVA 2.Depo steroid + salazopirin	13	Siklosporin
13	Depo steroid	14	Lokal PUVA
13	Siklosporin	16	Pulse steroid
15	Pulse steroid	16	Sistemik steroid + lokal PUVA
15	Metotreksat		
16	Pulse steroid + lokal PUVA		

### **Vitiligo**

Toplamda 325 vitiligosu olan hasta vardı ve tüm hastaların %2,5'ini oluşturuyordu. Vitiligo hastalarının 295'ine çeşitli topikal tedaviler verilmişti. 30 hastaya (%9.2) ise fototerapi başlanmişti. Bu hastaların 29'una dbUVB fototerapisi, 12 yaşındaki bir kız hastaya ise lokal PUVA fototerapisi kullanılmıştı.

Fototerapi verilen 30 hastanın 20'si kız, 10'u erkekti. Hastaların yaşı 7 ile 16 arasında değişmekteydi. Yaş ortalaması 12.43'tü.

### **Alopesi Areata**

Hastaların 276'sında (%2.1) alopesi areata mevcuttu. Bu hastaların 244'üne çeşitli topikal tedaviler verilmişti. 32 hastaya (%11.6) ise topikal

tedaviyle kombine olarak farklı tedaviler uygulanmıştı. Ek tedavi alan hastaların yaşı 3 ile 16 arasında değişmekteydi. Yaş ortalamaları 11.59'du. Hastaların 11'i kız, 21'i erkekti. 32 hastanın 18'ine intralezyonel steroid enjeksiyonu, 5'ine depo steroid, 7'sine lokal PUVA fototerapisi, 12 yaşındaki bir erkek hastaya pulse steroid tedavisi, 9 yaşındaki bir erkek hastaya ise sistemik steroid tedavisi verilmişti.

### **Liken Planus**

Toplamda 18 liken planus (%0.1) hastası vardı. Bu hastaların 6'sına sistemik tedavi verilmişti, diğer hastalar topikal kortikosteroidli pomad ve kremlerle takip edilmişti. Sistemik tedavi alan hastaların 4'üne (3 ve 12 yaşında iki kız, 15 yaşında iki erkek) sistemik steroid, 15 yaşındaki bir erkek hastaya depo steroid, 12 yaşındaki bir erkek hastaya dbUVB fototerapisi verilmişti.

### **Behçet Hastalığı**

Tüm hastaların 8'ine Behçet hastalığı tanısı koyulmuştu. Hastaların yaşı 12 ile 16 arasında değişmekteydi. Behçet hastalarının yaş ortalaması 14.50'ydı. 8 hastanın 6'sı kız, 2'si erkekti. Bu hastaların 7'sine kolşisin tedavisi verilmişti. 13 yaşındaki bir kız hasta ise sistemik tedavi almamıştı.

### **Ürtikerya Pigmentoza**

Hastaların 10 tanesi ürtikerya pigmentoza tanısı almıştı. Bu hastalardan sadece 13 yaşında erkek olan bir hastaya dbUVB fototerapisi verilmişti, diğer çocuk hastalar topikal tedaviyle takip edilmişti.

### **Morfea**

33 (%0.3) morfea tanısı alan hastanın 2'sine sistemik tedavi verilmişti. Bunlardan birincisi 8 yaşında bir kız hastaydı ve depo steroid yapılmıştı, ikincisi ise 13 yaşındaydı ve oral sistemik steroid tedavisi verilmişti.

### **Rekürren Aftöz Stomatit**

Hastaların %0.5'i (61 hasta) rekürren aftöz stomatit nedeniyle takip edilmişti. Bu hastaların 6'sına kolşisin başlanmış, diğerlerine ise sadece topikal tedavi verilmişti. Kolşisin verilen hastaların 4'ü erkek, 2'si kızdı ve yaşları 8 ile 14 arasında değişiyordu. Yaş ortalamaları 11.66'ydı.

### **Keratoderma**

15 (%0.1) keratoderma tanısı alan hastanın 2'sine asitretin tedavisi verilmişti. Bu hastalar 15 yaşında bir kız ve 8 yaşında bir erkek hastaydı.

### **Sarkoidoz**

Sarkoidoz tanısıyla takip edilen 3 hastanın ikisine intralezyonel steroid enjeksiyonu yapılmıştı. Bu hastalar 5 ve 12 yaşında iki kız çocuğuydu. Diğer 15 yaşındaki kız çocuğuna ise topikal tedavi verilmişti.

### **Darier Hastalığı**

2 hasta Darier hastalığı tanısı almıştı. Bu hastalardan 15 yaşında erkek olan çocuğa asitretin tedavisi verilmişti. 14 yaşındaki diğer erkek çocuk ise topikal tedaviyle takip edilmişti.

### **İktiyozlar**

İktiyoz tanısıyla takip edilen 58 hastanın 10'una asitretin verilmişti. Bu hastaların 6'sı erkek, 4'ü kız çocuğuydu. Yaşları 0 ile 14 arasında değişiyordu. Yaş ortalaması 6.70'di. 1 yaşın altında 3 hasta vardı.

### **Skleroderma**

Skleroderma tanısı alan 2 hastanın birine (7 yaş, kız) sistemik steroid, diğerine (11 yaş, kız) metalkaptaz tedavisi verilmişti.

### **Hidradenitis Süpürativa**

14 yaşında bir erkek, 16 yaşında 2 erkek ve 16 yaşında 1 kız hasta hidradenitis süpürativa tanısı almıştı ve bu hastaların hepsine sistemik izotretinoin tedavisi verilmişti.

### **Pitriyazis Likenoides Kronika**

Bu tanıyla takip edilen 2 hasta vardı. 16 yaşındaki erkek hastaya eritromisin tablet, 13 yaşındaki kız hastaya oral antihistaminik verilmişti.

### **Dermatomiyozit**

Dermatomiyozit tanısı alan 5 hasta vardı. Hastaların hepsi kızdı. 16 ve 9 yaşındaki iki hastaya metotreksat, 7 yaşındaki bir hastaya sistemik steroid verilmişti. Diğer iki çocuk ise (6 ve 10 yaş) topikal tedaviyle takip edilmişti.

### **Pitriyazis Likenoides et Variolaformis Akuta**

Bu tanıyla takip edilen 5 hastanın 3'üne doksisisiklin (10 yaşında erkek, 11 ve 16 yaşında iki kız), 2'sine dbUVB fototerapisi (7 yaşında erkek, 15 yaşında kız) verilmişti.

### **Epidermodisplaziya Verrüziformis**

3 hastanın 2'si asitretin ile tedavi edilmişti. Bu hastalar 9 ve 16 yaşındaki iki erkek hastaydı. 16 yaşındaki kız hastaya ise tedavi verilmemişti.

## TARTIŞMA

Bu çalışma ile Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji polikliniğine 2001-2010 yılları arasında başvuran 0-16 yaş arası çocuk hastalarda görülen deri hastalıklarının sıklığının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Pediyatrik yaş grubunda dermatolojik hastalıklarla ilgili oldukça az sayıda çalışma vardır. Bu yaş grubunda deri hastalıkları ile ilgili ilk büyük araştırma 1974 yılında Güney Afrika'da 10.000 hasta ile yapılmıştır<sup>7</sup>. Ülkemizde ise deri hastalıkları ile ilgili yapılan prevalans çalışmalarının çoğu okul çağındaki çocuk hastaları kapsamaktadır<sup>85</sup>. Bildiğimiz kadarıyla ülkemizde 0-16 yaş grubunu kapsayan deri hastalıkları sıklığı ile ilgili sadece bir çalışma vardır ve bu çalışmadaki hasta sayısı 6300'dür<sup>86</sup>. Bizim çalışmamızda ise toplam 12206 hasta vardı. Buna göre ülkemizde çocukluk çağındaki deri hastalıkları sıklığı ile ilgili yapılan en geniş hasta popülasyonlu çalışmanın bizimki olduğu söylenebilir.

Çalışmamızdaki hastaların %52.5'ini kız çocukları, %47.5'ini erkek çocukları oluştuyordu. Kız/erkek oranı 1.1/1 olarak bulundu. Cinsiyet dağılımı bu yaş grubuyla ilgili ülkemizde ve yurtdışında yapılan diğer çalışmalarda da benzer oranda bulunmuştur<sup>3,86,87</sup>. Ancak bizim çalışmamızın aksine, bazı kaynaklarda erkek çocuk sayısının daha fazla olduğu görülmüştür<sup>88-90</sup>.

Hastalarımızın yaş ortalaması 9.71 (±4.91) iken benzer şekilde Etiyopya kaynaklı çalışmada da yaş ortalaması 9.2 olarak bildirilmiştir<sup>90</sup>. Çalışmamızda kız çocukların yaş ortalaması 10.09 (±4.85), erkek çocukların yaş ortalaması 9.29 (±4.93) idi. Her iki cinsiyetin yaş ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p<0.001).

Buna göre kız çocukların hem sayısının hem de yaş ortalamasının erkek çocuklara göre daha yüksek bulunduğu gözlenmiştir. Bu durum kız çocuklarının yaş ilerledikçe özellikle kozmetik kaygıları nedeniyle hastaneye başvurularının daha fazla olmasına bağlı olabilir. Aynı yaş grubunda yapılan çalışmalarda cinsiyete göre yaş ortalaması ile ilgili verilere rastlanmadığı için karşılaştırma yapılamamıştır.

Hastaların başvurusunun mevsimlere göre dağılımına bakıldığında en fazla hastanın yaz mevsiminde (%31.8) muayene olduğu görüldü. Diğer bir çalışmada ise hastaların en sık kış mevsiminde (%30) başvurduğu bulunmuştur<sup>86</sup>. Çocuk hastaların en sık yaz mevsiminde başvurma sebepleri

arasında okul öncesi dönemdeki çocukların ebeveynlerinin, okul çağındaki çocukların ise kendilerinin yaz tatilinde olmaları nedeniyle hastaneye başvurmalarının daha kolay olduğu düşünülebilir.

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji polikliniğine toplam 10 yıllık süre içerisinde çocuk hastaların en az başvuru yaptığı yılın 2001 (%5.9), en fazla başvuru yaptığı yılın ise 2008 (%14.3) olduğu bulundu. Özellikle 2007 yılından itibaren polikliniğe başvuran çocuk hasta sayısında belirgin artış olduğu görüldü. Türkiye İstatistik Kurumu'nun verilerine göre ülkemizde çocuk oranı 2000 yılında %36.1 olan değerinden 2007 yılında %31.6'ya gerilemiştir, yani çocuk nüfusu giderek azalmaktadır<sup>91</sup>. Buna rağmen özellikle 2007 yılından sonra polikliniğe başvuran çocuk hasta sayısının artması, ülkemizde 2007 yılından itibaren yürürlüğe giren 'üniversite hastanelerine yeşil kart dışındaki tüm sosyal güvenlik kurumlarına mensup hastaların sevsiz başvurabilmesi' olabilir. Ayrıca, ebeveynlerin günden güne daha bilinçli hale gelmesi nedeniyle çocuklarını deri hastalıkları için aile hekimi veya farklı uzmanlık alanlarına, özellikle pediatristlere muayene ettirmek yerine dermatoloji uzmanına başvurmaları da hasta sayısının yıllar içindeki artışında etkili olabilir.

Hastalar yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde en geniş hasta popülasyonunun adölesan dönemde olduğu bulundu. Daha önceki çalışmalarda da benzer sonuçlar olduğu görüldü<sup>86,90</sup>. Çalışmamızda yenidoğan döneminde başvuran hasta sayısı ise 37 idi (%0.003). Yapılan araştırmalarda yenidoğan dönemindeki hastaların tüm pediatrik hastaların oldukça küçük bir kısmını (%0.97 ve %1.2) oluşturduğu gözlenmiştir<sup>3,92</sup>. Ancak yenidoğan hasta oranının %3.6 gibi yüksek bulunduğu görülen bir bildiri de mevcuttur<sup>88</sup>. Bizim çalışmamızda yenidoğan hasta sayısının daha az olmasının nedeni olarak yenidoğanda sık görülen ve geçici olan hastalıkların aile tarafından önemsenmemesi ya da pediatristleri tarafından tedavi edilmesi olabilir. Yenidoğanda görülen ciddi dermatolojik hastalıklar ise genellikle pediatri uzmanı tarafından hastanede yatırılarak tedavi edilmekte ve bu hastalardan dermatoloji konsültasyonu istenmektedir. Çalışmamıza yatan hasta konsültasyonlarının dahil edilmemesi de yenidoğan hasta sayımızın düşük oranda saptanma nedeni olabilir.

Yaş gruplarına göre cinsiyet özellikleri değerlendirildiğinde infant ve okul öncesi dönemde erkek çocuk sayısı daha fazlayken (sırasıyla %53 ve %52.3),

okul çağı ve adölesan dönemde kız hasta sayısı daha baskın olarak bulundu (sırasıyla %50.7 ve %56.7). Benzer sonuçlara diğer araştırmalarda da rastlanmıştır<sup>3,86,88,90</sup>. Yaş ilerledikçe hasta oranının kız çocuk lehine artması hem ebeveynlerin hem de çocuğun giderek artan kozmetik kaygısı nedeniyle olabilir.

Yaş gruplarına göre hastaların polikliniğe başvurdukları mevsim değerlendirildiğinde infant dönemi hariç diğer yaş gruplarının en sık yaz mevsiminde muayene olduğu gözlendi. Bunun nedeni daha önce yukarıda bahsedilen durumlar olabilir. İnfant dönemindeki çocukların ise yaz ve sonbahardaki başvurma oranları arasında belirgin bir fark gözlenmemiştir. Bunun nedeni bu yaş grubundaki çocukların annelerinin, çocuğun bakımını üstlendiği için bu dönemde çoğunlukla çalışmıyor olması ve bundan dolayı çocuğunun herhangi bir deri şikayeti olduğunda mevsim ayrımı gözetmeden hastaneye başvurması nedeniyle olabilir.

Çalışmamızda 12206 hastanın toplamda 12963 tanısı olduğu görüldü. Hastaların %5.7'si 2 tanı, %0.2'si 3 tanı almıştı. Başka bir çalışmada ise hastaların %10.8'inin 2 tanı, %0.06'sının 3 tanı aldığı görüldü<sup>89</sup>. Kuveyt kaynaklı bir çalışmada hastaların %9.5'i 2 veya 3 tanı almıştı<sup>3</sup>. Dermatoloji uzmanı kendisine başvuran hastanın dermatolojik muayenesini eksiksiz olarak tamamladığında hastasının farkında olduğu veya olmadığı tüm dermatolojik problemleri saptayabileceği için hastaların bir başvuruda alacağı tanı sayısının birden fazla olabileceği düşünülebilir.

Çalışmamızda hastaların %1'i tanısı kaydedilmeyen ve dermatolojik muayenesi normal olan hastalardan oluşmaktaydı. Geri kalan hastalarda (%99) toplam 205 dermatoz kaydedildi. Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise 6300 hastanın 125 tanı aldığı görüldü<sup>86</sup>. Kuveyt kaynaklı bir çalışmada 10000 hastalık seride ise 162 dermatoz kaydedilmişti<sup>3</sup>. Hasta sayısı arttıka oldukça geniş bir spektruma sahip olan dermatolojik hastalıkların da hastalık sayısının daha fazla görülmesi beklenen bir durumdur.

205 dermatoz 28 genel hastalık grubunda değerlendirildiğinde en fazla hasta sayısının ekzemalar (%25.9), viral hastalıklar (%14.2) ve yağ bezi hastalıklarında (%13) olduğu görüldü. Bu 3 grup tüm hastalıkların % 53.1'ini oluşturuyordu. Benzer çalışmalarda da en sık görülen hastalık gruplarının ekzemalar olduğu bildirilmiştir<sup>3,86,89,93</sup>. Hindistan, Nijerya, Brezilya ve Etiyopya



gibi ülkelerde bu yaş grubuyla yapılan çalışmalarda ise ekzemalardan farklı olarak ilk sırada enfeksiyon ve enfestasyon hastalıklarının olduğu görülmüştür<sup>88,90,94,95</sup>. Bölgesel olarak bu farklılıklar düşük sosyoekonomik düzeyler, kalabalık yaşam alanları ve kötü hijyen gibi faktörlerden kaynaklanıyor olabilir. Mersin, Türkiye'nin gelişmiş şehirlerinden biridir ve kentleşme oranı yüksektir. Bundan dolayı ekzema grubu hastalıklara daha sık rastlanmış olabilir. Çalışma üçüncü basamak sağlık kurumunda yapıldığı için enfeksiyon ve enfestasyon hastalıklarının birinci ve ikinci basamak sağlık kurumlarında tedavi edilmesi, daha kronik olan ekzema grubu hastalıkların ise üçüncü basamak sağlık kurumu olan hastanemize sevk edilmesi de bu grup hastalıkların sıklığının yüksek bulunmasının bir sebebi olabilir.

205 dermatoz içinde en sık tanıların akne (%12.4), verrukalar (%10.5) ve atopik dermatit (%9.3) olduğu görüldü. %2'nin üzerinde görülme sıklığı olan ilk 14 tanının sıklığı toplam hasta tanısının %62.4'ünü oluşturuyordu. En sık görülen ilk üç hastalık bazı çalışmalarda da benzer olarak bulunmuştur<sup>87,96</sup>. Ülkemizde yapılan bir diğer çalışmada ise akne, atopik dermatit ve kontakt dermatit aynı yaş grubunda en sık gözlenen ilk üç hastalık olarak bulunmuş, verrukalar ise dördüncü sıklıkta görülmüştür<sup>86</sup>. İspanya'da<sup>97</sup> melanositik nevüsler, Mısır'daki bir çalışmada<sup>98</sup> ise pedikülozis kapitis en sık görülen hastalık olarak bildirilmiştir.

Akne özellikle adölesan yaş grubunda oldukça sık görülen, sosyal fobi, depresyon ve düşük benlik saygısı ile ilişkili bir hastalık olarak kabul edilmektedir<sup>99</sup>. Bunun dışında çalışmamızda aknenin yüksek oranda saptanmasının nedeni adölesan grubunun tüm hastaların %44.2'sini oluşturması nedeniyle olabilir.

Verrukalar ise bizim çalışmamızda olduğu gibi diğer bazı çalışmalarda da sık görülen hastalıklar arasında yer almaktaydı<sup>3,89,93</sup>. Ancak bazı çalışmalarda molluskum kontagiyozum en sık görülen viral hastalığı<sup>88,90,95</sup>.

Atopik dermatit ise çalışmamızda üçüncü sıklıkta görülen hastalığı. Çocukluk çağına atopik dermatit insidansı Hindistan ve Brezilya gibi ülkelerde düşük oranlarda bildirilmesine rağmen<sup>95</sup>, Afrika'da sık rastlanılan hastalıklar arasında hiç bildirilmemiştir<sup>94</sup>, çoğu gelişmiş olmak üzere bazı ülkelerde ise çok sık görülen hastalıklar arasında yerini almıştır<sup>3,92,93</sup>. Bu durum atopik dermatit için geçerli olan sanayileşme, hijyen-hipotezi, diyet alışkanlıkları ve iklimsel

farklılıklar nedeniyle açıklanabilir<sup>95</sup>.

Sık görülen dermatozların cinsiyete göre dağılımı değerlendirildiğinde en sık koyulan tanının kız çocuklarda akne (%14), erkek çocuklarda ise verrukalar (%11.3) olduğu gözlemlendi. Ülkemizde yapılan diğer çalışmada da benzer şekilde kız çocuklarda en sık tanı akne iken erkek çocuklarda en sık tanının atopik dermatit olduğu gözlemlendi<sup>86</sup>. Bunun dışında atopik dermatitin her iki cinsiyette en sık görülen hastalık olduğunun bildirildiği bir çalışma da vardır<sup>93</sup>. Aknenin kız çocuklarda daha fazla görülmesinin sebebi adölesan yaş grubunda kız çocuk oranının daha fazla olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda kız hasta sayısı daha fazla olan tanılardan seboreik dermatit, akne ve psoriyazisin, erkek hasta sayısı fazla olan tanılardan molluskum kontagiyozum, pitiriyazis alba ve impetigonun cinsiyetler arasındaki görülme sıklığındaki fark istatistiksel olarak değerlendirildiğinde anlamlı bulundu ( $p<0.05$ ). Diğer bir çalışmada da benzer sonuçlar bulunmuştur, sadece molluskum kontagiyozum erkek çocuklar yerine kız çocuklarda daha fazla gözlenmiştir<sup>86</sup>.

%2'nin üzerindeki sıklıkta görülen hastalıkların mevsimsel özellikleri değerlendirildiğinde psoriyazis ve molluskum kontagiyozum hastalarının en çok ilkbaharda başvurduğu bulundu. Seboreik dermatit ve kontakt dermatit hastaları ise sonbaharda daha sık başvurmuştu. Alopesi areata, kış hariç diğer mevsimlerde eşit sıklıkta görülmüştü. Diğer hastalıklar ise en sık yaz mevsiminde başvurmuştu. Hiçbir hastalığın en sık başvurusu kış mevsiminde olmamıştı. Diğer çalışmada ise sık görülen hastalıkların büyük kısmı kış mevsiminde gözlenmişken, benzer olarak sadece verrukalar, vitiligo, böcek ısırıkları ve impetigo en sık yazın görülmüştü<sup>86</sup>. İki çalışma arasındaki bu fark bizim çalışmamızda en sık hasta başvurusunun yazın, diğer çalışmada kışın olmasından kaynaklanabilir.

Hastalıklar yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde 0-2 ve 3-5 yaş gruplarında atopik dermatitin en sık tanı alan hastalık olduğu gözlemlendi (sırasıyla %20.9 ve %19.6). Daha önce bildirilen çalışmalarda da benzer sonuçlar gözlenmişti<sup>3,86,93</sup>. 6-11 yaş grubunda ise en sık görülen hastalık verrukalardı (%14.7). Diğer çalışmalarda ise bu yaş grubunda çalışmamıza benzer sonuçlar olduğu gibi<sup>3</sup>, kontakt dermatit<sup>86</sup>, tinea kapitis<sup>90</sup> ve atopik dermatit<sup>93</sup> de en sık görülen hastalıklar olarak bildirilmişti. 12-16 yaş grubunda en sık gözlenen

hastalık ise akneydi (%26.1). Çalışmamıza benzer sonuçlar adölesan yaş grubunun dahil edildiği önceki çalışmalarda da bildirilmiştir<sup>86,93</sup>. Sık görülen hastalıklar arasında bu çeşitlilik daha önce bahsedildiği gibi bölgesel farklılıklardan kaynaklanıyor olabilir.

Yaş gruplarına göre en sık gözlenen ilk 10 hastalığa bakıldığında infant döneminde intertrigo, hemanjiyom, milyarya ve skabiyez tanılarının üst sıralarda olduğu gözlemlendi. Benzer şekilde 3-5 yaş grubunda ilk 10 tanı arasında kseroz da mevcuttu. Bu hastalıklar yaş gruplarına göre ilk 10 tanı arasında yer alan ancak genel hastalık yüzdesine göre %2'nin altında kalan hastalıklardı. Bu hastalıklardan intertrigo ve milyarya hastalarının yaklaşık yarısı (%47.7) infant yaş grubundaydı. Ülkemizde yapılan diğer çalışmada da benzer şekilde bu hastalıklar genel yüzdeye göre daha az görülmesine rağmen yaş gruplarına bakıldığında bazı yaş gruplarında en sık görülen hastalıklar arasında yer almaktaydı<sup>86</sup>. Hemanjiyom hastalarının ise %57.7'sini infantlar oluşturmaktaydı.

Yenidoğan döneminde başvuran 37 hastanın 23'ü kız, 14'ü erkekti. Bu yaş grubunda hastaların 23'ünde tanı (%62) akut gelişen ve/veya geçici olan hastalıklarken (milyarya, seboreik dermatit, intertrigo, piyodermi, toksik eritem, ilaç erüpsiyonu, diaper dermatiti, akut ürtiker, böcek ısırığı, follikülit, milyum), geri kalan kısmı (14 hasta, %38) kronik ve genetik hastalıklardan (iktiyozlar, epidermolizis bülloza, aplazia kutis konjenita, hemanjiyom) oluşmaktaydı. Kuveyt kaynaklı bir çalışmada pediatrik hastaların %1.2'sini yenidoğan hastalar oluşturmaktaydı<sup>3</sup>. Yenidoğanda görülen tanılar arasında çalışmamızda olduğu gibi diaper dermatiti, seboreik dermatit, milyarya, epidermolizis bülloza, iktiyoza bildirilmişti. Bu çalışmada görülen ama bizim çalışmamızda olmayan hastalıklar ise atopik dermatit, impetigo, sebace nevüs, inkontinensiya pigmentiydi. Görüldüğü gibi yenidoğan dermatozlarından akut ve geçici olanlar daha sık görülmekte ve bu hastalar pediatristler tarafından çoğunlukla başarılı bir şekilde tedavi edilmektedir. Kronik ve genetik hastalıklar ise genel olarak toplumda insidansı düşük hastalıklar olduğu için daha nadir görülmektedir. Bundan dolayı dermatoloji polikliniğine başvuran yenidoğan hasta sayısı pediatrik popülasyonun küçük bir kısmını oluşturmaktadır.

Çalışmamızın buraya kadar olan kısmında pediatrik hastalarımızın cinsiyet, yaş, başvurdukları mevsim ve yıl gibi sosyodemografik verileri ile sık görülen hastalıklar ve yaş gruplarına göre hastalıkların genel özelliklerinden

bahsedilmiştir. Çalışmamızın bundan sonraki kısmında en sık görülen ilk 14 hastalık literatür verileri eşliğinde tek tek değerlendirilmiştir.

### **Akne**

Akne vulgaris çocuk ve adölesanlarda en sık görülen deri hastalıklarından biridir. Akne vulgaris tanısı tüm tanıların %12.4'ünü oluşturuyordu. Aynı sonuç Türkiye'de yapılan diğer çalışmada da bulunmuştur<sup>86</sup>. Amerika'da ise sıklık %28.6 olarak bildirilmiştir<sup>87</sup>. Akne hastalarımızın %59.7'si kız, %40.3'ü erkekti. Kızlarda daha sık görülmesi istatistiksel açıdan anlamlıydı ( $p < 0.001$ ). Ergenlik çağındaki erkeklerde belirgin olarak yüksek prevalans bildirilen çalışmalar olmakla birlikte<sup>19</sup> çoğunlukla kızlarda daha sık görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır<sup>3,86,92</sup>. Kızlarda daha sık görülmesi, bu yaş grubunda görselliğe daha fazla önem verilmesi nedeniyle olabilir.

Akne hastalarının yaş ortalaması 14.53 ( $\pm 1.67$ ) idi. Kız (14.46) ve erkek çocukların (14.63) yaş ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ( $p = 0.043$ ). Bunun sebebi kız hasta sayısının erkek çocuklara göre daha fazla olmasıdır.

Aknenin mevsimsel ilişkisi değerlendirildiğinde %32.7 ile en sık başvurunun yaz mevsiminde olduğu görüldü. Ülkemizde yapılan diğer çalışmada ise kış mevsiminde daha sık görüldüğü bildirilmiştir<sup>86</sup>. Yazın daha sık görülmesi daha önce de belirtildiği gibi bu yaş grubunun yaz tatili nedeniyle hastaneye başvurusunun daha kolay olması ile açıklanabilir.

Çalışmamızda 0-2 yaş arasında akne tanısı alan hasta olmamasına rağmen 12-16 yaş arasında 1530 (%95.5) akne hastası vardı. Akne vulgaris genellikle ergenlik çağında başlar ve sıklıkla yirmili yaşların ortasında geriler. Akne prevalansı ve şiddeti kızlarda 14-17 yaş arasında en yüksek düzeye ulaşır ve bu dönemde kızların %40'ında görülür<sup>15</sup>. Erkeklerde ise 16-19 yaşlarında en üst düzeye ulaşır ve bu dönemde erkeklerin %35'inde görülür<sup>15</sup>.

### **Verrukalar**

Verrukalar tüm tanıların %10.5'ini oluşturuyordu. Çalışmamızda en sık gözlenen viral hastalıktı. Bazı çalışmalarda da benzer sonuçlar alınmakla birlikte<sup>3,89,93</sup>, molluskum kontagiyozumun en sık saptanan viral hastalık olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur<sup>88,95</sup>.

Tanı alan hastalar incelendiğinde kız (%49.4) ve erkek (%50.6) hasta

sayısı arasında anlamlı bir fark olmasa da erkek çocuklarda görülme sıklığının kızlara göre daha fazla olduğu saptandı. Yapılan çalışmalarda çok farklı sonuçlar bildirilmiştir. Erkek sayısı<sup>90</sup> veya kız sayısı<sup>3,86,92</sup> fazla olan bildiriler olduğu gibi her iki cinsiyette eşit sıklıkta saptanan çalışmalar da<sup>98</sup> mevcuttur.

Hastaların yaş ortalaması 10.52 ( $\pm$ 3.83) idi. Kız (10.73) ve erkek (10.32) çocukların yaş ortalaması arasında anlamlı fark yoktu.

Hastalar en sık yaz mevsiminde (%32.7) başvurmuştu. Ülkemizde yapılan diğer çalışmada da hastalık en sık yaz mevsiminde görülmüştür<sup>86</sup>.

Yaş gruplarına göre verrukaların dağılımına bakıldığında 6-11 ve 12-16 yaş grubundaki hastaların toplam verruka hastalarının %88.4'ünü oluşturduğu gözlemlendi. Daha önce bildirilen çalışmalarda da bizim bulgularımıza benzer olarak, okul dönemi ve adölesanlarda verrukalar daha sık görülmüştür<sup>3,90</sup>.

Çalışmaların sonucuna göre verrukaların belirgin bir cinsiyet ayrımı gözlemediği ama çocuğun ev dışına daha çok çıkması ve muhtemelen artan spor faaliyetleri nedeniyle okul dönemindeki çocuklarda, adölesanlarda ve yaz mevsiminde daha sık görüldüğü söylenebilir.

### **Atopik Dermatit**

Atopik dermatit hastaları tüm hastaların %9.3'ünü oluşturuyordu. Hastalığın prevalansı dünya çapında 1960'lardan beri giderek artmaktadır. 2003 yılında yapılan bir çalışmada çocuklarda atopik dermatit prevalansı %10.7 olarak bildirilmiştir<sup>100</sup>. 2010 yılında yapılan bir çalışmada ise 20 yaşın altında atopik dermatit görülme oranı %9.6 olarak bildirilmiştir<sup>101</sup>. Amerika'da yapılan bir çalışmada ise farklı eyaletler arasında atopik dermatit prevalansı %8.7 ve %18.1 arasında değişen sıklıkta gözlemlenmiştir<sup>100</sup>. Kentsel yaşam stili ve eğitim seviyesi, prevalans arasındaki bu farkın sebepleri arasında gösterilmiştir.

Atopik dermatit hastaları değerlendirildiğinde kız (%49.3) ve erkek (%50.7) hasta sayısı arasında anlamlı bir fark olmadığı gözlemlendi. Diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur<sup>3,86</sup>.

Atopik dermatit hastalarının yaş ortalaması 6.13 ( $\pm$ 4.25) idi. Kız (6.25) ve erkek (6.01) çocukların yaş ortalaması arasında anlamlı fark yoktu.

Bu hastaların en sık yaz mevsiminde (%28.6) başvurduğu görüldü. Ülkemizde yapılan diğer çalışmada ise hastalık kışın daha sık görülmüştü<sup>86</sup>.

Yaş gruplarına göre atopik dermatitin dağılımına bakıldığında en fazla hasta 6-11 yaş (%36.1) arasındaydı. Diğer çalışmalarda ise infant ve okul

öncesi dönemde hasta sayısı daha fazla bulunmuştu<sup>86,93</sup>. Çalışmamızda atopik dermatit infant ve okul öncesi dönemde en sık görülen hastalık olmasına rağmen atopik dermatitin en fazla hasta sayısına sahip olduğu yaş grubu okul dönemidir. Bunun sebebi okul dönemindeki hasta sayısının diğerlerinden fazla olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Buna göre atopik dermatitin çocukluk çağında sıklığının giderek artan, cinsiyet farkı gözetmeyen bir hastalık olduğu söylenebilir.

### **Kontakt Dermatit**

Tüm tanıların %6'sını kontakt dermatit hastaları oluşturuyordu. Çalışmamızda ekzemalar arasında en sık gözlenen hastalık atopik dermatit olmasına rağmen bir çalışmada kontakt dermatit en sık görülen ekzema olarak raporlanmıştır<sup>90</sup>.

Hastaların %52.1'i kız, %47.9'u erkekti. Çalışmamızla benzer şekilde kız hasta sayısı fazla olan bildiriler mevcuttur<sup>3,86,90,92,102</sup>. Cinsiyetin genel olarak kontakt dermatit prevalansı üzerinde belirgin etkisi olmadığı düşünülse de kız çocuklarda klinik bulguların daha fazla ortaya çıktığı ve allerji profilinin farklı olduğu gözlenmiştir<sup>102</sup>.

Kontakt dermatit hastalarının yaş ortalaması 9.35 ( $\pm$ 4.46) idi. Kız (9.52) ve erkek (9.15) çocukların yaş ortalaması arasındaki fark anlamlı değildi. Ancak bir çalışmada yaş ortalaması 10.8 iken kızların yaş ortalaması (11.57) erkeklere göre (9.81) belirgin yüksek bulunmuştur<sup>102</sup>.

Kontakt dermatit başvurusunun en sık sonbahar mevsiminde olduğu görüldü. Ülkemizde yapılan diğer çalışmada ise en sık başvurusunun kış mevsiminde olduğu bildirilmiştir<sup>86</sup>.

Yaş gruplarına göre bakıldığında hastaların %41.7'si 6-11 yaş arasındaydı. Ancak adölesanlarda daha sık görüldüğü bildirilen bir çalışma da vardır<sup>90</sup>.

Geçmişte allerjik kontakt dermatitin çocukluk çağında daha nadir görüldüğü düşünülmüşse de günümüzde bu görüş değişmiştir<sup>47</sup>. Beş yaşına gelmiş bir çocuk allerjenlere karşı en az yetişkinler kadar duyarlıdır<sup>48</sup>.

### **Seboreik Dermatit**

Tüm tanıların %4.2'sini seboreik dermatit oluşturuyordu. Mısır'da yapılan bir çalışmada ise bu oran %6.7 olarak bildirilmiştir<sup>98</sup>.

Hastaların %64.5'i kız, %35.5'i erkekti. Kızlarda fazla görülmesi

istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p < 0.001$ ). Ülkemizde yapılan diğer çalışmada da kızlarda yüksek oranda görülmüştü<sup>86</sup>. Yabancı kaynaklarda ise erkeklerde daha sık bildirilmişti<sup>3,92,98</sup>.

Seboreik dermatit hastalarının yaş ortalaması 10.72 ( $\pm 4.91$ ) idi. Kız (11.28) ve erkek (9.69) çocukların yaş ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ( $p = 0.001$ ). Buna göre ülkemizde seboreik dermatitin kızlarda daha yüksek sıklıkta görüldüğü ve yaş ortalamasının erkeklere göre daha yüksek olduğu söylenebilir.

Seboreik dermatit hastaları en sık sonbahar mevsiminde başvurmuştu. Diğer çalışmalarda ise en sık kışın gözlenmişti<sup>86,103</sup>. Kışın düşük sıcaklık ve düşük nem oranının seboreik dermatit için risk faktörü olduğu bilinmektedir<sup>104</sup>. Çalışmamızda sonbaharda sık görülmesinin sebebi hasta dağılımı ile ilişkili olabilir.

Yaş gruplarına göre bakıldığında hastaların %57.4'ü adölesan dönemdeydi. Ancak Hindistan'da infantlarda daha sık bildirilmişti<sup>103</sup>. Bu çalışmada seboreik dermatitin infantlarda relatif olarak sık görüldüğü ve yaşla beraber sıklığının belirgin olarak azaldığı belirtilmiştir. Bunun sebebi olarak yenidoğanda, anneden androjenlerin transferi nedeniyle sebace sekresyon oranının yüksek olması ve ilk aydan sonra sebace bezin aktivitesinin giderek azalması nedeniyle yaşla birlikte azaldığı düşünülmüştür<sup>105</sup>. Çalışmamızda adölesanlarda daha sık görülmesinin sebebi androjen sekresyonunun bu dönemde giderek artması ve bu yaş grubunun hasta sayısının fazla olması nedeniyle olabilir.

### **Vitiligo**

Vitiligolu hastalarımız toplamın %2.5'ini oluşturuyordu. Hastalık dünya genelinde popülasyonun %0.1-4'ünü etkilemektedir<sup>60-64</sup>. Hindistan'da ise %0.09 ve %8 arasında bildirilmiştir<sup>65,106</sup>. Vitiligonun çocukluk çağı ve adölesanlarda sıklığı ile ilgili çalışma sayısı sınırlıdır. Bu konuyla ilgili bir derlemede hastalığın çocuklardaki sıklığının çalışmalarda %0 ile %2.16 arasında bildirildiği bulunmuştur<sup>107</sup>. En sık görülen ülke Hindistan<sup>108,109</sup> iken en az görüldüğü ülkeler Tayvan<sup>110</sup>, Suudi Arabistan<sup>111</sup> ve Finlandiya'dır<sup>112</sup>.

Hastalarımızın %52.6'sı kız, %47.4'ü erkekti. Cinsiyetler arasında görülme sıklığında istatistiksel anlamlılık yoktu. Çalışmamızla benzer sonuçlar olduğu gibi<sup>3,67,92</sup>, erkeklerde sık olduğunu bildiren çalışmalar da<sup>86</sup> mevcuttu.

Vitiligo hastalarının yaş ortalaması 9.84 ( $\pm 4.27$ ) idi. Kız (10.23) ve erkek (9.40) çocukların yaşları arasında anlamlı fark saptanmadı. Hindistan'daki bir çalışmada hastalık başlangıç yaşı ortalama 6.4 iken hastaların sıklıkla 9-12 yaş arasında başvurduğu gözlenmişti<sup>67</sup>.

Vitiligolu hastaların %44.6'sı yaz mevsiminde başvurmuştu. Ülkemizde yapılan diğer çalışmada da hastalık en sık yaz mevsiminde tanı almıştı<sup>86</sup>. Hastalığın en sık yazın tanı almasının sebebi ultraviyolenin etkisiyle depigmente maküllerin çevre dokuda bronzlaşma olması nedeniyle daha görünür hale gelerek hastaya rahatsızlık vermesi veya hastalığının ilerlediğini düşünmesi nedeniyle olabilir.

Yaş gruplarına göre bakıldığında en fazla hasta sayısı okul dönemi (%40.6) ve adölesan (%42.1) dönemdedi. Ürdün'de adölesanları içermeyen bir çalışmada hastaların en fazla okul döneminde olduğu görülmüştür<sup>113</sup>.

### **Pitiriyazis Alba**

Pitiriyazis alba hastalarının oranı %2.4'tü. Hastaların %44.3'ü kız, %55.7'si erkekti. Erkeklerdeki sıklığının fazla olması istatistiksel açıdan anlamlıydı ( $p:0.006$ ). Çalışmamızla benzer şekilde erkeklerde, özellikle koyu tenlilerde daha sık olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur<sup>3,71,72,86,98</sup>.

Pitiriyazis alba hastalarının yaş ortalaması 9.30 ( $\pm 3.99$ ) idi. Kız (9.10) ve erkek (9.45) çocuklar arasında yaş farkı istatistiksel açıdan anlamlı değildi.

Pitiriyazis alba en sık yaz mevsiminde (%36.6) görülmüştü. Yakın zamanda ultraviyole radyasyonun yol açtığı hasar nedeniyle deriyi irrite ederek inflamatuvar reaksiyonları uyardığı, bununla birlikte güneş ışığının melanosit fonksiyonları üzerindeki direkt etkisi nedeniyle de lezyonlarda renk azalması olduğu ile ilgili kanıtlar saptanmıştır<sup>74</sup>. Bundan dolayı hastalığın görülme sıklığı yaz mevsiminde daha fazla olabilir.

Yaş gruplarına göre en fazla hasta okul dönemi çocuklardaydı (%47.9). Pitiriyazis alba çocuklarda sık görülen, olguların %50'sinden fazlasında yüzü etkileyen, çalışmamızla benzer şekilde en sık 6-16 yaş arasında görülen bir hastalık olarak bildirilmiştir<sup>3,93</sup>. Bunun sebebi bu yaş grubunun ev dışı faaliyetlerinin daha fazla olması nedeniyle güneş ışığına daha fazla maruz kalması olabilir.

### **Molluskum Kontagiyozum**

Hastaların %2.3'ünde molluskum kontagiyozum vardı. Yunanistan 'da



yapılan bir çalışmada ise pediatrik hastaların %3.2'sinde görülmüştü<sup>114</sup>. Çalışmamızda viral hastalıklarda verrukalardan sonra ikinci sıklıkta görülmesine rağmen molluskum kontagiyozumun en sık saptanan viral hastalık olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur<sup>88,95</sup>.

Hastaların %40.3'ü kız, %59.7'si erkekti. Erkeklerde daha sık görülmesi istatistiksel açıdan anlamlıydı ( $p < 0.001$ ). Bazı çalışmalarda bizimkiyle benzer şekilde erkek hastalarda daha sık görülmüştü<sup>54</sup>. Ancak diğer çalışmalarda ya kız hasta sayısının daha fazla olduğu ya da her iki cinsiyette eşit sıklıkta olduğu görüldü<sup>3,86,114</sup>.

Molluskum kontagiyozum hastalarının yaş ortalaması 6.62 ( $\pm 3.87$ ) idi. Kız (6.45) ve erkek (6.73) çocukların yaş ortalaması arasındaki fark anlamlı değildi.

Bizim çalışmamızda molluskum kontagiyozum hastalarının en sık ilkbaharda başvurduğu görülürken, ülkemizde yapılan diğer çalışmada kış mevsiminde daha sık görülmüştü<sup>86</sup>.

Hastaların %40.7'si okul dönemi çocuklarından oluşmaktaydı. Bu yaş grubunda daha sık görüldüğü daha önce yapılan çalışmalarda da bildirilmiştir<sup>114,115</sup>. Mevsim ve hijyen faktörleri ne olursa olsun bu yaş grubunun günlük aktiviteleri ve davranışsal parametreleri hastalığın bulaşmasını kolaylaştırmaktadır.

### **Psoriasis**

Tüm tanıların %2.3'ünü psoriasis oluşturuyordu. Çocukluk çağında psoriasis prevalansı %0.5 ile %1.73 arasında bildirilmiştir<sup>116-118</sup>. Ülkemizde yapılan çalışmada ise çocukluk çağında psoriasis görülme sıklığı %3.8 olarak bildirilmiştir<sup>119</sup>. Buna göre ülkemizde psoriasis prevalansının çocukluk çağında diğer ülkelere kıyasla daha yüksek olduğu söylenebilir. Bu durum iklimsel değişiklikler, çevresel ve genetik farklılıklar nedeniyle olabilir.

Hastaların %56'sı kız, %44'ü erkekti. Kız çocuklarda daha sık görülmesi istatistiksel açıdan anlamlıydı ( $p: 0.004$ ). Benzer sonuçlar birçok çalışmada gözlenmiştir<sup>3,33,86,120,121</sup>. Ancak erkeklerde sık olduğunu bildiren çalışma sayısı da az değildir<sup>116,118,122</sup>.

Psoriasis hastalarının yaş ortalaması 10.66 ( $\pm 3.72$ ) idi. Farklı çalışmalarda yaş ortalaması 10.6 ve 13.7 olarak bulunmuştu<sup>120,122</sup>. Kız (11.10) ve erkek (10.10) çocukların yaş ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak

anlamlıydı (p= 0.021). Kaliforniya'da yapılan bir araştırmada çalışmamızla benzer şekilde kız çocukların yaş ortalaması (12.5) erkeklere (11.8) göre daha yüksek saptanmıştı<sup>116</sup>. Megha ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise kız çocukların yaş ortalaması 11 iken erkeklerinki 10.8 bulunmuştu<sup>120</sup>.

Çalışmamızda psoriyazisi olan hastaların hastaneye en sık ilkbaharda başvurduğu gözlemlendi. Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada ise kış mevsiminde daha sık başvurulduğu bildirilmektedir<sup>86</sup>. Psoriyazis hastalarının yazın kliniğinde düzelme olurken, kış mevsiminde hastalık aktivitesinin arttığı ve hastalığın kötüleştiği düşünülmektedir<sup>123</sup>. Bunun nedeni yazın ultraviyole radyasyonunun olumlu etkisi, kışın ise enfeksiyonların olumsuz etkisi olabilir. Bahar mevsimlerinde de enfeksiyon sıklığı yüksek olduğu için çalışmamızda hastaların ilkbaharda daha sık başvurduğu düşünülebilir.

Yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde hastaların büyük kısmının okul dönemi ve adölesan hasta grubunda (toplam %89.3) olduğu görüldü. Adölesan grubunda yüksek sıklıkta görülmesi diğer çalışmalarda da benzer şekilde bulunmuştur<sup>116,120,122</sup>.

### **Tinea Versikolor**

Tinea versikolor tüm tanıların %2.3'ünü oluşturuyordu. Fransa'da 0-14 yaş grubunu içeren bir çalışmada ise %11.8 oranında bildirilmiştir<sup>124</sup>. Hastaların %46.6'sı kız, %53.4'ü erkekti. Cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. Ancak erkek hastaların daha sık olduğunu bildiren bir çalışma da vardı<sup>125</sup>.

Tinea versikolor hastalarının yaş ortalaması 13.08 (±3.27) idi. Kız (13.35) ve erkek (12.84) çocukların yaş ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu.

Bu hastaların en sık başvurusunun yaz mevsiminde olduğu görüldü. Diğer çalışmada da sonuç aynıydı<sup>125</sup>. Özellikle sıcak hava ve yüksek nem oranı nedeniyle yaz mevsiminde daha sık görülmesi beklenen bir bulgudur.

Yaş gruplarına göre bakıldığında ise hastaların %77.7'si adölesandı. Bu grupta en sık görülmesinin sebebi artan sebum aktivitesi ve/veya hormonal değişiklikler olabilir<sup>126</sup>.

### **Alopesi Areata**

Tüm tanıların %2.1'ini alopesi areata oluşturuyordu. Hindistan'daki bir çalışmada ise sıklık %1.09 olarak bulunmuştu. Hastaların %50.4'ü kız, %49.6'sı

erkekti<sup>88</sup>. Sıklık açısından anlamlı fark yoktu. Türkiye<sup>86</sup> ve Portekiz'de<sup>127</sup> yapılan çalışmalarda erkeklerde, diğer çalışmada<sup>3</sup> kız hastalarda daha sık görülmüştü.

Alopesi areata hastalarının yaş ortalaması 9.46 ( $\pm 3.97$ ) idi. Portekiz'de ise ortalama yaş 7.8 bildirilmişti<sup>127</sup>. Kız (9.35) ve erkek (9.57) çocukların yaş ortalaması arasındaki fark anlamlı değildi.

Alopesi areatanın mevsimlere göre dağılımına bakıldığında tüm mevsimlerde hemen hemen aynı sıklıkta olduğu gözlemlendi. Aynı bulgu Yunanistan'da da bildirilmiştir<sup>128</sup>.

Hastaların %46.7'si okul dönemi çocuklardan oluşmaktaydı. Alopesi areatada ilk atak genellikle çocukluk dönemindedir ve %24-50 oranında 16 yaşından önce başlar<sup>35</sup>.

### **Böcek İsırıkları**

Tüm tanıların %2.1'ini böcek ısırıkları oluşturuyordu. Hastaların %50.4'ü kız, %49.6'sı erkekti. Cinsiyetler arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu. Ülkemizdeki diğer çalışmada da kızlarda daha fazla gözlenmekteydi<sup>86</sup>. Meksika'da ise erkeklerde daha sık gözlenmişti<sup>92</sup>.

Bu hastaların yaş ortalaması 6.37 ( $\pm 4.44$ ) idi. Kız (6.62) ve erkek (6.10) çocukların yaş ortalaması arasında anlamlı fark yoktu.

Böcek ısırıkları en sık yaz mevsiminde başvurmuştu. Diğer çalışmada da sonuç benzerdi<sup>86</sup>. Yazın sıcak hava etkisiyle böcek yoğunluğunun artması ve çocukların kol ve bacaklarını açıkta bırakan kıyafetler giymesi nedeniyle böcek ısırıklarının sık görülmesi beklenen bir durumdur.

Hastaların %37.2'si okul dönemi çocuklardan oluşmaktaydı. Bu durum okul dönemi yaş grubunun açık hava aktivitelerinin fazla olması nedeniyle olabilir.

### **Melanositik Nevüsler**

Melanositik nevüs tanısı alan hasta oranı %2'ydi. Melanositik nevüsler İspanya'dan bildirilen bir çalışmada<sup>97</sup> en sık görülen hastalıktı (%19,8). Bu durumun İspanya'da birçok çocukta çok sayıda melanositik nevüs bulunması ve bu hastaların aşırı güneş ışığı maruziyeti olması veya halk arasında melanom endişesinin yüksek olması nedeniyle olabileceği belirtilmişti. Hastaların %49.6'sı kız, %50.4'ü erkekti. Cinsiyet açısından anlamlı fark yoktu. Başka bir çalışmada ise kızlarda daha sık olarak bulunmuştu<sup>92</sup>.

Bu hastaların yaş ortalaması 10.98 ( $\pm 4.22$ ) idi. Kız (10.91) ve erkek

(11.03) çocukların yaş ortalaması arasında anlamlı fark yoktu.

Nevüslerin mevsimsel ilişkisi değerlendirildiğinde en sık başvurunun yaz mevsiminde olduğu görüldü. Bunun sebebi güneş ışınlarının etkisiyle yazın nevüslerde meydana gelen değişikliklerin hastaları veya ebeveynlerini kaygılandırması olabilir.

Yaş gruplarına göre bakıldığında en fazla hasta sayısı adölesan dönemdeydi (%56.9). Melanositik nevüs sayısının puberteyle birlikte arttığı bilinmektedir<sup>41</sup>.

### **İmpetigo**

İmpetigo sık görülen, oldukça bulaşıcı bir deri hastalığıdır. En sık çocuklarda görülür. Çalışmamızda tüm tanıların %2'sini impetigo oluşturuyordu. Yunanistan'da yapılan bir çalışmada<sup>129</sup> tüm toplumda insidansı %5.3 bulunmuşken, Hollanda'da<sup>130</sup> çocuklarda %1.65, ülkemizde<sup>86</sup> ise yine çocuklarda %4.1 olarak bildirilmişti. İmpetigo Hollanda'da çocuklarda en sık görülen üçüncü deri hastalığıydı<sup>131</sup>. Bu farklılıklar iklimsel değişiklikler, kalabalık yaşam ortamları ve toplumların hijyenik özelliklerinden kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda hastaların %41.4'ü kız, %58.6'sı erkekti. Erkeklerde görülme sıklığının yüksek olması istatistiksel açıdan anlamlıydı ( $p < 0.001$ ). Ülkemizde ve Yunanistan'da bildirilen diğer çalışmalarda da erkeklerde daha sık görülmüştü<sup>86,129</sup>. Kuveyt'te ise cinsiyetler arasında sıklık farkı yoktu<sup>3</sup>.

Bu hastaların yaş ortalaması 5.91 ( $\pm 4.16$ ) iken diğer çalışmada ise 7 bulunmuştu<sup>130</sup>. Kız (5.96) ve erkek (5.87) çocukların yaş ortalaması arasında anlamlı fark yoktu.

İmpetigonun mevsimsel ilişkisi değerlendirildiğinde en sık başvurunun yaz mevsiminde olduğu görüldü. Diğer çalışmalarda da yazın sık görülmüştü<sup>86,103,129</sup>. Bu durum yazın artan sıcaklık, minör deri travmaları veya böcek ısırıkları nedeniyle olabilir.

Yaş gruplarına göre bakıldığında en fazla hasta sayısı okul dönemi çocuklardaydı (%40.2). Ancak diğer çalışmalarda infant ve okul öncesi çocuk hastalarda daha sık görülmüştü<sup>86,90</sup>. Okul çağındaki çocuklarda daha sık görülmesi temas oranlarının daha yüksek olması ve birbirlerine bulaştırmalarından kaynaklanıyor olabilir.

### **Bazı Hastalıklarda Alınan Sistemik Tedavilerin Değerlendirilmesi**

Çalışmamızın bundan sonraki kısmında bazı hastalıklarda kliniğimizde

tercih edilen tedavi seçenekleri üzerinde durulacaktır. Bulgularda bahsedilen bazı hastalıklar (epidermodisplaziya verrüziformis, hidradenitis süpürativa, ürtikerya pigmentoza, liken planus, rekürren aftöz stomatit, keratodermalar, sarkoidoz ve Darier hastalığı) birtakım nedenlerden dolayı ayrıntılı tartışılmamıştır. Bu nedenler arasında çalışmamızdaki hasta sayısının az olması, literatürde çocukluk çağı tedavileri ile ilgili çalışma bulunamaması ve bazılarının çocukluk çağı tedavisi ile erişkin tedavisi arasında fark olmaması sayılabilir.

### **Psoriyazis**

298 çocuk psoriyazis hastasının 24'ü (%8.1) sistemik tedavi veya fototerapi almıştı. Diğer psoriyazisli çocuk hastalara ise çeşitli topikal tedaviler verilmişti. Bu hastaların yaş ortalamaları 12.08'di. 3 hastaya siklosporin, 5 hastaya metotreksat, 2 hastaya asitretin tedavisi verilirken 14 hastaya çeşitli fototerapiler (dbUVB, PUVA, lokal PUVA) uygulanmıştı.

Erişkinlerde sistemik tedavi veya fototerapi alma oranı daha önce %26 olarak bildirilmişken<sup>132</sup>, çocukluk çağına yapılan bir çalışmada %3.9 hastaya bu tedaviler uygulanmıştı<sup>116</sup>. Bu çalışmada çocuklara %20.6 sistemik tedavi, %64.7 fototerapi verilmişti<sup>116</sup>. Başka bir çalışmada ise 125 hastanın sadece ikisine metotreksat, birine adalimumab ve birine de dbUVB fototerapisi önerilmişti<sup>118</sup>. Kore'de yapılan bir çalışmada ise hastaların %9.9'u sistemik tedavi, %5.4'ü fototerapiyle tedavi edilmiş, en sık asitretin tercih edilmişti<sup>122</sup>. Bu bulguların diğer çalışmalar ile benzer olduğu belirtilmişti<sup>118,133</sup>.

Çocukluk çağına erişkinlere göre sistemik tedavi reçete etme sıklığındaki azlık dermatolog ve pediatristlerin bu yaş grubunda bu tedavileri uygulamaya istekli olmaması nedeniyle olabilir. Gerek aile kaygısı gerekse bu tedavilerin kısa veya uzun vadede bazı komplikasyonlara neden olması ile bu durum açıklanabilir. Psoriyazis, hastaların çoğunda hayatı tehdit etmeyen, sadece yaşam kalitesi üzerine belirgin etkileri olan bir hastalıktır. Bu yaş grubunda tedavi seçiminde eritrodermi, yaygın püstüler psoriyazis veya şiddetli psoriyatik artrit gibi morbidite ve mortalite riski olan hastalarda sistemik tedavi düşünülmelidir.

### **Vitiligo**

Toplamda 325 vitiligosu olan hasta vardı ve tüm hastaların %2.5'ini oluşturuyordu. Vitiligo hastalarının 295'ine çeşitli topikal tedaviler verilmişti. 30

hastaya (%9.2) ise fototerapi başlanmıştı. Bu hastaların 29'una dbUVB fototerapisi, 12 yaşındaki bir kız hastaya ise lokal PUVA fototerapisi kullanılmıştı. Bir çalışmada 82 çocuk hastanın %18'ine PUVA verildiği bildirilmiştir<sup>134</sup>.

Çocuklarda vitiligo tedavisinde topikal tedavi, sistemik steroid, fototerapi, cerrahi yöntemler, kozmetik kamuflaj ve kognitif tedavi önerilmektedir. Vitiligolu çocuklarda tedavi iki faz şeklindedir. Başlangıç fazında hastalık progresyonunun durdurulması, diğer fazda repigmentasyonun uyarılması amaçlanmaktadır. Çocuklarda sıklıkla medikal tedavi tercih edilmektedir. Çalışmalarda topikal steroidlerle<sup>135,136</sup> başarı oranı %45-60, topikal kalsipotriol<sup>137</sup> ile %55.6, her ikisinin kombinasyonu<sup>138</sup> ile %83, topikal takrolimus<sup>139</sup> ile %86.4 olarak bildirilmiştir. dbUVB ile yapılan çalışmalarda %75'in üzerinde repigmentasyon oranı %50-75 olarak bildirilmiştir<sup>69,140</sup>. Bilindiği gibi sistemik PUVA tedavisi ise 12 yaşın altında kontrendikedir. 12 yaş üzerindeki vitiligo hastalarında ise %75 repigmentasyon oranı %60 olarak bildirilmiştir<sup>135,136</sup>. Son yıllarda excimer laser de vitiligoda kullanımı giderek artan bir tedavi yöntemi olarak karşımıza çıkmaktadır ve bu konuyla ilgili yapılan çalışmalarda %33-64 oranında başarılı bulunmuştur<sup>141,142</sup>. Cerrahi tedaviler ise çocuklarda çok tercih edilmez. Eğer hasta bu tedavilere yanıtız veya bu tedavileri kullanmak istemiyorsa kamuflaj da önerilebilir.

### **Alopesiler**

Alopesi areata hastaların 276'sında (%2.1) mevcuttu. 32 hastaya (%11.6) topikal tedaviyle kombine olarak farklı tedaviler uygulanmıştı. 18'ine intralezyonel steroid enjeksiyonu, 5'ine depo steroid, 7'sine lokal PUVA fototerapisi, 12 yaşındaki bir erkek hastaya pulse steroid tedavisi, 9 yaşındaki bir erkek hastaya ise sistemik steroid tedavisi verilmişti.

Alopesi totalisi olan hasta sayısı 22'ydi. 19 hasta sistemik tedavi almıştı. 8 hastaya lokal PUVA, 2 hastaya pulse steroid, 4 hastaya pulse steroid ve lokal PUVA kombinasyonu, 3 hastaya sistemik steroid, birer hastaya depo steroid ve siklosporin verilmişti.

Alopesi üniversalis toplamda 20 hastada mevcuttu. 18'ine sistemik tedavi uygulanmış, 2 hasta topikal tedaviyle takip olmak istemişti. Bu hastalara sistemik steroid, lokal PUVA, siklosporin ve salazopirin tedavileri verilmişti.

Portekiz'de 48 hastayla yapılan bir çalışmada ise alopesi areatalı çocuk

hastaların %82'sine sadece topikal tedavi verilmişti<sup>127</sup>. Bu hastaların %54'ünde (26 hasta) lezyonlar tamamen gerilemişti. Geri kalan hastalara ise sistemik kortikosteroid ve/veya siklosporin önerilmişti. Bu hastaların sadece birinde kalıcı yanıt gelişmiş, 15 hastanın 12'sinde ise hastalık tekrar oluşarak hastaların yeniden aynı stresi yaşamalarına neden olmuştu.

Alopesi areatada kıl folikülünde harabiyet yoktur. Bundan dolayı saçların geri gelme ihtimali vardır. 1 yıl içinde %34-50 oranında saçlar çıkabileceği için bütün hastalar tedavi edilmek zorunda değildir<sup>143</sup>. Ancak şiddetli ve uzun süreli alopesiler yaşam kalitesini belirgin ölçüde etkilemektedir<sup>144</sup>. Bundan dolayı bu hastalara tedavi vermek yerinde bir yaklaşımdır.

Şu ana kadar bildirilen hiçbir tedaviyle kür elde edilememiştir. Erişkinde en etkili olan ve üzerinde en çok çalışılan alopesi totalis tedavisi kontakt immünoterapidir<sup>143</sup>. Çocukluk çağında alopesi areata ile ilgili ise az sayıda hastayla yapılan kontrollü olmayan çalışmalar vardır. Topikal immünoterapilerden difensipron<sup>145</sup> veya skuarik asit dibutilesterin<sup>146</sup> kullanıldığı çalışmalarda bu ilaçlar başarılı bulunmuştur. Daha önceki bir çalışmada %0.05 klobetazol propiyonat, alopesi üniversalis ve totalis hastalarında oklüzyonla kullanılmış<sup>147</sup>. %29 (8 hasta) başarılı bulunurken, 3 hastada relaps gelişmiştir. İntralezyonel steroidler ise alopesi areatada sıklıkla kullanılmaktadır. Suudi Arabistan'da bir çalışmada hastaların %63'ünde aylık enjeksiyonlarla tam düzelme sağlanmıştır<sup>148</sup>. Sistemik steroid uzun dönem birçok yan etkisinden dolayı pediatrik hastalarda çok tercih edilen bir yöntem değildir. Pulse steroid ise sistemik yan etkileri belirgin derecede azalttığı için daha çok tercih edilir. Ancak tedavi kesildikten sonra relaps oranı yüksektir<sup>149</sup>. Başarı oranı ise %11.4-47 arasında bildirilmiştir<sup>150</sup>. PUVA'da ise %60'ın üzerinde başarı bildirilmiş<sup>151</sup> olmakla birlikte tedaviden 3 ay sonra değerlendirildiğinde etkisinin %6.3-13.1 devam ettiği ve spontan düzelmeye üstün olmadığı düşünülmüştür<sup>152</sup>. Daha önce erişkinlerde kullanımı bildirilmesine rağmen çocukluk çağında ilk defa kullanılan bir çalışmada ise metotreksat orta derecede etkili bulunmuştur (13 hastanın 5'inde başarılı)<sup>153</sup>. 308 nm excimer laser de pediatrik alopesi areata hastalarında etkili bulunmuştur<sup>154</sup>. Ancak bu tedavilerin çoğunun çocuklarda kullanımı onay almamıştır.

### **Behçet Hastalığı**

Behçet hastalığı nedeni bilinmeyen kronik multisistemik inflamatuvar bir

hastalıktır. Pediatrik başlangıçlı hastalık nadirdir ve tekrarlayan karın ağrısı ve epizodik ateş gibi farklı klinik bulguları vardır<sup>155</sup>.

Tüm hastaların 8'ine Behçet hastalığı tanısı koyulmuştu. Hastaların yaşı 12 ile 16 arasında değişmekteydi. Behçet hastalarının yaş ortalaması 14.50'ydi. 8 hastanın 6'sı kız, 2'si erkekti. Bu hastaların 7'sine kolşisin tedavisi verilmişti. 13 yaşındaki bir kız hasta ise sistemik tedavi almamıştı.

Başka bir çalışmada ise 9 hasta vardı, bu hastaların yaşları 6-15 arasında değişmekteydi ve yaş ortalaması 7'ydi<sup>156</sup>. Hastaların 6'sı erkek, 3'ü kızdı. Sistemik tedavi olarak 2 hastaya kolşisin, 1 hastaya refrakter artrit nedeniyle etanersept verilmişti. Mukokutanöz bulguları ve üveiti olan diğer hastalara ise lokal tedavi, nonsteroid antiinflatuarlar, steroid veya metotreksat verilmişti.

Behçet hastalığı birçok organı ilgilendiren vaskülitik ve morbidite oranı yüksek, mortal seyredebilen bir hastalıktır. Çocukluk çağındaki Behçet hastalığı ile ilgili çalışma sayısı giderek artmaktadır. Bu hastalara kesin tanı koymak ve uygun zamanda sistemik tedavi başlamak yaşam kalitesini arttırmak için önemlidir.

### **Morfea**

Morfea, deride skleroz ile giden nedeni bilinmeyen bir bağ doku bozukluğudur. Genellikle çocukluk çağında başlar.

33 (%0.3) morfea tanısı alan hastanın 2'sine sistemik tedavi verilmişti. Bunlardan birincisi 8 yaşında bir kız hastaydı ve depo steroid yapılmıştı, ikincisi ise 13 yaşındaydı ve oral sistemik steroid tedavisi verilmişti.

Plak tip ve yüzeysel morfea lezyonları topikal antiinflatuar ve/veya fototerapi ile tedavi edilmektedir. Progresif ve derin hastalıkta ise sistemik steroid ve metotreksat iyi tolere edilen, etkili bir ilk basamak tedavisidir<sup>157</sup>. Bir çalışmada çocuk hastaların çoğu progresif olduğu için metotreksat genellikle sistemik steroid ile kombine kullanılmıştır<sup>157</sup>. Oldukça başarılı sonuçlar elde edilmiştir ve sadece iki hastada yanıt alınamamıştır.

Başka bir çalışmada 10 hastaya sistemik tedavi verilmişti (sistemik steroid, metotreksat, siklosporin, d-penisilamin)<sup>158</sup>. Ama bu çalışmada fizyoterapinin de tedavide çok önemli bir yeri olduğu belirtilmişti. Çocukluk çağında lineer morfea daha sık görülmekteyken, erken tanı ve tedavi gelişebilecek fonksiyonel kayıpları önlemede önemli bir yer tutmaktadır.



## **İktiyozlar**

İktiyoz tanısıyla takip edilen 58 (%0.4) hastanın 10'una asitretin verilmişti. Hindistan'da ise çocuklarda iktiyoz sıklığı %0.34 olarak bildirilmiştir<sup>88</sup>. Asitretin verilen hastaların 6'sı erkek, 4'ü kız çocuğuydu. 1 yaşın altında 3 hasta vardı.

İktiyozda güncel tedaviler semptomatik olup, yerel, sistemik ya da bunların kombinasyonu şeklindedir. Derinin nemlendirilmesi ve keratolitikler topikal tedavide önemlidir. Sistemik retinoidler ise çocuklarda ve yenidoğanlarda özellikle ağır iktiyoz tiplerinde kullanılmakta, Harlequin fetus tedavisinde hayat kurtarıcı olabilmektedir. Tedavi süresi değişkendir ve uzun dönem tedavi gerekebilir.

## **Skleroderma**

Skleroderma tanısı alan 2 hastanın birine (7 yaş, kız) sistemik steroid, diğerine (11 yaş, kız) metalkaptaz tedavisi verilmişti.

Çocukluk çağında skleroderma oldukça nadir görülen bir hastalıktır. Japonya'da bazı çalışmalarda insidansı %0.3-2.7 arasında bildirilmiştir<sup>159,160</sup>. Jüvenil skleroderma tedavisinin etkinliği ile ilgili doğrulanmış bir veri veya standart bir tedavi yoktur. Tedavi yönetimlerinin çoğunda erişkinler için olan tedavinin çocuk hastalara da uygulanabileceği önerilmektedir.

## **Pitiriazis Likenoides**

Pitiriazis likenoides kronikalı 2 hasta, PLEVA'lı 5 hasta vardı. Hastalara eritromisin, doksisisiklin ve dbUVB fototerapisi verilmişti.

Eritromisin 15 pitiriazis likenoides kronikalı hastanın 13'ünde başarılı bulunmuştur<sup>161</sup>. Başka bir seride 124 hastanın %8'ine nemlendirici, %79.7'sine eritromisin, %58'ine monoterapi veya kombine şekilde topikal steroid verilmiştir<sup>162</sup>.

Bu hastalıklar için çok sayıda tedavi önerilmiş olmasına rağmen spontan remisyon da mümkündür<sup>163</sup>. İlk basamak olarak oral antibiyotik ve topikal steroidler önerilir<sup>163</sup>. Sistemik antibiyotiklerden özellikle antiinflamatuvar etkileri nedeniyle tetrasiklin ve eritromisin yıllardır kullanılmaktadır. İkinci basamak tedavide fototerapi yer alır. Üçüncü basamakta ise metotreksat, siklosporin, asitretin ve dapson kullanılabilir.

## **Dermatomiyoit**

Dermatomiyoit tanısı alan 5 hasta vardı. Hastaların hepsi kızdı. 16 ve 9 yaşındaki iki hastaya metotreksat, 7 yaşındaki bir hastaya sistemik steroid

verilmişti. Diğer iki ocuk ise (6 ve 10 yaş) topikal tedaviyle takip edilmişti.

Çocuklarda erişkinlerde olduğu gibi sistemik steroid ilk basamak tedavidir. Ancak daha yüksek dozlara ihtiyaç vardır. İlk tercih edilen adjuvan tedavi ise metotreksattır. Çocuklarda da başarılı bir şekilde kullanılmaktadır<sup>164</sup>.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Pediyatrik dermatoloji günden güne gelişmekte olan bir yandal olmasına rağmen ülkemizde ve dünyada henüz hak ettiği yeri alamamıştır. Bu yaş grubuyla ilgili geniş hasta serileriyle yapılmış kontrollü çalışmalar maalesef oldukça az sayıdadır.

Biz çalışmamızda çocuk hastaların dermatoloji polikliniğine oldukça sık başvurduğunu saptadık. Bu yaş grubunda çok çeşitli hastalıklar olduğu sonucuna vardık. Bunun sebebi muhtemelen çalışmamıza dahil ettiğimiz hasta sayısının diğer çalışmalara göre daha fazla olmasıdır. En sık görülen hastalıklar tek tek değerlendirilirken ülkemizle benzer şekilde yabancı kaynaklarda da çocuklarda en sık rastlanan hastalıklarımızın hemen hemen aynı olduğunu gördük. Özellikle enfeksiyon ve enfestasyon hastalıklarının çalışmamızda ekzemalara göre daha az sıklıkta görülmesinin ülkemiz adına umut verici bir bulgu olduğu düşünüldü. Çünkü çalışmalar göstermiştir ki enfeksiyon ve enfestasyon hastalıkları geri kalmış ülkeler için hala önemli bir sorunken, gelişmekte olan ve gelişmiş ülkeler için ikincil problemler arasındadır. Bizim gözlemlerimiz ile daha önce bildirilen çalışmalar arasında benzerlikler olduğu gibi farklılıklar da vardı.

Bazı hastalıklardaki tedavi seçenekleri değerlendirilirken literatürde çocukluk çağında hastalığa spesifik tedaviyle ilgili yapılan çalışmaların çok az olduğu gördük. Hatta bazı hastalıklarla ilgili bu yaş grubunda tedavi konusunda sadece belli bir ilaç için tek tük olgu sunumlarına rastladık. Bu durumun sebebi büyük olasılıkla dermatologların ve ebeveynlerinin bu yaş grubunda erişkine göre tedavi seçerken daha hassas bir tutum içinde olmalarıdır.

Epidemiyolojik çalışmalar toplumların ekonomik, sosyokültürel, coğrafik ve genetik özelliklerinin yanı sıra farklı etnik gruplarda hastalıkların sıklığını göstermeleri açısından önemlidir. Öte yandan, genel popülasyon çalışmaları verimli sağlık hizmetlerinin planlanmasında belirleyici bir rol oynamaktadır. Toplumun temel taşı olan çocuk nüfusla ilgili çalışmalar koruyucu hekimlik ve sağlık politikalarının belirlenmesinde yol göstericidir. Bu konuda yapılacak yeni çalışmalar pediatrik popülasyonda dermatolojik hastalıkların yaşa, cinsiyete ve mevsime göre sıklığını ve bu koşullar ile ilgili alınabilecek önlemleri daha iyi anlamak konusunda bize yardımcı olacaktır.

## KAYNAKLAR

1. Dogra S, Kumar B. Epidemiology of skin diseases in school children: a study from northern India. *Pediatr Dermatol* 2003; 20:470-3.
2. Williams HC. Epidemiology of skin diseases. In: Champion RH, Burton JL, Burns DA, Breatnach SM (eds). *Textbook of Dermatology*. 6th ed. Oxford: Blackwell Science, 1998: 139-158.
3. Nanda A, Al-Hasavi F, Alsaleh QA. A prospective survey of Pediatric Dermatology Clinic Patient in Kuwait: an analysis of 10.000 cases. *Pediatric Dermatol* 1999; 16:6-11.
4. Weber MB, Prati C, et al. Improvement of pruritus and quality of life of children with atopic dermatitis and their families after joining support groups. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2008; 22:992-7.
5. Ludwig MWB, Muller MC, Oliveira MS, Moraes JFD. Qualidade de vida e localização das lesões em pacientes dermatológicos. *An Bras Dermatol* 2009; 84:143-50.
6. Federman DG, Reid M, Feldman SR, Greenhoe J, Kirsner RS. The primary care provider and the care of skin disease: the patient's perspective. *Arch Dermatol* 2001; 137:25-9.
7. Hayden GF. Skin diseases encountered in a pediatric clinic. A one-year prospective study. *Am J Dis Child* 1985; 139:36-38.
8. Başkan Bülbül E, Tunalı Ş. Sık rastlanan pediatrik deri hastalıkları. *Güncel Pediatri* 2004; 2:157-164.
9. Acunaş B. Yenidoğan derisinin gelişimi ve özellikleri. In: Tüzün Y, Kotoğyan A, Serdaroğlu S, Çokuğraş H, Tüzün B, Mat CM (eds). *Pediatrik Dermatoloji*. 1. baskı. İstanbul: Nobel tıp kitabevleri, 2005: 17-25.
10. Eşrefoğlu M. Yenidoğan derisi ve sorunları. *T Klin J Dermatol* 2002; 12:213-219.
11. Müştak PK. Yenidoğanda deri yapısı ve deri bakımı. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci* 2006; 3:1-6.
12. Ukşal Ü. Pediatrik dermatoloji eğitimi. *Türkderm* 2003; 37:15.

13. Ukşal Ü. Pediatrik Dermatolojide Bugün ve Yarın. *Türkderm* 2008; 42:1-2.
14. Oruk Ş, İltter N, Atahan ÇA, Gürer MA. Çocuklarda dermatolojik problemler. *T Klin Dermatol* 2002; 12:1-4.
15. Cunliffe WJ, Simpson NB. Disorders of the sebaceous gland. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C (eds). *Rook's Textbook of Dermatology*. 7th ed. Massachusetts: Blackwell Science, 2004; 43:1-75.
16. Chen GY, Cheng YW, Wang CY, et al. Prevalence of Skin Diseases Among School children in Magong, Penghu, Taiwan: A Community-based Clinical Survey. *J Formos Med Assoc* 2008; 107:21-29.
17. Collier CN, Harper JC, Cantrell WC, et al. The prevalence of acne in adults 20 years and older. *J Am Acad Dermatol* 2008; 58:56-59.
18. Tan HH, Tan AWH, Barkham T, Yan XY, Zhu M. Community-based study of acne vulgaris in adolescents in Singapore. *Br J Dermatol* 2007; 157:547-551.
19. Acar MA, Aksungur VL. Akne ve Benzeri Hastalıklar. In: Tüzün Y, Gürer MA, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur VL (eds). *Dermatoloji*. 3. baskı. İstanbul: Nobel tıp kitabevleri, 2008: 1189-1216.
20. Zouboulis CC, Eady A, Philpott M, et al. What is the pathogenesis of acne? *Exp Dermatol* 2005; 14:143-152.
21. Toyoda M, Morohashi M. Pathogenesis of acne. *Med Electron Microsc* 2001; 34:29-40.
22. Schafer T, Nienhaus A, Vieluf D, Berger, Ring J. Epidemiology of acne in the general population the risk of smoking. *Br J Dermatol* 2001; 145:100-104.
23. Ganceviciene R, Graziene V, Böhm M, Zouboulis CC. Increased in situ expression of melanocortin-1 receptor in sebaceous glands of lesional skin of patients with acne vulgaris. *Clin Exp Dermatol* 2007; 16:547-552.
24. Cordain L. Implications for the role of diet in acne. *Semin Cutan Med Surg* 2005; 24:84-91.
25. Wolf R, Matz H, Orion E. Acne and diet. *Clin Dermatol* 2004; 22:387-393.
26. Smith RN, Braue A, Varigos GA, Mann NJ. The effect of a low glycemic load diet on acne vulgaris and the fatty acid composition of skin surface triglycerides. *J Dermatol Sci* 2008; 50:41-52.
27. Layton AM. A review on the treatment of acne vulgaris. *Int J Clin Prac*

- 2006; 60:64-72.
28. Rigopoulos D, Loannides D, Kalogeromitros D, Katsambas AD. Comparison of topical retinoids in the treatment of acne. *Clin Dermatol* 2004; 22:408-411.
  29. Gollnick H, Schramm M. Topical therapy in acne. *JEADV* 1998; 11:8-12.
  30. Tüzün B, Tüzün Y. Psöriazis Vulgaris. In: Tüzün Y, Kotoğyan A, Serdaroğlu S, Çokuğraş H, Tüzün B, Mat CM (eds). *Pediatric Dermatoloji*. 1. baskı. İstanbul: Nobel tıp kitabevleri, 2005: 161-170.
  31. Farber EM, Mullen RH, Jacobs AH, Nall L. Infantile psoriasis: a follow-up study. *Pediatr Dermatol* 1986; 3:237-243.
  32. Farber EM, Jacobs AH. Infantile psoriasis. *Am J Dis Child* 1977; 131:1266-1269.
  33. Nanda A, Kaur S, Kaur I, Kumar B. Childhood psoriasis: an epidemiologic survey of 112 patients. *Pediatr Dermatol* 1990; 7:19-21.
  34. Atton AV, Tunnessen WW Jr. Alopecia in children the most common causes. *Pediatr Rev* 1990; 12:25-30.
  35. Sharma VK, Kumar B, Dawn G. A clinical study of childhood alopecia areata in Chandigarh, India. *Pediatr Dermatol* 1996; 13:372.
  36. Crowder JA, Friedn IJ, Prince VH. Alopecia areata in infants and newborns. *Pediatr Dermatol* 2002; 19:155-158.
  37. Önder M, Özsoy E. Alopesi areata. In: Tüzün Y, Kotoğyan A, Serdaroğlu S, Çokuğraş H, Tüzün B, Mat CM (eds). *Pediatric Dermatoloji*. 1. baskı. İstanbul: Nobel tıp kitabevleri, 2005: 501-508.
  38. Madani S, Shapiro J. Alopecia areata update. *J Am Acad Dermatol* 2000; 42:549-566.
  39. Öztürkcan S, Şahin MT. Piyodermalar. In: Tüzün Y, Kotoğyan A, Serdaroğlu S, Çokuğraş H, Tüzün B, Mat CM (eds). *Pediatric Dermatoloji*. 1. baskı. İstanbul: Nobel tıp kitabevleri, 2005: 575-590.
  40. Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH, Burgdorf WHC. *Dermatology*. 2nd ed. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag, 2000: 1014-1042, 1407-1422, 1511-1558.
  41. Oğuz O. Melanosit hastalıkları ve pigmentasyon bozuklukları. In: Tüzün Y, Kotoğyan A, Serdaroğlu S, Çokuğraş H, Tüzün B, Mat CM (eds). *Pediatric Dermatoloji*. 1. baskı. İstanbul: Nobel tıp kitabevleri, 2005: 305-317.

42. James WD, Berger TG, Elston DM. Viral diseases. In: James WD, Berger T, Elston DMD (eds). *Andrews' Diseases of the Skin: Clinical Dermatology*. 10th ed. Toronto: Saunders Elsevier, 2006: 367-415.
43. Öztürkcan S. Derinin Viral Hastalıkları. In: Tüzün Y, Gürer MA, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur VL (eds). *Dermatoloji*. 3. baskı. İstanbul: Nobel tıp kitabevleri, 2008: 554-650.
44. Erdal E. Viral hastalıklar. In: Tüzün Y, Kotoğyan A, Serdaroğlu S, Çokuğraş H, Tüzün B, Mat CM (eds). *Pediyatrik Dermatoloji*. 1. baskı. İstanbul: Nobel tıp kitabevleri, 2005: 607-644.
45. Boyd AS. Condylomata accuminata in the pediatric population. *Am J Dis Child* 1990; 144:817-24.
46. Sanfilippo A, Barrio V, Kulp-Shorten C, Callen JP. Common pediatric and adolescent skin conditions. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2003; 16:269-83.
47. Wihte IA. Allergic contact dermatitis. In: Harper J, Oranje A, Prose N (eds). *Textbook of pediatric dermatology*. 1st ed. Oxford: Blackwell-Science, 2000: 287-94.
48. Fisher AA. Nickel dermatitis in children. *Cutis* 1991; 47:19-21.
49. Levy ML. Disorders of the hair and scalp in children. *Pediatr Clin North Am* 1991; 38:905-920.
50. Rajka G. Infantile seborrhoeic dermatitis. In: Harper J, Oranje A, Prose N (eds). *Textbook of pediatric dermatology*. 1st ed. Oxford: Blackwell-Science, 2000: 255-9.
51. Sengler C, Lau S, Wahn U, et al. Interactions between genes and environmental factors in asthma and atopy: new developments. *Respir Res* 2002; 3:7.
52. Kang K, Polster AM, Nedorost ST. Atopic Dermatitis. In: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP (eds). *Dermatology*. 1st ed. Toronto: Mosby Comp, 2003: 199.
53. Pajno GB, Peroni DG, Barberio G, Pietrobelli A, Boner AL. Predictive features for persistence of atopic dermatitis in children. *Pediatr All Immunol* 2003; 14:292-95.
54. Paller AS. Use of nonsteroidal topical immunomodulators for the treatment of atopic dermatitis in the pediatric population. *J Pediatr* 2001; 138:163.
55. Paller AS, McAlister RO, Dayle JJ, Jackson A, et al. Perceptions of

- physicians and pediatric patients about atopic dermatitis, its impact and its treatment. *Clin Pediatr* 2002; 41(5):323.
56. Eichenfield LF, Lucky AW, Boguniewicz M, et al. Safety and Efficacy of pimecrolimus (ASM 981) cream 1% in the treatment of mild and moderate atopic dermatitis in children and adolescents. *J Am Acad Dermatol* 2002; 46(4):495.
  57. Hanifin JM, Rajka G. Diagnostic features of atopic dermatitis. *Acta Derm Venereol (Stockh)* 1980; 92:44-7.
  58. Eichenfield LF, Hanifin JM, Luger TA, et al. Consensus conference on pediatric atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol* 2003; 6:1088-95.
  59. Leung DY. Atopic dermatitis: new insights and opportunities for therapeutic intervention. *J Allergy Clin Immunol* 2000; 105(5):860.
  60. Lerner AB. Vitiligo. *J Invest Dermatol* 1959; 32:285-310.
  61. Lerner AB, Nordlund JJ. Vitiligo. What is it? Is it important? *JAMA* 1978; 239:1183-1187.
  62. Howitz J, Brodthagen H, Schwartz M, Thomsen K. Epidemiological survey on the Isle of Bornholm, Denmark. *Arch Dermatol* 1977; 113:47-52.
  63. Bologna JL, Pawelek JM. Biology of hypopigmentation. *J Am Acad Dermatol* 1988; 19:217-255.
  64. Mosher DB, Fitzpatrick TB, Hori Y, Ortonne JP. Disorders of pigmentation. In: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Freedberg IM, Austen KF (eds). *Dermatology in General Medicine*. 4th ed. New York: McGraw Hill, 1993: 903.
  65. Handa S, Kaur I. Vitiligo: clinical findings in 1436 patients. *J Am Acad Dermatol* 1999; 26:653-657.
  66. Njoo MD, Westerhof W. Vitiligo pathogenesis and treatment. *Am J Clin Dermatol* 2001; 2:167-181.
  67. Handa S, Dogra S. Epidemiology of childhood vitiligo: a study of 625 patients from North India. *Pediatr Dermatol* 2003; 20:207-210.
  68. Linthorst Homan MW, De Korte J, Grootenhuis MA, et al. Impact of childhood vitiligo on adult life. *Br J Dermatol* 2008; 159:915-920.
  69. Kanwar AJ, Dogra S. Narrow-band UVB for the treatment of generalized vitiligo in children. *Clin Exp Dermatol* 2005; 30:332-336.
  70. Wells BT, Whyte HJ, Kierland RR. Pityriasis alba: a ten-year survey and



- review of the literature. *Arch Dermatol* 1960; 82:183-189.
71. Beliboni N, Yagyma M. Estudo epidemiológico da pitiríase alba (casuística de 300 casos). *An Bras Dermatol* 1975; 50:135-140.
  72. Bassaly M, Miale A, Prosad AS. Studies on pityriasis alba. *Arch Dermatol* 1963; 88:272-275.
  73. Sabouraud R. Pityriasis et impetigos. In: Sabouraud R (ed). *Las Maladies Desquamatives: Pityriasis et Alopecies Pelliculaires*. Paris: Masson et Cie, 1904: 513-515.
  74. Zaynoun ST, Aftimos BG, Tenekjian KK, et al. Extensive pityriasis alba: a histological, histochemical and ultrastructural study. *Br J Dermatol* 1983; 8:83-90.
  75. Hemmer W. Fliegen und Mücken als Auslöser kutaner, systemischer und inhalativer Allergien. *Allergo J* 2003; 12:16-24.
  76. Peng Z, Simons FE. Mosquito allergy: immune mechanisms and recombinant salivary allergens. *Int Arch Allergy Immunol* 2004; 133:198-209.
  77. Peng Z, Li H, Simons FE. Immunoblot analysis of salivary allergens in 10 mosquito species with worldwide distribution and the human IgE responses to these allergens. *J Allergy Clin Immunol* 1998; 101:498-505.
  78. Peng Z, Simons FE. A prospective study of naturally acquired sensitization and subsequent desensitization to mosquito bites and concurrent antibody responses. *J Allergy Clin Immunol* 1998; 101:284-286.
  79. Tokura Y, Tamura Y, Takigawa M, et al. Severe hypersensitivity to mosquito bites associated with natural killer cell lymphocytosis. *Arch Dermatol* 1990; 126:362-368.
  80. Faergemann J. Pityriasis versicolor. *Semin Dermatol*. 1993; 12(4):276-279.
  81. Szepletowski JC, Baran E, Wild E. Tinea versicolor: a perspective study. *Korean J Med Mycol* 2000; 5:108-112.
  82. Crespo Erchiga V, Delgado Florencio V. *Malassezia* species in skin diseases. *Curr Opin Infect Dis* 2002; 15(2):133-142.
  83. Faergemann J. The role of *Malassezia* yeasts in skin diseases. *Mikol Lek* 2004; 11:129-133.
  84. Schwartz RA. Superficial fungal infections. *Lancet* 2004; 364(9440):1173-1182.

85. Inanir I, Sahin MT, Gündüz K, et al. Prevalence of skin conditions in primary school children in Turkey: differences based on socioeconomic factors. *Pediatr Dermatol* 2002; 19:307–311.
86. Tamer E, Ilhan MN, Polat M. Skin diseases of children in Turkey. *J Dermatol* 2008; 35:413–418.
87. Henderson MD, Abboud J, et al. Skin-of-Color Epidemiology: a report of the most common skin conditions by race. *Pediatr Dermatol* 2012; 29(5):584-9.
88. Sardana K, Mahajan S, Sarkar R. The spectrum of skin disease among Indian children. *Pediatr Dermatol* 2009;26:6–13.
89. Hon KL, Leung TF, Wong Y, et al. Skin diseases in Chinese children at a pediatric dermatology center. *Pediatr Dermatol* 2004; 21:109-113.
90. Marrone R, Vignally P, et al. Epidemiology of skin disorders in Ethiopian children and adolescents: an analysis of records from the Italian Dermatological Centre, Mekelle, Tigray, Ethiopia, 2005 to 2009. *Pediatr Dermatol* 2012; 29:442-7.
91. [http://www.tuik.gov.tr/HbGetir.do?id=13488&tb\\_id=1](http://www.tuik.gov.tr/HbGetir.do?id=13488&tb_id=1). Erişim tarihi: 15.05.2013
92. Del Pozzo-Magan BR, Lazo-Langner A, et al. Common Dermatoses in Children Referred to a Specialized Pediatric Dermatology Service in Mexico: A Comparative Study between Two Decades. *ISRN Dermatol* 2012; 2012:351603.
93. Wenk C, Itin PH. Epidemiology of pediatric dermatology and allergology in the region of Aargau, Switzerland. *Pediatr Dermatol* 2003; 20:482–486.
94. Figuerosa JI, Fuller LC, Abraha A, et al. The prevalence of skin disease among school children in rural Ethiopia: a preliminary assessment of dermatologic needs. *Pediatr Dermatol* 1996; 13:378-381.
95. Karthikeyan K, Thappa DM, Jeevankumar B. Pattern of pediatric dermatoses in a referral center in south India. *Indian Pediatr* 2004; 41:373-377.
96. Child FJ, Fuller LC, Higgins EM, et al. A study of the spectrum of skin disease occurring in a black population in south-east London. *Br J Dermatol* 1999;141:512–517.
97. Casanova JM, Sanmartin V, et al. Childhood dermatosis in a dermatology

- clinic of a general university hospital in Spain. *Actas Dermasifiliogr* 2008; 99:111-8.
98. Yamamah GA, Emam HM, Abdelhamid MF, et al. Epidemiologic study of dermatologic disorders among children in South Sinai, Egypt. *Int J Dermatol* 2012; 51:1180-5.
  99. Koo JY, Smith LL. Psychologic aspects of acne. *Pediatr Dermatol* 1991; 8:185–188.
  100. Shaw T, Currie GP, Koudelka CW, Simpson EL. Eczema prevalence in the United States: Data from the 2003 National Survey of Children’s Health. *J Invest Dermatol* 2011; 131: 67-73.
  101. Hwang CY, Chen YJ, Lin MW, et al. Prevalence of atopic dermatitis, allergic rhinitis and asthma in Taiwan: a national study 2000 to 2007. *Acta Derm Venereol* 2010; 90:589–594.
  102. Sarma N, Ghosh S. Clinico-allergological pattern of allergic contact dermatitis among 70 Indian children. *Dian J Dermatol Venereol Leprol* 2010; 76:38-44.
  103. Banerjee S, Gangopadhyay DN, Jana S, Chanda M. Seasonal variation in pediatric dermatoses. *Indian J Dermatol* 2010; 55:44-6.
  104. Plewig G, Jansen T. Seborrheic dermatitis. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI (eds). *Fitzpatrick's Dermatology in Internal Medicine*. 6th ed. New York: Mc Graw Hill, 2003: 1198-204.
  105. Atherton DJ. The neonate. In: Champion RH, Burton JL, Burns DA, Breathnach SM (eds). *Textbook of Dermatology*. 6th ed. Oxford: Blackwell Science, 1998: 449-517.
  106. Ortonne JP, Mosher DB, Fitzpatrick TB. Vitiligo and Other Hypomelanoses of Hair and Skin. New York: Plenum Medical Book Company, 1983: 172-176.
  107. Krüger C, Schallreuter KU. A review of the worldwide prevalence of vitiligo in children/adolescents and adults. *Int J Dermatol* 2012; 51:1206-12.
  108. Kumar V, Garg BR, Baruah MC. Prevalence of dermatological diseases in school children in a semi-urban area in Pondicherry. *Ind J Dermatol Venereol Leprol* 1988; 54:300–302.
  109. Jaisankar TJ, Baruah MC, Garg BR. Vitiligo in children. *Int J Dermatol* 1992; 31:621–623.

110. Tsai M-C, Lai C-S, Wang C-Y, et al. Acne prevalence in elementary school students-a comparative epidemiological study between Kaohsiung County and Magong Township. *Dermatol Sinica* 2006; 24:9–14.
111. Zimmo SK, Qari MA, El Gamal FM, Kordy MN. Prevalence of skin disorders among male primary school children in the City of Jeddah, Saudi Arabia. *Saudi Med J* 1996; 17:56–61.
112. Norio R, Oksanen T, Rantanen J. Hypopigmented skin alterations resembling tuberous sclerosis in normal skin. *J Med Genet* 1996; 33:184-186.
113. Al-Refu K. Vitiligo in children: a clinical-epidemiologic study in Jordan. *Pediatr Dermatol* 2012; 29:114-5.
114. Kyriakis KP, Palamaras li Terzoudi S, et al. Case detection rates of molluscum contagiosum in childhood. *Pediatr Dermatol* 2007; 24:198-9.
115. Brown ST, Nalley JF, Krause SJ. Molluscum contagiosum. *Sex Transm Dis* 1981; 8:227–234.
116. Wu JJ, Black MH, Smith N, et al. Low prevalence of psoriasis among children and adolescents in a large multiethnic cohort in southern California. *J Am Acad Dermatol* 2011; 65:957-64.
117. Augustin M, Glaeske G, Radtke MA, et al. Epidemiology and comorbidity of psoriasis in children. *Br J Dermatol* 2010; 162:633-6.
118. Stefanaki C, Lagogianni E, Kontochristopoulos G, et al. Psoriasis in children: a retrospective analysis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2011; 25:417–421.
119. Seyhan M, Coskun BK, Saglam H, Ozcan H, Karıncaoglu Y. Psoriasis in childhood and adolescence: evaluation of demographic and clinical features. *Pediatr Int* 2006; 48:525-30.
120. Tollefson MM, Crowson CS, McEvoy MT, Maradit Kremers H. Incidence of psoriasis in children: a population-based study. *J Am Acad Dermatol* 2010; 62:979-87.
121. Morris A, Rogers M, Fischer G, Williams K. Childhood psoriasis: a clinical review of 1262 cases. *Pediatr Dermatol* 2001; 18:188-98.
122. Kwon HH, Na SJ, Jo SJ, Youn JI. Epidemiology and clinical features of pediatric psoriasis in tertiary referral psoriasis clinic. *J Dermatol* 2012; 39:260-4.

123. Schön MP, Boehncke WH. Psoriasis. *N Engl J Med* 2005; 352:1899-1912.
124. Bouassida S, Boudaya S, et al. Pityriasis versicolor in children: a retrospective study of 164 cases. *Ann Dermatol Venereol* 1998; 125:581-4.
125. Kyriakis KP, Terzoudi S, Palamaras I, et al. Pityriasis versicolor prevalence by age and gender. *Mycoses* 2006; 49:517-8.
126. Faergemann J, Fredriksson T. Age incidence of *Pityrosporum orbiculare* on human skin. *Acta Dermatovener (Stockh)* 1980; 60:531-3.
127. Rocha J, Ventura F, Vieira AP, et al. Alopecia areata: a retrospective study of the pediatric dermatology department (2000-2008). *Acta Med Port* 2011; 24:207-14.
128. Kyriakis KP, Paltatzidou K, Komsa E, et al. Alopecia areata prevalence by gender and age. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2009; 23:572-3.
129. Kiriakis KP, Tadros A, Dimou A, et al. Case detection rates of impetigo by gender and age. *Infesz Med* 2012; 20:105-7.
130. Razmjou RG, Willemsen SP, Koning S, et al. Determinants of regional differences in the incidence of impetigo. *Environ Res* 2009; 109:590-3.
131. Koning S, Jabaaij L. Meer impetigo, vooral in landelijk en Zuid-Nederland. *Huisarts en Wet* 2006; 2:61.
132. Horn EJ, Fox KM, Patel V, et al. Are patients with psoriasis undertreated? Results of National Psoriasis Foundation survey. *J Am Acad Dermatol* 2007; 57:957-62.
133. De Jager ME, Van de Kerkhof PC, De Jong EM, Seyger MM. Epidemiology and prescribed treatments in childhood psoriasis: a survey among medical professionals. *J Dermatolog Treat* 2009; 20:254-258.
134. Halder RM, Grimes PE, Cowan CA, et al. Childhood vitiligo. *J Am Acad Dermatol* 1987; 16:948-54.
135. Halder RM. Childhood vitiligo. *Clin Dermatol* 1997; 15:899-906.
136. Morelli J. Vitiligo: Is there a treatment that works? *Pediatr Dermatol*. 2001; 17:75-83.
137. Parsad D, Saini R, Nagpal R. Calcipotriol in vitiligo: Preliminary study. *Pediatr Dermatol*. 1999; 16:317-20.
138. Travis LB, Silverberg NB. Calcipotriene and corticosteroid combination therapy for vitiligo. *Pediatr Dermatol* 2004; 21:495-8.
139. Kanwar AJ, Dogra S, Parsad D. Topical tacrolimus for treatment of

- childhood vitiligo in Asians. *Clin Exp Dermatol* 2004; 29:589–92.
140. Njoo MD, Bos JD, Westerhof W. Treatment of generalized vitiligo in children with narrow-band (TL-01) UVB radiation therapy. *J Am Acad Dermatol*. 2000; 42:245–53.
  141. Hofer A, Hassan AS, Legat FJ, et al. The efficacy of excimer laser (308 nm) for vitiligo at different body sites. *Br J Dermatol* 2005; 152:981–985.
  142. Hadi SM, Spencer JM, Lebwoh IM. The use of the 308-nm excimer laser for the treatment of vitiligo. *Dermatol Surg* 2004; 30:983–986.
  143. MacDonald Hull SP, Wood ML, Hutchinson PE, et al. Guidelines for the management of alopecia areata. *Br J Dermatol* 2003; 149:692-699.
  144. Liakopoulou M, Alifieraki T, Katideniou A, et al. Children with alopecia areata: psychiatric symptomatology and life events. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36:678–84.
  145. El-Zawahry BM, Bassiouny DA, Khella A, Zaki NS. Five-year experience in the treatment of alopecia areata with DPC. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2010; 24:264–9.
  146. Tosti A, Guidetti MS, Bardazzi F, Misciali C. Long-term results of topical immunotherapy in children with alopecia totalis or alopecia universalis. *J Am Acad Dermatol* 1996; 35:199–201.
  147. Tosti A, Piraccini BM, Pazzaglia M, et al. Clobetasol propionate 0.05% under occlusion in the treatment of alopecia totalis/universalis. *J Am Acad Dermatol* 2003; 49:96-98.
  148. Kubeyinje EP. Intralesional triamcinolone acetonide in alopecia areata amongst 62 Saudi Arabs. *East Afr Med J* 1994; 71:674-675.
  149. Hubiche T, Leaute-Labreze C, Tareb A, Boralevi F. Poor long term outcome of severe alopecia areata in children treated with high dose pulse corticosteroid therapy. *Br J Dermatol* 2008; 158:1136–7.
  150. Garg S, Messenger AG. Alopecia Areata: Evidence-Based Treatments. *Semin Cutan Med Surg* 2009; 28:15-18.
  151. Lassus A, Eskelinen A, Johansson E. Treatment of alopecia areata with three different PUVA modalities. *Photodermatol* 1984; 1:141-144.
  152. Healy E, Rogers S. PUVA treatment for alopecia areata--does it work? A retro-spective review of 102 cases. *Br J Dermatol* 1993; 129:42-44.
  153. Royer M, Bodemer C, Vabres P, et al. Efficacy and tolerability of

- methotrexate in severe childhood alopecia areata. *Br J Dermatol* 2011; 165:407-10.
154. Al-Mutairi N. 308-nm excimer laser for the treatment of alopecia areata in children. *Pediatr Dermatol* 2009; 26:547–50.
155. Koné-Paut I. Behçet's disease: pediatric features. *Ann Med Interne (Paris)* 1999; 150: 571 – 575.
156. Al Mosawi ZS, Madan W, Fareed E. Pediatric-onset Behçet Disease in Bahrain: Report of Nine Cases and Literature Review. *Arch Iran Med* 2012; 15:485-7.
157. Weibel L, Laguda B, Atherton D, Harper JI. Misdiagnosis and delay in referral of children with localized scleroderma. *Br J Dermatol* 2011;165:1308-13.
158. Cox D, O'Regan G, Collins S, et al. Juvenile localised scleroderma: a retrospective review of response to systemic treatment. *Ir J Med Sci* 2008; 177:343-6.
159. LeRoy EC, Black C, Fleischmajer R, et al. Scleroderma (systemic sclerosis): classification, subsets and pathogenesis. *J Rheumatol* 1988; 15:202 –205.
160. Murata M, Sato S, Komura K, et al. Clinical characteristics of juvenile systemic sclerosis in Japanese. *J Rheumatol* 2005; 32:1850-52.
161. Hapa A, Ersoy-Evans S, Karaduman A. Childhood pityriasis lichenoides and oral erythromycin. *Pediatr Dermatol* 2012; 29:719-24.
162. Ersoy-Evans S, Greco MF, Mancini AJ, et al. Pityriasis lichenoides in childhood: A retrospective review of 124 patients. *J Am Acad Dermatol* 2007; 56:205-10.
163. Bowers S, Warshaw EM. Pityriasis lichenoides and its subtypes. *J Am Acad Dermatol* 2006; 55:557–572.
164. Baysal Akkaya V. Dermatomiyozi. In: Tüzün Y, Gürer MA, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur VL (eds). *Dermatoloji*. 3. baskı. İstanbul: Nobel tıp kitabevleri, 2008: 1065.

## **SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ**

<b>dbUVB</b>	: darbant Ultraviyole B
<b>İLVEN</b>	: İnflamatuvar Lineer Verruköz Epidermal Nevüs
<b>M. kontagiyozum</b>	: Molluskum kontagiyozum
<b>nm</b>	: nanometre
<b>PUVA</b>	: Psöralen ve Ultraviyole A
<b>SPSS</b>	: Statistical Package for Social Sciences (Sosyal Bilimler için İstatistik Paketi)



## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablolar</b>	<b>Sayfa No</b>
<b>Tablo 1</b> (Hastaların cinsiyet ve yaş özellikleri)	32
<b>Tablo 2</b> (Mevsimlere göre hasta sayısının dağılımı)	32
<b>Tablo 3</b> (Yıllara göre hasta sayısının dağılımı)	33
<b>Tablo 4</b> (Yaş gruplarına göre sayı ve cinsiyet özellikleri)	34
<b>Tablo 5</b> (Yaş gruplarına göre mevsimsel özellikler)	34
<b>Tablo 6</b> ( $\geq\%2$ sıklıktaki genel hastalık gruplarının dağılımı)	35
<b>Tablo 7</b> ( $<\%2$ sıklıktaki genel hastalık gruplarının dağılımı)	36
<b>Tablo 8</b> ( $\geq\%1$ sıklıktaki hastalıkların dağılımı)	37
<b>Tablo 9</b> ( $\%0.5-0.9$ sıklıktaki hastalıkların dağılımı)	38
<b>Tablo 10</b> ( $\%0.2-0.4$ sıklıktaki hastalıkların dağılımı)	39
<b>Tablo 11</b> ( $\%0.1$ sıklıktaki hastalıkların dağılımı)	40
<b>Tablo 12</b> ( $\geq\%2$ sıklıktaki hastalıkların cinsiyete göre dağılımı)	41
<b>Tablo 13</b> ( $\geq\%2$ sıklıktaki hastalıkların cinsiyete göre yüzdeleri)	42
<b>Tablo 14</b> ( $\geq\%2$ sıklıktaki hastalıkların mevsimsel özellikleri)	43
<b>Tablo 15</b> (Yaş gruplarına göre en sık gözlenen ilk 10 hastalık)	44
<b>Tablo 16</b> (Yaş gruplarına göre ilk 10'da olmasına rağmen sıklıkları $\%2$ 'nin altında olan hastalıklar)	45
<b>Tablo 17</b> (Yenidoğan döneminde görülen hastalıklar)	45
<b>Tablo 18</b> (Akne: Yaş grupları ve cinsiyet dağılımı)	46
<b>Tablo 19</b> (Verrukalar: Yaş grupları ve cinsiyet dağılımı)	47
<b>Tablo 20</b> (Atopik dermatit: Yaş grupları ve cinsiyet dağılımı)	48
<b>Tablo 21</b> (Kontakt dermatit: Yaş grupları ve cinsiyet dağılımı)	48
<b>Tablo 22</b> (Seboreik dermatit: Yaş grupları ve cinsiyet dağılımı)	49
<b>Tablo 23</b> (Vitiligo: Yaş grupları ve cinsiyet dağılımı)	50
<b>Tablo 24</b> (Pitiriazis alba: Yaş grupları ve cinsiyet dağılımı)	50
<b>Tablo 25</b> (M. kontagiyozum: Yaş grupları ve cinsiyet dağılımı)	51
<b>Tablo 26</b> (Psoriyazis: Yaş grupları ve cinsiyet dağılımı)	52
<b>Tablo 27</b> (Tinea versikolor: Yaş grupları ve cinsiyet dağılımı)	53
<b>Tablo 28</b> (Alopesi areata: Yaş grupları ve cinsiyet dağılımı)	53
<b>Tablo 29</b> (Böcek ısırıkları: Yaş grupları ve cinsiyet dağılımı)	54

<b>Tablo 30</b> (Melanositik nevüs: Yaş grupları ve cinsiyet dağılımı)	55
<b>Tablo 31</b> (İmpetigo: Yaş grupları ve cinsiyet dağılımı)	55
<b>Tablo 32</b> (Sistemik tedavi verilen psoriyazis hastaları)	56
<b>Tablo 33</b> (Sistemik tedavi verilen alopesi totalis hastaları)	57
<b>Tablo 34</b> (Sistemik tedavi verilen alopesi üniversalis hastaları)	58