

Sık Rastlanan Pediatrik Deri Hastalıkları

Emel Bülbül Başkan*, Şükran Tunalı**

* Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Yrd.Doç.Dr.

** Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Prof.Dr.

Giriş

Yetişkinlere benzer şekilde pediatrik yaş grubunda da deri hastalıklarına sıklıkla rastlanmaktadır. Bu hastalıkların doğru tanını ve tedavisi için deri hastalıklarının yaş grubuna özgü klinik özelliklerini ve tedavi prensiplerini anlamak esastır. Bu makalede pediatrik hastalarda sık karşılaşılan belirli deri hastalıklarından olan pigmentasyon bozuklukları, kutanöz papül ve tümörler, eritemli-skuamlı hastalıklar, vasküler malformasyonlar ve bakteriyel, viral ve paraziter hastalıkların klinik özellikleri ve tanı yaklaşımları özetlenmiştir.

Hangi yaş grubunda 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 tedavilerin cevabı sorgulanmalıdır. Dermatolojik muayene derinin inspeksiyonu ve palpasyonunu kapsar. Deri dışında mukozalar, tırnak ve saçta muayene edilmelidir. Laboratuvar yöntemlerinden en çok yararlanılanları ise deri sürüntülerinin mikroskopik incelenmesi, vezikül ve büllerle seyreden deri hastalıklarında sitolojik incelemeler ve deri biyopsisi olup tanıya yönelik serolojik tetkiklerden ve radyolojik araştırmalardan da yararlanılmaktadır. Bu makalede sık görülen deri hastalıklarının klinik özellikleri ve tanı yaklaşımlarından bahsedilmektedir.

Pigmentasyon Bozuklukları

Normal deri pigmentasyonuna arteriollerdeki oksijenlenmiş hemoglobin, venüllerdeki deoksijene hemoglobin, epidermal melanin ve bazen karotenoidler veya tam metabolize olmamış safra katkıda bulunmaktadır (1).

Çocukluk çağındaki melanositik lezyonların çoğu benign olmakla birlikte konjenital melanositik nevus, displastik nevus ve çok sayıda edinsel nevus varlığı melanom gelişimi açısından risk artışı gösterebilir (2). Melanomların yaklaşık %2'si 20 yaş altında ortaya çıkmaktadır. Bundan dolayı melanositik lezyonların zamanla değişimine dikkat edilmeli ve hasta ve yakınlarına asimetri, düzensiz kenar, renk değişiklikleri ve 6 mm. üzerindeki boyutu kapsayan ABCD kuralı öğretilerek lezyonların takip edilmesi gereken özellikleri vurgulanmalıdır. Yine de, her melanomun bu kriterlere uymadığının altını çizmekte yarar vardır.

Konjenital melanositik nevuslar, pigment hücre gelişimindeki bir defekten dolayı ortaya çıkar ve 2 mm ile 20 cm. arasında değişen boyutlarda olabilirler. Dev veya orta boyutta olan konjenital melanositik nevusların melanoma gelişme riski açısından takibi önerilmektedir (2).

Cafe au lait makülleri konjenital hiperpigmente maküller olup sayıları 5'den fazla ise nörofibromatozisin belirtisi olabilirler. Nörofibromatozisin ayırıcı tanısında yer alabilmeleri için 5 yaşından küçük çocuklarda 0.5 cm.den, 5 yaşından büyük çocuklarda ise 1.5 cm.den daha büyük boyutlarda olmalıdırlar (1).

Hipopigmentasyonla seyreden hastalıklar da pediatrik yaş grubunda görülebilmektedir. Vitiligo, melanositik hasarı sonucu gelişen depigmente beyaz yamalar ve plaklar ile karakterizedir. Vitiligo olguların %50'inde 20 yaş öncesinde başlamaktadır (4). Otoimmün hastalıklarla da ilişkili olabilen vitiligonun segmental tipine çocukluk çağında daha sık rastlanmaktadır (çocuklarda %19, yetişkinlerde %5)(5).

Tuberoz sklerozun en erken belirtisi olan ve hipopigmente maküller şeklinde görülen ash leaf makülleri çoğunlukla doğum sırasında var olmakla birlikte bazen infant veya çocukluk döneminde de ortaya çıkabilmektedir. Ash leaf makülleri confetti veya mızrak benzeri veya segmental görünümde olabilmekle birlikte en sık rastlanan formu poligonal olanıdır (6). Ash leaf maküllerinin ayırıcı tanısında yer alan nevus anemicus lokalize vazokonstriksiyon alanıdır ve diaskopide kenarlarının kaybolması ile kolaylıkla ayırt edilir. Vitiligo lezyonları simetrik dağılımı, progresif seyri ve lezyonlu bölgede total pigment kaybı ile tanınır. Ash leaf makülleri ile en sıklıkla karıştırılan antite nevus depigmentosus olup her ikisi de kongenitaldir ve stabil syreder, benzer morfoloji ve boyutlara sahiptir. Nevus depigmentosus ash leaf maküllerinden tuberoz sklerozun diğer bulgu ve semptomlarının yokluğu ile ayrılır (7). Tuberküloid lepranın depigmente maküllerinde ise his kusuru vardır.

Kutanöz Papül ve Tümörler

Hipertrofik skar ve keloid

Keloid deriden oluşan hasar bölgesi dışına taşan, fibröz, kalın ve kırmızı bir plaktır. Sıklıkla kaşıntı ve ağrı eşlik eder. Sıklıkla boyun, omuz, deltoid ve sternal bölgeye yerleşir. Eğer skar dokusu hasar bölgesine sınırlı kalıyorsa ve zaman içinde deri seviyesine

düzleşiyorsa “hipertrofik skar” olarak adlandırılır (1). Keloidler en sıklıkla 10-30 yaşları arasında, hipertrofik skarlar da 20 yaş altında görülür (8).

Her ikisinin tedavisinde topikal veya intralezyonel kortikosteroidler veya topikal silikon jel uygulanabilir.

Milia

Milium 1-2 mm. çaplarında solid, beyaz-sarı renkte papül olup yenidoğanların %30-50’inde burun, çene, alın ve yanaklarda rastlanır. Milium pilosebace follikülünden kaynaklanan epidermal kistlerdir. Normal şartlarda spontan olarak birkaç hafta içinde kaybolur. Damakta yerleşen formu “Epstein incileri” olarak adlandırılmıştır. Arzu edilirse ince bir insizyonla içindeki keratin materyal sıkılarak çıkartılabilir (1).

Nörofibroma

Nörofibromalar sıklıkla akrokordonlarla karıştırılabilen yumuşak saplı papüller olup gövdenin herhangi bir yerinde rastlanabilmektedir. Yumuşak lezyonların kolayca içeri doğru itilebilmesine “düğme iliği” bulgusu denir. Nörofibromlar genellikle pubertede gelişmeye başlar ve kozmetik olarak sorun yaratabilirler. Nörofibromların üzerindeki deri kaşıntılıdır. Nörofibroma varlığı izole bir bulgu olabileceği gibi nörofibromatozisin belirteci de olabilir. Histolojik olarak her ikisini ayırt etmek mümkün olmadığından nörofibromatozisin diğer belirti ve bulgularını araştırmak gerekir (1,9). Benign nörofibromların malign dejenerasyon olasılığı unutulmamalıdır.

Piyojenik granuloma

Piyojenik granulomalar saplı veya sapsız, kolayca kanayabilen, vasküler oluşumlardır. Travma bölgesinde gelişirler ve eritemli bir papül şeklinde başlayıp hızla büyüyen saplı hal alırlar. Yüzeysel gevrek yapıdadır ve tabanını epidermis yakalıklı şeklinde çevreler. Tedavisi elektrokoterizasyon, kriyoterapi veya küretajdan ibarettir (1).

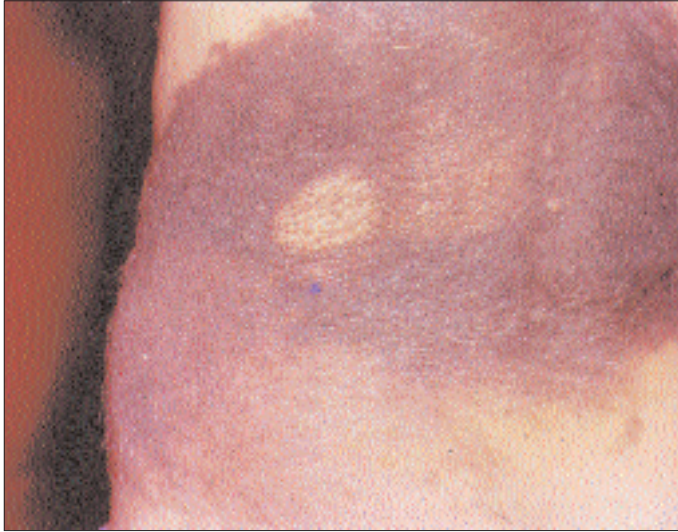
Vasküler Malformasyonlar ve Tümörler

Somon lekesi

Yenidoğanda en sık görülen vasküler malformasyon somon lekesi olup %30-44’ünde bulunur (10). “Melek öpücüğü” veya “leylek ısırtığı” olarak da adlandırılmıştır. Orta hatta, simetrik pembe maküler lezyonlar genellikle boyun, yüz, glabella ve gözkapaklarında yerleşir. Yüzdeki lezyonlar spontan gerilerken oksipitalde yerleşenlerin %30-50’si sebat edebilir (11).

Port-wine stain

Port-wine stain çocukların %0.3-0.6’sında görülür (12). Konjenital vasküler bir malformasyon olup tipik olarak trigeminal sinirin oftalmik ve maksiler bölümlerinde purpurik plaklar şeklinde seyreder. Rengi hasta büyüdükçe pembeden mora doğru değişir ve yetişkin dönemde nodüler hal alır. Deri altı yumuşak dokuda beraberinde hipertrofi gelişebilir. Olguların %40’ında yüze ek olarak gövde ve ekstremiteleri de tutabilir. Sturge-Weber sendromunda görülen port-wine stainler sıklıkla trigeminal sinirin 1. koluna yerleşir ve ayrıca bu sendromda konjenital glokoma, me-



Resim 1: Sakral ve lumbal bölgede yerleşik dev konjenital kıllı nevüs.



Resim 2: Periorbital bölgede simetrik yerleşimli hipopigmente vitiligo makülleri.



Resim 3: Sol omuzda travma yerinde gelişen keloid plakları.

ninks tutulumu sonucu epilepsiler görülebilir. Port-wine stainer pulse-dye lazer ile tedavi edilebilirler (1).

Hemanjioma

Hemanjiomalar doğumda var olan vasküler lezyonların üçte birinden azını kapsamaktadır. Infantların benign bir vasküler tümörü olup %1.1 ile %2.6 arasında görülür (12). Tipik olarak yaşamın 1-4. haftalarında ortaya çıkar, 6-9 ay boyunca gelişir ve daha sonra involusyona uğrayarak 10 yaş civarında kaybolur (13). Birçoğu kozmetik sorun yaratmakla birlikte çok sayıda görüldüklerinde visseral organ tutulumu olasılığı ve bunlara dair belirtiler olabilir. Deride sıklıkla baş-boyun bölgesine yerleşirler ve gövde ve ekstremitelere doğru sayıca azalır. Yavaş fakat spontan regresyon olasılığı göz önüne alınarak tedavi planlanmalıdır. Hemanjioma tedavisinde sistemik veya topikal kortikosteroidler, lazer tedavisi veya interferon-alfa kullanılmaktadır (1).

Bakteriyel Döküntüler

İmpetigo

İmpetigo kontagioza derinin primer yüzeysel enfeksiyonudur. Nemli iklimlerde özellikle yaz aylarında daha sık görülür. Deri



Resim 4: Sol ayak 4. parmak dorsalinde eritemli hemangioma plağı.



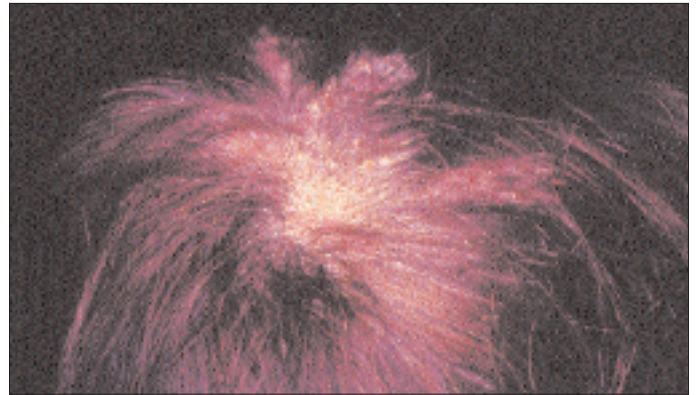
Resim 5: Yüz, boyun ve gövde üst yarısında yaygın, çok sayıda sarımsı krutlu, sulantılı plaklar.

travması sonucu grup A beta-hemolitik streptokoklar veya stafilokokkus aureus enfeksiyonu gelişir. Genellikle küçük vezikül veya püstül şeklinde başlayıp hızla açılarak kalın sarımsı renk (bal rengi) krut oluşur. Kolayca yayılabilir. Lokalize lezyonlarda 7 gün boyunca topikal antibiyotik tedavisi yeterlidir.

Büllöz impetigo daha sıklıkla S.aureus tarafından oluşturulur ve 2-5 yaş arasında görülür. S.aureus'un epidermolitik toksinine



Resim 6: Yüzde alın, burun ve yanaklara yayılmış, kenarları eritemli ve skuamli, ortadan iyileşen T.fasciei plağı.



Resim 7: Saçlı deride kepeklenme ve krut oluşumu, kırık saçlar, bölgesel alopeci ve pitriyazik deskuamasyon ile T. capitis.



Resim 8: Her iki el tırnaklarında candidaya bağlı onikomkoz ve dudak kommissürlerinde eritemli perleş plakları.

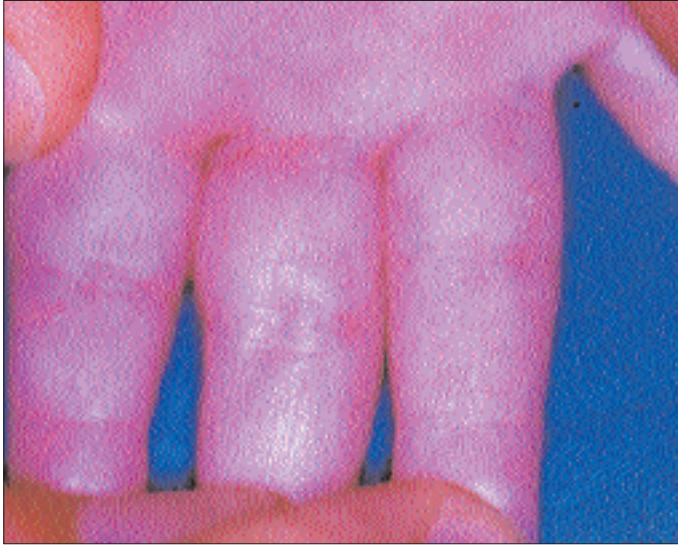
bağlı olarak 3 cm. çapın altında gevşek büller oluşur. Bu büller de açılarak krutlara neden olabilir (14).

İmpetigonun komplikasyonları nadir olmayıp selülit, poststreptokoksik akut glomerulonefrit ve süperenfeksiyonlar ortaya çıkabilir.

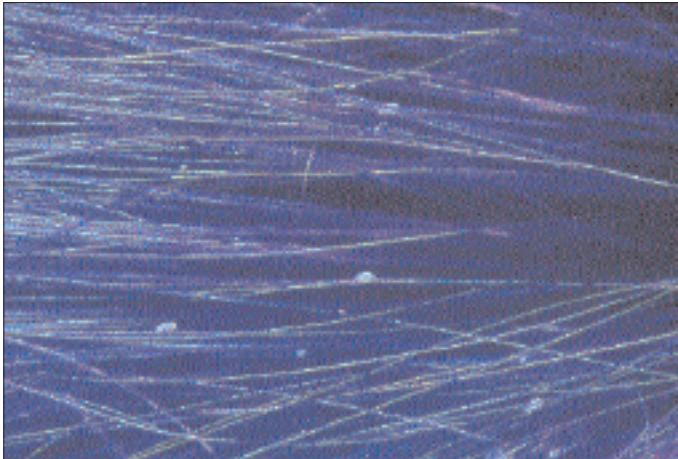
Selülit ve erizipel

Selülit dermis ve subkutan yağ dokusunun enfeksiyonudur ve tipik olarak ısı artışı olan, hassas, eritemli, flu sınırlı plaklar şeklinde görülür. Sıklıkla yara veya maserasyon gibi bir giriş kapısı bulunur. Fasiyal selüitte etken genellikle Hemophylus influenza veya Streptokokkus pneumoniae'dir. Genellikle yüksek ateş ve toksik belirtilerden önce otitis media anamnezi vardır. Menenjit veya sepsise neden olabileceğinden hızla antibiyotik tedavisi başlanmalıdır (15).

Keskin sınırlı, eritemli, endüre plaklar halinde seyreden ve yüz, alt ekstremiteleri severek tutan erizipelde enfeksiyon daha yüzeysel dermisi tutar. Her iki durumda da ateş, lökositoz, lenfanjit ve lenfadenopati eşlik eder. Her ikisinde de en sık etken grup A beta-hemolitik streptokoklardır. On gün boyunca oral penisilin genellikle yeterli bir tedavidir. Şiddetli enfeksiyonlarda parenteral antibiyotik gereksinimi olabilir. Selülitin nadir fakat



Resim 9: Avuççide yerleşik papüloveziküler ve mite tüneline gösteren silon.

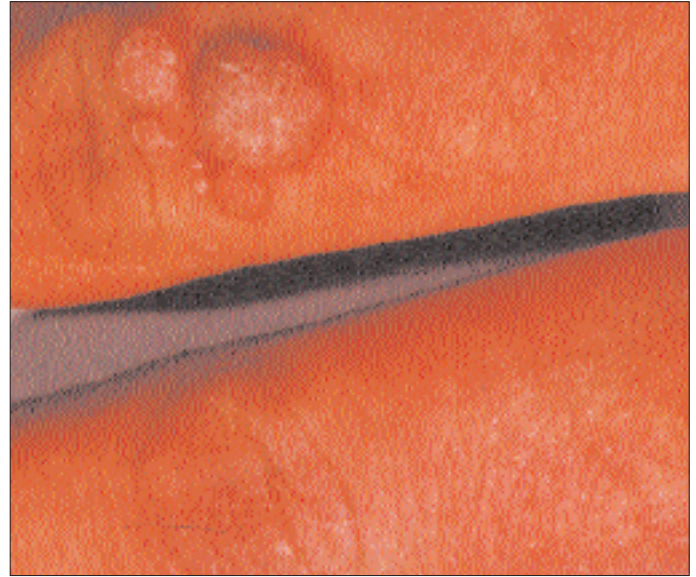


Resim 10: Saça sıkıca yapışık baş biti yumurtaları.

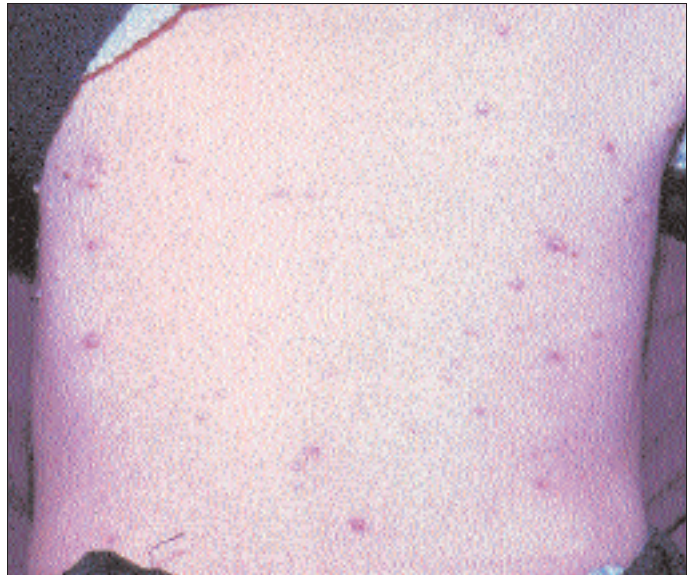
ciddi bir komplikasyonu nekrotizan fasittir ve hızla fasiya ve yağ dokusunu tutar. Tedavisinde cerrahi debridman yapılmalı ve intravenöz antibiyotikler kullanılmalıdır (1).

Fungal Enfeksiyonlar

Yüzeysel mantar enfeksiyonları bütün pediatrik dermatozlar içinde en sık karşılaşılanıdır. Ayak, kasık ve tırnakların mantar enfeksiyonları çocukluk çağında sık görülmesine de saçlı deri enfeksiyonları siktir ve kalıcı saç kaybına sebep olabilir (16). Tinea corporis farklı klinik tablolara sebep olabilir de genellikle halka şeklinde, eritemli, deriden kabarık ve dairesel büyüyen bir kenarı olan düz kepekli bir plakla karakterizedir. Kaşıntı sık eşlik eden bir semptomdur ve enflamasyonla beraber vezikül veya püstüller görülebilir. Tedavisinde topikal antifungal kullanımı ye-



Resim 11: Deri renginde verrüköz papüller şeklinde görülen verruka vulgaris.

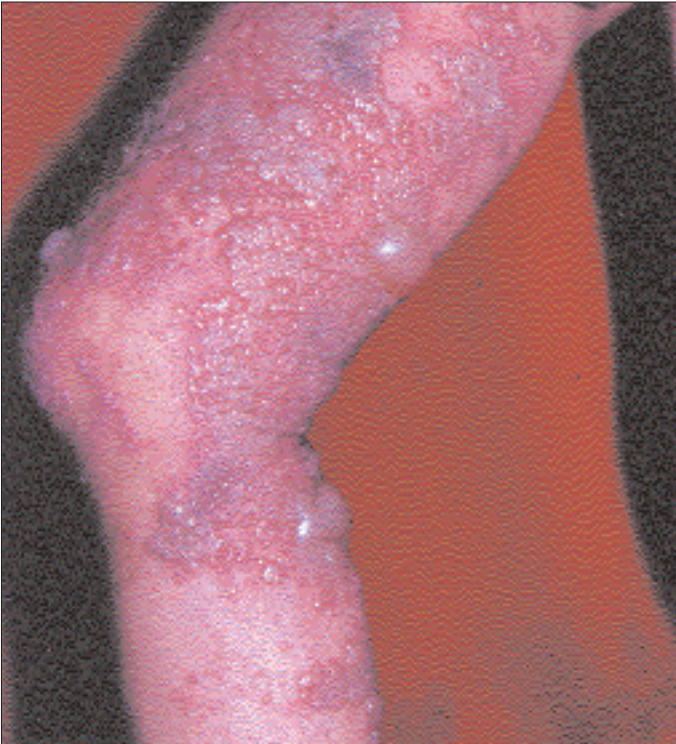


Resim 12: Gövdede çok sayıda yaygın parlak deri renginde ortası hafif çukur, 2-6 mm boyutlarında papüller ile karakterize molloskum contagiozom.

terlidir. Saçlı derinin fungal enfeksiyonları (Tinea capitis) özellikle çocuklarda sıktır. Saçlı deride kısmi alopesi, kepeklenme ve krut oluşumu görüldüğünde akla getirilmelidir. Klinik olarak kırık saçlar, bölgesel alopesi ve pitriyazik deskuamasyon tinea kapitisin kardinal bulgularıdır (17). Enfekte bölgeler 6-8 cm. çapında



Resim 13: Gövdede yaygın, deri plilerine paralel eritemli zeminde vezikül ve püstüller ile varicella enfeksiyonu.



Resim 14: Sağ uyluk iç yüzünde dermatomal seyir gösteren eritemli zeminde grup yapmış zona vezikülleri.

yuvarlak ve oval morfolojidedir ve kenarları eritemli ortaları ise ince skuamlidir.

Kerion ise, Tinea capitis'e sebep olan dermatofite karşı bir hipersensitivite reaksiyonudur ve klinik olarak ağrılı, püstüllü, pis kokulu kabarıklık nodüller şeklinde görülür. Hastalarda genel du-



Resim 15: Gövdede değişik boyutlarda yaygın, eritemli sedefi beyaz skuamli psoriasis papül ve plakları.



Resim 16: Seboreik dermatitte görülen baş saçlı deri, alın ve kaşlarda eritemli ve yağlı görünümde skuamli ince plaklar.

rum bozukluğu, ateş ve bölgesel LAP olabilir. Sekonder enfeksiyona bağlı olarak skatrisyel alopesi meydana gelir. Tedavisinde griseofulvinle sistemik antifungal tedavi gerekmektedir. Bazı olgularda kısa süreli oral prednizolon skar oluşumunu en aza indirebilir (18).

Candidalar da deri ve mukozaları enfekte ederek eritemli, kirli beyaz zeminli, nemli ve deskuamasyon gösteren lezyonlara sebep olabilir. İnfantlarda bez bölgesi dermatiti, oral kommissürlerde ve genital bölgede eritemli döküntülerde akla getirilmelidir. Bez bölgesine yerleştiğinde kenarları skuamli yaygın ve canlı eritemli bir yama ve çevresinde papül veya püstüller şeklinde satelit lezyonlarla karakterizedir. 72 saatten uzun süren bez dermatitinde candida albicans artışı olduğunu göz önünde bulundurulmalıdır (19). Tedavisinde topikal antifungal kremler, sık bez değiştirme ve perianal bölgenin kuru tutulması önerilmelidir.

Granuloma gluteale infantum, bez bölgesinde kırmızı mor nodüllerle seyreden ve sıklıkla kasık ve kalçalarda bazende koltukaltı ve boyunda görülebilen benign bir hastalıktır. Görünüm olarak kaposi ve histiositik hastalıkları andırmakla birlikte lokal inflamasyona veya candida albicans enfeksiyonuna karşı bir reaksiyon olarak değerlendirilmektedir. Tedavisinde bu bölgenin kuru tutulması, sık bez değiştirilmesi ve çinko içeren epitelizan preparatlar önerilir (20).

Enfestasyonlar

Scabies

Sarkoptes scabiei mite tarafından gelişen oldukça bulaştırıcı bir enfestasyondur. Mite ve dışkı şiddetli bir kaşıntıya sebep olur. Küçük çocuklarda şiddetli kaşıntı yerine irritabilite görülür. Büyük çocuklarda ve adolesanlarda koltukaltı ön duvarı, üst kol iç yüzü, el bilekleri ve peniste kaşıntılı eritemli papüloveziküller ve mite'in açtığı tüneller olan lineer hafif skuamli papüller şeklinde görülebilir. Küçük çocuklarda avuç içi, ayak tabanı, yüz ve saçlı deri de klinik tabloya katılır. Tipik yerleşimi, aile hikayesi, lezyonlu bölgeden alınan kazıntının mikroskop altında incelenmesi ile mite'i, yumurtası veya dışkısının görülmesi tanı koydurucudur.

Scabies tedavisinde boyundan aşağı %5 permetrin krem uygulaması önerilir. Uygulama 7 gün sonra tekrarlanır. Bir yaşın altındaki çocuklarda krem baştan ayağa uygulanmalıdır. İki yaşın altındaki infantlarda %5-10 sülfür içeren preparatlar her gün sürülmelidir. Tüm ailenin tedavisi ve çamaşır ve kıyafetlerin kaynatılarak yüksek ısıda ütülenmesi vurgulanmalıdır (1).

Pediculosis

İnsan bitlerinin en küçüğü olan baş biti (Pediculus humanus capitis) kanatsız altı bacaklı bir insektir. Sadece saçlı deride yaşar ve kan emerek beslenir. Dişi bitin yumurtalarının saça sıkıca yapışması için salgıladığı sıvı kaşıntıya sebep olur. Saçlı derinin ense bölgesinde kaşıntı, kızarıklık ve follikülit, pedikülozis kapitis tanısını akla getirmelidir. Tedavisinde nemli saça %5 permetrin krem uygulanarak 10 dk. bekletilir ve suyla yıkanır. Daha sonra ince dişli bir tarakla taranarak yumurtalar saçtan uzaklaştırılır.

Baş bitinden farklı olarak gövde biti (Pediculus humanus) vücutta değil çamasırlarda yaşar ve kan emmek için deriye gelir. Tedavisinde çamaşırlar dezenfekte edilmeli ve pedikülozite uygulanmalıdır.

Pedikülozis pubis'in etkeni Phthirus pubistir ve puberte çağında apokrin ter bezlerinin bulunduğu bölgelerde çille karışabilecek küçük kahverengi noktacıklar şeklinde görülür. Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan olmakla birlikte koltukaltı ve kirpikleri de tutabilir. Pedikülozis pubis tedavisinde lindan şampuan ve permetrin krem uygulanır.

Viral Enfeksiyonlar

Verruka

Verrukalar human papilloma virüslerinin bir çok tipleri ile oluşabilen benign tümoral oluşumlardır. Çocuk ve adolesanların mukokutanöz yüzeylerinde sık rastlanır. Eller en sık yerleşim yerleri arasındadır. Klinik olarak 4 tipe ayrılabilir: Verruka vulgaris, verruka plantaris, verruka plana juvenilis ve condyloma acuminata. Verrukaların yaklaşık yarısı tedavisiz spontan iyileşme gösterir (21). Verruka vulgaris, el ve ekstremitelerde bir veya birden fazla deri renginde verrüköz papüller şeklinde görülürken, verruka plantaris ayak tabanlarında tromboze damarlara ait siyah noktalanmaları olan yassı hiperkeratozik alanlar şeklindedir. Verruka plana, sıklıkla yüzde yerleşen 1 mm-1 cm. arasındaki boylarda düz, asemptomatik, pembe veya hafif pigmente papüller olarak görülür. Genital verrüler pembe veya deri renginde, kötü kokulu, karnibahar veya horoz ibiği şeklinde saplı papüllerdir.

Verrükaların bilinen tek etkili bir tedavi yöntemi yoktur ve çocuklarda çoğu spontan gerileyebilir. Tedavi alternatifleri topikal keratolitikler, elektrodessikasyon ve kryoterapidir. Genital verrukalarda topikal podofilinle %98'e varan kürler sağlayabilir (22).

Molluscum contagiosum

Poxvirusların etken olduğu, parlak deri renginde, ortası hafif çukur, 2-6 mm boyutlarında papüllerle karakterize bir hastalıktır. Çocuklarda özellikle gövde, yüz ve genitalde sık yerleşir. Hastalık kendini sınırlayıcı olup 18 ayda spontan iyileşebilir. Bununla beraber travmatize veya sekonder enfekte olduğunda inflammatuar bir görüntü alır. Kaşıntı sonucu otoinokülasyonla etrafa yayılır. Tedavisinde ekstirpasyon, küretaj ve kryoterapi uygulanabilir (1).

Viral ekzantemler

Çocukluk çağında en sık görülen vezikülobüllöz döküntüler herpes simpleks virüs (HSV) tip I ve II ve varicella zoster (VZV) virüsüne bağlı gelişir. HSV ile primer enfeksiyonda virüs, konak epitel yüzeyinden geçerek replike olur ve komşu nöronları enfekte eder. Enfeksiyon ağırlı veziküller ve sistemik semptomlarla ortaya çıkabileceği gibi asemptomatik olabilir. Varicella enfeksiyonu (suçiçeği) eritematöz maküllere başlayıp papüllere ve bu zeminde hız gelişen saydam veziküllere ve sonrada püstüllere dönüşür. Bu lezyonlar saatler içinde açılarak krutlanırlar. Bu pleomorfik deri döküntüsü göğüs ve sırttan başlayarak saçlı deri ve çevreye doğru yayılır. Birkaç gün içinde yeni ataklarla yeni lezyonlar çıkmaya devam eder. Oral muköz membranlar da tutulabilir. Kaşıntı bazen şiddetli olabilir ve hastalık çok bulaştırıcıdır. Sistemik antiviral kullanımı enfeksiyonun yayılmasını engeller (1).

Herpes zoster, latent VZV'n reaktivasyonu ile ortaya çıkar ve tek taraflı, bir dermatoma sınırlı, eritemli zeminde grup yapmış

vezikül ve küçük büllerle karakterizedir. Herpes zoster çocuklarda nadiren görülür. Döküntü çıkmadan önce ağrı başlayabilir fakat çocuklarda postherpetik nevralji olagan dışıdır. Jeneralize bir hal alması altta yatan immun yetmezliği gösteren ciddi bir durumdur.

Eritemli-Skuamli Hastalıklar

Psoriasis

Psoriasis, genetik, çevresel faktörler ve immunolojik durumla ilişkili olarak ortaya çıkarak farklı klinik tablolara neden olabilir (1). Hastalık sıklıkla üçüncü dekada görülse de hastaların %25-45'inde 16 yaş öncesi, %10'nunda 10 yaş öncesi ve %2'sinde 2 yaş öncesi görülür. Konjenital psoriasis ise çok nadirdir (23,24). Çocuklarda görülen psoriasis lezyonları yetişkinlere benzer şekilde keskin sınırlı, eritemli, sedefi skuamli papül ve plaklarla karakterizedir. Bununla birlikte çocuklardaki lezyonlar sıklıkla daha ince ve daha hafif skuamli fakat daha kaşıntılıdır. Çocuklarda lezyonlar sıklıkla yüze, (%46) saçlı deriye (%58) ve fleksuralara yerleşir (25).

Çocukluk çağına en sık görülen psoriasis formlarından biri guttat psoriasisdir. Guttat psoriasis genellikle streptokokkal farenciti takiben aniden başlayan, 2-3 mm. ile 1 cm. çaplarında yuvarlak veya oval papüllerle karakterize olup tüm gövdeye yayılabilir. Psoriasis intertrijnoz bölgelere yerleştiğinde sıklıkla bez bölgesi ve koltukaltını tutar (26).

Tırnak tutulumu çocukluk çağı psoriasisinde yetişkinlerden daha az sıklıkla görülür. Tırnak tutulum sıklığı %14-40 arasında değişmekte olup pitting en çok görülen tutulum şeklidir (27).

Infantil dönem ve erken çocukluk döneminde en önemli ayırıcı tanı seboreik dermatit ve atopik dermatittir. Daha ilerki dönemlerde pityriasis rubra pilaris ve pityriasis rosea ile karışabilir. Çocukluk çağı psoriasis tedavisinde oluşabilecek yan etkilerden dolayı dikkatle yaklaşılmalıdır. Düşük etkili kortikosteroidler, kalsipotriol ile topikal tedavi önerilebilir. Akut guttat formunda uygun antibiyotiklerle streptokokkal enfeksiyon tedavi edilmelidir. Ultraviyole B tedavisi tedaviye dirençli, yaygın lezyonlarda bir alternatif olabilir (1).

Kontakt Dermatit

Geçmişte allerjik kontakt dermatitin çocukluk çağına daha nadir görüldüğü düşünülmüşse de günümüzde bu görüş değişmiştir (28). Beş yaşına gelmiş bir çocuk allerjenlere karşı en az yetişkin kadar duyarlıdır (29). Allerjik kontakt dermatit allerjen özelliği taşıyan antijenin deri ile teması sonucu ortaya çıkan geçikmiş tip hipersensitivite reaksiyonudur. İrritan tip kontakt dermatitte ise süreç immunolojik değildir ve epiderminin 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 nikeldir (29). Allerjik kontakt dermatit tanısında yetişkinlerde kullanılan konsantrasyonlarda allerjenlerle yama testi uygulanabilir (28). Tedavisi esas olarak semptomatiktir ve sorumlu allerjenden kaçınılmasıdır. Şiddetli olgularda ıslak pansumanlar ve düşük etkili kortikosteroidlerle rahatlama sağlanır.

İrritan kontakt dermatitin klinik bulguları irritanın tipi, maruziyet süresi ve atopi varlığı ile ilişkilidir. İrritan kontakt dermatit sıklıkla temas bölgesinde kaşıntılı, bazen ağrılı ve eritemli papül ve veziküllerle seyredir. Deride fissürleşme ve çatlaklar görülebilir. Tedavisinde bariyer özelliği taşıyan kremlerin uygulanması önerilir ve sorumlu ajandan kaçınılmalıdır (1).

Seboreik Dermatit

Seboreik dermatit sıklıkla infantil dönemde görülen kronik inflammatuar bir dermatittir. Eritemli ve yağlı görünümde skuamli ince plaklar sıklıkla baş saçlı deride (verteks ve frontalinde=cradle cap, konak), yüzde alın, kaş ve nazolabial kıvrımlarda ve intertrijnoz bölgelerde (bez bölgesi dahil) ortaya çıkar (30). Lezyonlar genellikle kaşıntısızdır. Son zamanlarda etyolojisinde Pityrosporum ovale suçlanmakla birlikte kesin rolü belli değildir. Seboreik dermatit sebase bezlerin sayıca fazla olduğu yerlerde yerleşmekle birlikte aşırı sebum yapımı ile ilişkisi olduğuna dair kanıt yoktur (18).

Seboreik dermatitli bir grup infantta atopik dermatitte gelişebileceğinden bazen bu iki hastalığın ayırımı güç olabilir. Yağlı, kırmızı ve portakal rengi kepeklerle seboreik dermatit atopik dermatitten ayırt edilebilir. Seboreik dermatit erken bebeklikte başlayıp 1 yaş civarında iyileşirken atopik dermatit daha geç başlayıp kalıcı olma eğilimindedir (31). Seboreik dermatit tedavisinde spontan remisyon göz önüne alınarak ailenin bilgilendirilmesi ve rutin banyolar ile bakım yeterlidir. Kısa süreli olarak düşük etkili kortikosteroidlerden faydalanılabilmektedir. Kalın skuamli temizleme için mineral yağlar da kullanılmaktadır.

Kaynaklar

1. Sanfilippo A, Barrio V, Kulp-Shorten C, Callen JP. Common pediatric and adolescent skin conditions. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2003; 16: 269-83.
2. Roth M, Grant-Kels J. Important melanocytic lesions in childhood and adolescence. *Pediatr Clin North Am* 1991; 38:791-809.
3. Bader JL, Li FP, Olmstead PM, et al. Childhood malignant melanoma incidence and etiology. *Am J Pediatr Hematol Oncol* 1985; 341-45.
4. Bologna J, Pawelek JM. Biology of hypopigmentation. *J Am Acad Dermatol* 1988; 19:217-55.
5. Hadler RM, Grimes PE, Cowan CA et al. Childhood vitiligo. *J Am Acad Dermatol* 1987; 948-54.
6. Hurwitz S, Braverman IM. White spots in tuberous sclerosis. *J Pediatr* 1970; 77: 587-94.
7. Pinto FJ, Bologna JL. Disorders of hypopigmentation. *Pediatr Clin North Am* 1991; 38:991-1017.
8. Ketchum LD, Cohen IK, Masters FW. Hypertrophic scars and keloids: a collective review. *Plast Reconstr Surg* 1974; 53: 140-54.
9. Bologna JL: Disorders of hypopigmentation and hyperpigmentation. In: Harper J, Oranje A, Prose N(eds). *Textbook of pediatric dermatology*. 1st ed. Oxford:Blackwell-Science;2000.p:837-91.
10. Osburn K, Schosser RH, Everett MA. Congenital pigmented and vascular lesions in newborn infants. *J Am Acad Dermatol* 1987; 16: 788-92.
11. Oster J, Nielsen A. Nuchal nevi and interscapular telangiectasias. *Acta Paediatr Scand* 1970; 59:416-23.
12. Pratt AG. Birthmarks in infants. *AMA Arch Derm Syphilol* 1953; 67: 302-5.
13. Morelli JG. Vascular neoplasms. In: Fitzpatrick JE (ed). *Dermatology Secrets*, 2nd ed. Philadelphia: Hanley and Belfus Inc.; 2001. pp 303-6.
14. Scales JW, Fletcher AB, Krowchuck DP. Bullous impetigo. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1997; 151: 1168.

15. Weinberg S, Prose NS, Kristal L. Bakteriyel enfeksiyonlar. In: Prof.Dr.Ümit Ukşal (çeviri ed). Pediatrik Dermatoloji Atlası, 3rd ed. New York: MacGraw-Hill;1998. p:19.
16. Caputo RV. Fungal infections in children. *Dermatol Clin* 1986, 4:137-49.
17. Kölemen F. Derinin mantar hastalıkları. In: Tüzün Y, Kotogyan A, Aydemir EA, Baransü O (eds). *Dermatology*. 2nd ed. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 1994.p: 82-96.
18. Levy ML. Disorders of the hair and scalp in children. *Pediatr Clin North Am* 1991; 38:905-920
19. Mallroy SB. Neonatal skin disorders. *Pediatr Clin North Am* 1991; 38:745-761.
20. Bluestein J, Furner BB; Phillips D. Granuloma gluteale infantum: Case report and review of the literature. *Pediatr Dermatol* 1990; 7:196-98.
21. Krusinski PA, Flowers FP. Common viral infections of the skin. *Curr Pract Med* 1999; 2:317-23.
22. Boyd AS. Condylomata accuminata in the pediatric population. *Am J Dis Child* 1990; 144:817-24.
23. Verbov J.Psoriasis in childhood. *Arch Dis Child* 1992; 67: 75-6.
24. Nonda A, Kavi S, Kaur et al. Childhood psoriasis: an epidemiologic survey of 112 patients. *Pediatr Dermatol* 1990; 7: 19-21.
25. Waard Van der Spek FB, Oranje AP. Psoriasis. In: Harper J, Oranje A, Prose N (eds). *Textbook of pediatric dermatology*. 1st ed. Oxford:Blackwell-Science;2000.p:657-63.
26. Nyfors A, Lemholt K.Psoriasis in children. *Br J Dermatol* 1975, 92:437-42.
27. Weston WL, Weston JA. Allergic contact dermatitis in children. *Am J Dis Child* 1984; 138:932-6.
28. Wihte IA. Allergic contact dermatitis. In: Harper J, Oranje A, Prose N(eds). *Textbook of pediatric dermatology*. 1st ed. Oxford:Blackwell-Science;2000.p: 287-94.
29. Fisher AA. Nickel dermatitis in children. *Cutis* 1991; 47: 19-21.
30. McAlvony JP, Sherertz EF. Contact dermatitis in infants, children and adolescents. *Adv Dermatol* 1994; 9: 205-23.
31. Rajka G. Infantile seborrheic dermatitis. In: Harper J, Oranje A, Prose N. *Textbook of pediatric dermatology* (eds). 1st ed. Oxford:Blackwell-Science;2000.p: 255-9.