



**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI**

ACİL SERVİSE DERMATOLOJİK YAKINMALARLA BAŞVURAN HASTALARIN ANALİZİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Deniz KILIÇ

Antalya, 2016



**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI**

ACİL SERVİSE DERMATOLOJİK YAKINMALARLA BAŞVURAN HASTALARIN ANALİZİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Deniz KILIÇ

Tez Danışmanı: Doç.Dr. Özlem YİĞİT

“Kaynak gösterilerek tezinden yararlanılabilir”

Antalya, 2016

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca tecrübelerini paylaşan, sıkıntım olduğunda samimiyeti ve içtenliği ile hep yanımda olup çözüm üretmeye çalışan, desteğini tezimin yazımı boyunca eksik etmeyen tez danışmanı hocam Sayın Doç. Dr. Özlem YİĞİT'e,

Gerek kişilikleri gerekse bilgi-becerileri ve vizyonları ile bana önder olmuş, güvenlerini ve sevgilerini hep hissettiğim, birlikte çalışmaktan sonsuz gurur duyduğum, emeklerini asla ödeyemeyeceğim çok değerli hocalarım; başta Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Yıldırım ÇETE olmak üzere, Prof. Dr. Oktay ERAY, Prof. Dr. Cem OKTAY, Prof. Dr. Seçgin SÖYÜNCÜ, Doç. Dr. Fırat BEKTAŞ, Doç. Dr. Mutlu KARTAL, Doç. Dr. Erkan GÖKSU, Doç. Dr. Cenker EKEN ve Doç. Dr. Aslıhan ÜNAL'a,

Asistanlığım boyunca birlikte çalıştığım, işini hakkıyla ve özveriyle yapan sevgili asistan kardeşlerime ve tüm acil servis personeline kocaman bir teşekkürü borç bilirim.

Bugünlere gelmemi sağlayan, en kötü günlerimde yanımda olan başta canım annem olmak üzere aileme; tüm stresime rağmen desteğini ve yardımını esirgemeyen biricik eşim Taylan KILIÇ'a teşekkür ederim.

İyi ki varsınız...

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
Simgeler ve Kısaltmalar Dizini	v
Tablolar Dizini	vi
Şekiller Dizini	vii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1 Tanısal Yaklaşım	3
2.1.1. Anamnez	3
2.1.2. Fizik muayene	4
2.1.3. Tanısal teknikler	9
2.2. Acil Serviste Tedavi Yaklaşımları	11
2.2.1. Sistemik tedaviler	11
2.2.1.1. Antihistaminikler	11
2.2.1.2. Sistemik kortikosteroidler	12
2.2.2. Topikal kortikosteroidler	13
2.2.2.1. Topikal kortikosteroidler	13
2.2.2.1.1. Topikal kortikosteroid kuvveti	14
2.2.2.1.2. Topikal steroidlerin uygulanması	15
2.2.2.1.3. Taşifilaksinin tanımı ve önlenmesi	15
2.2.2.2. Antimikrobiyal topikal ajanlar	15
2.2.2.3. Antimikrobiyal olmayan topikal ajanlar	16
2.2.2.4. Topikal ajanların tıbbi baz ürünleri (Taşıyıcı)	16
2.2.2.5. Topikal ajanların toksisitesi	17
2.3. Acil Serviste Karşılaşılan Dermatolojik Hastalıklardan Bazıları	18
2.3.1. Ürtiker ve anjioödem	18
2.3.1.1. Klinik tipleri	19
2.3.1.2. Klinik bulgular	19
2.3.1.3. İmmünolojik ürtiker	19
2.3.1.3.1. IgE ilişkili	19
2.3.1.3.2. Kompleman ilişkili	20
2.3.1.3.3. Otoimmün ilişkili	20
2.3.1.3.4. İmmünolojik kontakt ürtiker	20
2.3.1.4. Fiziksel ürtiker ve anjioödem	20
2.3.1.4.1. Dermografizm	20
2.3.1.4.2. Soğuk ürtikeri	21
2.3.1.4.3. Güneş ürtikeri	21

2.3.1.4.4. Kolinerjik ¼rtiker	21
2.3.1.4.5. Akuajenik ¼rtiker	22
2.3.1.4.6. Mast h¼crelerini deşarj eden ajanlara ve ps¼doallerjenlere bağlı ¼rtiker, kronik idiyopatik ¼rtiker	22
2.3.1.4.7. Vask¼ler/Bağ doku otoimm¼n hastalığı ile ilişkili ¼rtiker	22
2.3.1.4.8. Basınc¼ anjio¼demi	22
2.3.1.4.9. Vibrasyon anjio¼demi	23
2.3.1.5. İmm¼n olmayan kontakt ¼rtiker	23
2.3.1.6. Belirgin anjio¼dem sendromları (¼rtikerin eşlik ettiği ya da etmediği)	23
2.3.1.6.1. Herediter anjio¼dem	23
2.3.1.6.2. Anjio¼dem-¼rtiker-Eozinofili Sendromu	24
2.3.2. Kaşıntılı ¼rtikeryal pap¼ller ve gebeliğin ¼rtikeryal pap¼l ve plakları	25
2.3.3. İlaç d¼k¼nt¼leri	25
2.3.4. Eozinofili ve Sistemik Semptomların Eşlik Ettiği İlaç D¼k¼nt¼s¼ Sendromu (DRESS)	29
2.3.5. Stevens-Johnson Sendromu ve Toksik Epidermal Nekrolizis	30
2.3.6. B¼cek ısırıkları	32
3. HASTALAR VE Y¼NTEM	33
4. BULGULAR	35
5. TARTIşMA	39
5.1. Kısıtlamalar	45
6. SONUÇLAR	47
7. ¼ZET	48
8. ABSTRACT	50
9. KAYNAKLAR	52

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ACE-İ	Anjiotensin Konverting Enzim İnhibitörü
DRESS	Eozinofili ve Sistemik Semptomların Eşlik Ettiği İlaç Döküntüsü Sendromu (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms)
GÜPP	Gebeliğin Ürtikeryal Papül ve Plakları
ICD-10	International Code of Disease-10
IgE	Immunglobülin E
İM	İntramusküler
İV	İntravenöz
Kg	Kilogram
mg	Miligram
NSAİİ	Nonsteroid Anti İnflamatuar İlaçlar
PO	Peroral
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SJS	Stevens Johnson Sendromu
SLE	Sistemik Lupus Eritematozus
TEN	Toksik Epidermal Nekrolizis

TABLOLAR DİZİNİ

<u>Tablo</u>	<u>Sayfa</u>
2.1. Lezyon dağılımı ve paternine göre ilişkili tanıları	5
2.2. Lezyon tanımlayıcıları ve konfigürasyonlar	6
2.3. Lezyon morfolojileri	7
2.4. Primer lezyon morfolojisine göre seçilmiş cilt hastalıklarının ayırıcı tanısı	8
2.5. Sekonder lezyon morfolojisine göre seçilmiş cilt hastalıklarının ayırıcı tanısı	9
2.6. Dermatolojik hastalıkların yönetiminde faydalı olan antihistaminikler	12
2.7. Topikal kortikosteroid ajanların potent sınıflamasına göre örnekleri	13
2.8. Çeşitli dermatolojik hastalıkların tedavisinde kullanılması önerilen kortikosteroid potent sınıfları	14
2.9. İlaç reaksiyonları ve sık rastlanan neden olan ilaçlar	26
4.1. Hastaların demografik özellikleri	36
4.2. Başvuru sayısının aylara göre dağılımları	36
4.3. Son tanılara göre hasta sayıları	38
5.1. Saatlere göre başvuran hasta ve yapılan konsültasyon sayısı	40

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Sekil</u>	<u>Sayfa</u>
2.1. Ürtiker: dermografizm. Cilt parmakla çizildikten sonra 5 dakika içerisinde sırtında lezyonlar oluşmuştur	21
2.2. Kolinerjik ürtiker. 30 dakikalık tempolu egzersiz sonrası boyunda tipik papüller ürtikeryal lezyonlar. En iyi dolaylı ışık altında görülür	22
2.3. Herediter anjioödem A. Anjiödem tablosunda B. Hastanın normal durumdaki görünümü	23
4.1. Hasta akış şeması	35

1. GİRİŞ

Dermatolojik hastalıklar; tüm yaş gruplarını etkileyen, çevresel ve/veya genetik faktörlerin tetiklediği, akut-kronik semptomlarla seyreden, tekrarlayabilen, sadece cildi tutabileceği gibi sistemik bulgulara da neden olabilen bir takım hastalıkları içermektedir. Hastalar bu şikayetleri ile dermatoloji, genel cerrahi, aile hekimi, çocuk hastalıkları, iç hastalıkları ve kulak burun boğaz polikliniklerine ve acil servislere başvurmaktadırlar.

Bazı şikayetlerin hemen geçmemesi, tekrarlayıcı olması, tedaviye dirençli olması, yazılan ilaçlara yan etkilerin oluşması, doktora ulaşım kolaylığı - ikinci görüş alma isteği gibi bir çok faktör nedeniyle hastalar birden fazla sağlık merkezine ya da aynı merkeze çoklu başvurular yapmaktadırlar. Ülkemizde, dermatoloji poliklinikte aynı gün içinde muayene olamayacağı düşüncesi, polikliniğe başvurup günlük randevu alamama, gündüz çalıştığı için polikliniğe gidememe, sevk eden kuruluşun hastaları direk acil servise yönlendirmesi gibi nedenlerle hastaların bir kısmı acil serviste, acil hekimleri tarafından değerlendirilmektedir. Bu konuda istatistiksel veri azlığı nedeniyle hastaların ne kadarının acil servise başvurduğu, ne tanılar aldığı, kaçının konsülte edildiği ve bu konsültasyon sonucunda hastaneye yatırıldığı bilinmemektedir.

Acil servis hekimi; dermatolojik acilleri bilmek, hastayı stabilize etmek (toksik epidermal nekroz vb.), semptom kontrolünü (akut ürtiker, kaşıntı vb.) ve alevlenme kontrolünü (egzema vb.) sağlamak ve son olarak gerekli tedaviyi başlamakla yükümlüdür. Hastanın tedavisini yönetirken uygun gördüğünde dermatoloji kliniğinden konsültasyon isteyebilir. Acil konsültasyon; 1] Hastanın hastaneye yatırılarak tedavi edilmesi gerekliliği (en sık); 2] Tedaviye beraber karar verme gereksinimi (hasta acil servisten taburcu edilebilir ancak spesifik tedavi veya araştırmalar için takibe alınır); 3] Konsültan hekimin spesifik girişim yapması gerekliliği gibi nedenlerle istenebilir.

Bu çalışmada acil servise dermatolojik yakınmalarla başvuran hastaların demografik özelliklerini ve acil servisteki yönetim süreçlerini tanımlamak amaçlandı. Elde edilen verilerin hem ülkemizdeki hasta profili istatistiklerine katkı sağlaması, hem de bu verilerin acil servis hekimlerinin, dermatolojik hasta yönetimi ve sık görülen hastalıkların tanınması ile ilgili farkındalığını arttırması planlandı.



2. GENEL BİLGİLER

Tüm acil servis başvuru nedenlerinin %5-8'ini cilt hastalıkları oluşturmaktadır (1). Çoğunda ana semptom; enfeksiyonlar, iritanlar ve alerjenler nedeniyle oluşan cilt lezyonlarıdır (2). Bu hastalıklar nadiren hayatı veya ekstremitayı tehdit eder. İnspeksiyon ile belli paternleri tanımak, tanı koymada anahtar rolü oynamaktadır. Cilt hastalıklarında acil serviste tavsiye edilen yaklaşım şu şekildedir:

1. Ana yakınmayı belirleyin.
2. Kısa ve öz bir anamnez alın (lezyonların süresi, yerleşimi ve yayılımı).
3. Dermatolojik açıdan muayene edin (morfoloji ve dağılımı).
4. Lezyon morfolojisine ve dağılımına göre ayırıcı tanıları oluşturun.
5. İlişkili yakınmalar, komorbiditeler, ilaçlar ve çevresel maruziyet gibi ek nedenler göz önünde bulundurularak olası tanıları ekleyin veya eleyin.
6. Gerekli ise laboratuvar tetkiki isteyin.
7. Gerekli ise dermatoloji konsültasyonu isteyin veya poliklinik randevusunu ayarlayın.

2.1. Tanısal Yaklaşım

2.1.1. Anamnez

Ana yakınma belirlendikten sonra kısa-öz bir anamnez alınmalıdır. Sonrasında daha ayrıntılı olarak lezyonun morfolojisi, gelişimi, ilerleyişi ve yayılımı hakkında bilgi edinilmelidir. İlişkili sistemik yakınmalar ve mukozal tutulumlar tanımlanmalıdır. Kullanılan ilaçlar, aşılamalar, toksin ve kimyasal maruziyeti, yemek, hayvan, böcek, bitki ve hasta bir şahıs ile temas sorgulanmalıdır. Özgeçmiş ve soy geçmiş not edilmelidir.

Cilt problemi olan hastalara sorulması gereken en önemli başlangıç soruları aşağıdakileri içermelidir:

- Cilt döküntüsü ya da lezyon ne kadar zamandır mevcuttur?
- İlk ortaya çıktığında nasıl görünüyordu, zamanla ne şekli aldı?

- Döküntü vücudun ilk hangi bölgesinde çıktı?
- Hangi ilaçlar kullanıldı, nasıl yanıtlar alındı?
- Lezyona onunla ilişkili ağrı, kaşıntı gibi ne tür semptomlar eşlik etti?
- Aile bireylerinden benzer semptomlar gösteren var mı?
- Bu döküntü veya lezyon hastada daha önce oluşmuş mu? Evet ise ne tedavi görmüş, nasıl yanıtlar alınmış?
- Yeni ya da farklı bir maruziyet mevcut mu? (ilaçlar, kişisel bakım ürünleri, mesleksel maruziyet vb.)

Tanıda yardımcı olabilecek ek bilgiler:

- Hastanın kronik tıbbi bir durumu mevcut mu?
- Bitkisel ilaçlar ve reçetesiz satılan ilaçlar dâhil olmak üzere hastanın kullandığı ilaçlar nelerdir?
- Son dönemlerde hasta, hayatında ciddi bir strese maruz kalmış mı?
- Meslek, hobileri ve seyahatleri gibi sosyal hayat hakkında bilgi alınmalıdır.
- Hastanın bilinen alerji öyküsü var mıdır?
- Hastanın evcil hayvanları var mıdır?
- Hastanın cinsel yolla bulaşan hastalıklar için risk faktörleri var mıdır?

2.1.2. Fizik muayene

Cildin muayenesinde; inspeksiyon, palpasyon ve bazen de wood lambası veya dermatoskop yardımı ile aşağıdaki özelliklerin değerlendirilmesi hedeflenir.

- Lezyonun tipi,
- Tek tek lezyonların morfolojisi,
- Çoklu lezyonların konfigürasyonu (yayılmış, grup halinde, düz bir şekilde dizilmiş),
- Lezyonların dağılımı,
- Rengi,
- Lezyonun dokunmakla verdiği his.

İnspeksiyon: Uygun olarak aydınlatılmış bir ortamda saç, tırnak, saçlı deri ve mukozal membranlar dâhil olmak üzere tüm cilt sistematik olarak değerlendirilir. Lezyonların dağılımı, paterni, morfolojisi, uzanımı ve zamanla oluşan değişimi not edilmelidir. Cilt hastalıkları sıklıkla belirli bölgeleri tutar; lezyonların dağılımı ayırıcı tanıları daraltmada yardımcı olur. Anatomik açıdan bu dağılımlar; vücut geneli, yüz ve saçlı deri, gövde ve aksilla, cilt katlantı bölgeleri, eller, ayaklar ve tırnaklar olarak özetlenebilir (Tablo 2.1).

Tablo 2.1. Lezyon dağılımı ve paternine göre ilişkili tanıları.

Dağılım ve Patern	Ayırıcı Tanı
Fleksör yüzeyler	Atopik dermatit, kandidiyazis, egzema, ihtiyozis
Güneş maruziyeti (yüz, toraks üst bölge, distal ekstremiteler)	Güneş yanığı, fotosensitif ilaç döküntüsü, fotosensitif dermatit, Sistemik Lupus Eritematosus (SLE), porfiri
Distal ekstremiteler	Atopik veya kontakt dermatit, egzema, gonokoksemi, kayalık dağlar lekeli humması
Göğüs ön ve arkası	Pitiriazis rozea, sekonder sifiliz, ilaç döküntüsü, psöriazis, atopik veya kontakt dermatit
Giysi ile kapatılan vücut bölgesi (toraks ve alt ekstremit distali)	Kontakt dermatit, psöriazis, follikülit
Akneiform (yüz ve toraks üst bölgesi)	Akne, ilaç ilişkili akne, iritan dermatit

Cildin giysi ile korunmayan açık yüzeyinde görülen döküntüler daha çok güneş, mücevher veya topikal ajanlarla teması düşündürür ve bu konuda hastalar sorgulanmalıdır.

Lezyonların dizilimi, simetrik tutulumun olup olmadığı ve konfigürasyon tanı ile ilişkilidir. **Bilateral simetrik tutulum;** ekstremitelerin fleksör yüzünde plak benzeri lezyonların görüldüğü eritema multiformede olduğu gibi sistemik internal bir olayı veya losyon ya da krem uygulaması sonrası oluşan kontakt dermatitte görüldüğü gibi simetrik eksternal bir maruziyeti gösterebilir. **Asimetrik bir tutulum** daha çok lokal bir olayı gösterir. **Konfigürasyon;** tek bir lezyonun kendi içinde dizilim düzeni olarak tanımlanabileceği gibi alternatif olarak da çoklu lezyonların

birbirleriyle ilişkilerini de tanımlayabilir. Eritema multiformede görülen target (hedef) lezyon olarak tariflenen ortada santral papül ve etrafında eritematöz halka; herpes virüs enfeksiyonlarında lezyonların küme olarak görülmesi ya da zehirli sumak ile temas sonrası lezyonların lineer dizilmesi konfigürasyon çeşitlerine örnektir (Tablo 2.2).

Tablo 2.2. Lezyon tanımlayıcıları ve konfigürasyonlar.

Tanımlayıcı	Konfigürasyon
Anüler	Halka biçiminde
Arkuat	Eğri
Halka şeklinde	Dairesel
Birleşen	Birbiri ile harmanlanan
Dermatomal	Kemer benzeri veya anatomik dermatoma sınırlı
Diskoid	Sert, yuvarlak, hafifçe yükseltilmiş
Diskrit	Ayrık veya tek
Gruplaşmış	Kümelenmiş
Guttat	Saçılmış
Girat (yuvarlak)	Sarmal veya helezoni
Herpetiform	Kopmadan ilerleyen
İris	Konstrantik halkalar
Lineer	Düz bir çizgide
Polisiklik	Birbiri ile örtüşen halkalar veya düzensiz eğriler
Retiform	Ağ benzeri
Serpiginöz	Yılan benzeri

Tanıyı koymada **primer lezyonu** saptayabilmek önemlidir. **Primer lezyon;** enfeksiyon, ilaç, kaşınma ya da iyileşme dokusu gibi sekonder sebepler nedeniyle değişmemiş olan lezyondur. Primer lezyonlara örnek olarak; makül, papül, nodül, tümör, kist, plak, sivilce, vezikül, bül ve püstül verilebilir. Sekonder lezyonlar ise bir nedenle komplike olmuş lezyonlardır. Kabuklanma, pullanma, fissür, erozyon, ülserasyon, soyulmalar, atrofi, skarlaşma, likenifikasyon sekonder lezyonlara örnektir. Dermatolojik lezyonların çeşitli morfolojik tanımlayıcıları için **Tablo 2.3'e;**

primer ve sekonder lezyon morfolojilerine göre çeşitli cilt hastalıkları için **Tablo 2.4** ve **Tablo 2.5**'e bakınız.

Tablo 2.3. Lezyon morfolojileri.

Tanımlayıcı	Morfoloji	Lezyonun Yapısı	Komşu Cilde Göre Yüksekliği
Ekskoriasyon	Kaşınma nedenli oluşan lineer çizgiler	Sekonder	Düz
Erozyon	Epidermisten ayrılmış rüptüre vezikül veya bül	Sekonder	Çökmüş
Fissür	Cilt yüzeyinde lineer yarıklar	Sekonder	Düz
Ülser	Epidermal veya dermal doku kaybı	Sekonder	Çökmüş
Makül	Çapı ≤ 1 cm, düz, sınırlı renk değişikliği; renk değişkendir	Primer	Düz
Peteşi	Çapı < 2 mm; dallanmayan morluklar	Primer	Düz
Skleroz	Sıkı, sertleşmiş deri	Sekonder	Düz veya yükselmiş
Telenjektazi	Küçük, dallanan yüzeyel kapillerler	Primer	Düz
Purpura	Dallanmayan mor renkli cilt değişiklikleri	Primer	Düz
Abse	Hassas, eritematöz, fluktuan nodül	Primer	Yükselmiş
Kist	Sıvı veya yarı katı sıvı içeren kese	Primer	Yükselmiş
Nodül	Çapı < 1 cm, palpabl sert lezyon	Primer	Yükselmiş
Tümör	Çapı > 1 cm, palpabl sert lezyon	Primer	Yükselmiş
Skar	Cildin sklerotik bölgesi	Sekonder	Düz veya yükselmiş
Kabartı	Geçici, çevresinde eritemi olan papül veya plak	Primer	Düz veya yükselmiş
Vezikül	Çapı < 5 mm, ince duvarlı yükselmiş su kabarcığı	Primer	Yükselmiş
Bül	Çapı > 5 mm, ince duvarlı yükselmiş su kabarcığı	Primer	Yükselmiş
Püstül	Pürülan sıvı içeren vezikül	Primer	Yükselmiş
Papül	Çapı < 1 cm, yükselmiş, sert palpabl lezyon	Primer	Yükselmiş
Plak	Çapı > 0.5 cm, papüllerin birleşmesi ile oluşan düz tepeli kabartı	Primer	Yükselmiş
Komedon	Gömülü bir piloseböz ünite ile olan nodül	Primer	Yükselmiş

Tablo 2.4. Primer lezyon morfolojisine göre seçilmiş cilt hastalıklarının ayırıcı tanısı.

Lezyon Morfolojisi	Ayırıcı Tanılara Girenler
Makül	İlaç erüpsiyonu (fiks veya fotosensitif), nevüs, dövme, romatizmal ateş, sifiliz (sekonder), viral ekzantem, toksik veya enfeksiyöz eritem, meningokoksemi (erken), eksternal travma (ekimoz), vitiligo, tinea versikolor, sellülit (erken)
Papül	Akne, bazal hücreli karsinom, melanom, nevüs, siğil, molluskum contagiosum, deri artıkları, atopik dermatit, ürtiker, egzema, follikülit, böcek ısırıkları, vaskülit, psöriazis, uyuz, toksikodendron dermatitis (zehirli sarmaşık, meşe, sumak), eritema multiforme, su çiçeği (erken), gonokoksemi
Plak	Egzema, pitiriazis rosea, tinea korporis ve versikolor, psöriazis, seboreik dermatit, ürtiker, sifiliz (sekonder), eritema multiforme
Nodül	Bazal hücreli, skuamöz hücreli veya metastatik karsinomlar, melanom, eritema nodosum, furonkül, lipom, siğiller
Kabartı	Ürtiker, anjioödem, böcek ısırıkları, eritema multiforme
Püstül	Akne, follikülit, gonokoksemi, hidradenitis suppurativa, herpetik enfeksiyon (herpes simpleks, herpes zoster, su çiçeği), impetigo, psöriazis, rozasea, piyoderma gangrenozum
Vezikül	Herpetik enfeksiyon (herpes simpleks, herpes zoster, su çiçeği), impetigo, toksikodendron dermatitis (zehirli sarmaşık, meşe, sumak), termal yanıklar, sürtünme bülü, toksik epidermal nekrozis, büllöz pemfigoid, pemfigus vulgaris
Bül	Büllöz impetigo, toksikodendron dermatitis (zehirli sarmaşık, meşe, sumak), termal yanıklar, sürtünme bülü, toksik epidermal nekrozis, büllöz pemfigoid, pemfigus vulgaris

Tablo 2.5. Sekonder lezyon morfolojisine göre seçilmiş cilt hastalıklarının ayırıcı tanısı.

Lezyon Morfolojisi	Ayırıcı Tanılara Girenler
Pullar	Psöriazis, pitiriazis rosea, toksik ve enfeksiyöz eritemalar, sifiliz (sekonder), dermatofitik enfeksiyon (tinea), tinea versikolor, kserozis (kuru cilt), termal yanık (birinci derece)
Kabuklar	Egzema, dermatofitik enfeksiyon (tinea), impetigo, kontakt dermatit, böcek ısırığı
Erozyonlar	Kandidiazis, dermatofitik enfeksiyon (tinea), egzema, toksik epidermal nekrolizis, toksik-enfeksiyöz eritemler, eritema multiforme, primer büllöz hastalıklar (pemfigus vulgaris ve büllöz pemfigoid), kahve rengi keşiş örümceği ile zehirlenme
Ülserler	Aftöz lezyonlar, şankroid, dekübit ülser, termal veya sürtünme yaralanması, subakut veya kronik iskemi, malignite, şankr (primer sfiliz), primer büllöz hastalıklar (pemfigus vulgaris ve büllöz pemfigoid), kahverengi keşiş örümceği ile zehirlenme, piyoderma gangrenosum, staz ülseri, faktitisial ülser

Palpasyon: Görsel değerlendirmeye ek olarak cildin palpasyonu tanı koymada önemli bir rol oynar. Palpasyonla; pullanma, keratoz, yüzey değişikliği, cildin ısısı, ödem, fluktuasyon, hassasiyet, derinlik, alttaki dokuya fiksasyon olup olmadığı gibi birçok bilgi elde edilebilir.

2.1.3. Tanısal teknikler

Molluskum contagiosum ve dermatofit enfeksiyonlarından şüphelenildiğinde potasyum hidroksitli preparat kullanılır. Gevşek deri çıkıntıları, tırnak kazıntıları, subungal döküntüler, saçlar ya da küçük sedefsi küreciklere (molluskum gövdesinden) bu test uygulanabilir. Basamaklar şu şekildedir:

1. Bistüri kenarı ile elde edilen kazıntı örneğini lama yerleştirip lamel ile üzerini kapatın.
2. Lamelin kenarından %10-%40'lık potasyum hidroksit solüsyonu uygulayın.
3. Lamelin altından kabarcıklar çıkana kadar çakmak veya kibrit yardımıyla lamin altından ısı uygulayın.
4. 10'luk büyütme ile görüntüyü inceleyin.

Mikroskopun aydınlatma merceği (kondenser) ve ışığı düşük düzeyde olmalıdır. Dermatofitik enfeksiyonlarda görülen gerçek hif; uzun, dallanan, epitel hücre sınırları dışına taşan sabit genişlikteki yeşil çubuklardır. Molluskum gövdeleri, homojen sitoplazmalı oval disk şeklindedirler.

Uyuz (skabies) ve bit preparatları, enfestasyondan şüphelenildiğinde kullanılır. Uyuz enfestasyonunda görülen döküntüler başka dermatolojik sendromlardaki döküntülere benzeyebilir. Tanıyı mikroskopik analiz doğrular. Örneğin alınacağı bölge önemlilik arz eder. Bu bölgeler parmaklardaki, el bileklerindeki ve dirseklerdeki tüneller ve veziküllerdir. Vezikül içinde siyah nokta görülebilir ki bu akarın kendisidir. Cilt gergin tutulurken bistüri ucu ile lezyon kazınır. İşlem sırasında bistüri ucuna 1 damla mineral yağ damlatılırsa elde edilen kazıntı örneği rahatlıkla bistüri üzerinde toplanabilir. Sonrasında örnek lama alınır ve 1 damla mineral yağı damlatılır. Lamel yerleştirilip kibarca üzerinden bastırılarak kalın preparat inceltir. Düşük büyütme ile akar, yumurtaları ve feçesi lam üzerinde aranır. Uyuz akarı sekiz bacaklıdır. Bitler sıklıkla saçlı deride bulunur.

Veziküllü hastalıklarda yararlı olan **Tzanck yayması**; herpes simpleks, herpes zoster ve varicella gibi herpetik enfeksiyonların tanısını koymada yardımcıdır. Üstü yeni kaldırılmış lezyon tabanındaki pürülan sıvıdan bistüri ile bir miktar alınarak lam üzerine yerleştirilir. Açık havada kurutulur. Giemsa veya Wright boyası ile preparat hazırlanır. Düşük büyütmede epitel hücreleri taranarak çok çekirdekli dev hücreler aranır. Bunlar herpes enfeksiyonlarını gösterir. Ancak hangi herpes enfeksiyonu olduğunu belirlemez.

Wood ışığı ile yapılan muayenede eritrazma (yüzeyel *Corynebakterium* enfeksiyonu), mantar enfeksiyonları (*Malassezia* veya mikrosporum türleri), bazı psödomonas enfeksiyonları ve porfiriya kutanea tarda gibi hastalıkları ayırmada kullanılabilir. Wood ışığı altında eritrazma, kırmızı veya pembe; tinea, yeşil veya sarı; psödomonas, sarı veya yeşil; porfiriya kutanea tarda'da idrar örneği, portakal rengi veya kırmızı görülür.

Yardımcı testler sistemik tutulumun olup olmadığını göstermede gerekli olabilir. Ateş ve lökositoz, altta yatan enfeksiyöz bir hastalığı ya da otoimmün bir hastalığı gösterebilir. Antikonvülzan ilaç kullanan hastalarda, artmış transaminazlar, eozinofili ve sistemik semptomların eşlik ettiği ilaç döküntüsü sendromunu (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms [DRESS]) akla getirmelidir. Dissemine intravasküler koagülasyon, trombositopeni ve akut böbrek yetmezliği altta yatan bakteriyemi veya toksik şok sendromunu akla getirmelidir.

2.2. Acil Serviste Tedavi Yaklaşımları

2.2.1. Sistemik tedaviler

2.2.1.1. Antihistaminikler

Antihistaminikler (histamin 1 antagonistleri) kaşıntının kontrolü için yararlıdır. Bu ajanlar difenhidramin ve hidrokisizin gibi 1. jenerasyon antihistaminikleri içerir. Peroral (PO), intramusküler (İM) ve intravenöz (İV) olarak uygulanabilir. Astemizol, setirizin, feksofenadin, loratadin gibi daha yeni olan 2. jenerasyon ajanlar bazı durumlarda kullanılabilir. Genel olarak daha yeni ajanların doz frekansının ve sedatif etkilerinin az olması avantajlarını oluştururken maliyet olarak daha pahalı olması ise dezavantajdır. 2. jenerasyon ajanlar arasında belirgin farklılık yoktur (5). Antihistaminik ajanlarının önerilen dozdan daha sık kullanılması sedatif etkilerini arttırabilir ancak kaşıntı semptomlarını daha fazla azaltmayacaktır (6). Topikal antihistaminik ajanlarının kullanımı, doz tahmini yapılması zor olduğundan (hasta çok sürdüğünde ya da oral antihistaminik ajanla beraber kullanılması durumunda) kolaylıkla ilaç toksisitesi oluşabileceği için önerilmemektedir. Histamin 2 antagonistlerinin (ranitidin, famotidin gibi) alerji ilişkili olaylarda, özellikle akut ürtikerde, bir miktar fayda gösterdiği bilinmektedir. Bu nedenle ciddi alerjik reaksiyonlarda histamin 1 antagonisti ile kombine kullanımı önerilir (7, 8).

Tablo 2.6. Dermatolojik hastalıkların yönetiminde faydalı olan antihistaminikler.

İlaçlar	Yetişkin Dozu	Pediyatrik Dozu
Difenhidramin	25–50 mg PO/IV/IM günde 4 defa	5 mg/kg/gün PO/IV/IM 4 bölünmüş dozda; maksimum doz, 300 mg/gün
Hidroksizin	25–100 mg PO günde 3-4 defa	2 mg/kg/gün PO 4 bölünmüş dozda
Setirizin	5–10 mg PO günde 1 defa	≥6 yaş çocuklarda, 5–10 mg PO günde 1 defa
Feksofenadin	60 mg PO günde 2 defa	≥6 yaş çocuklarda, 30 mg PO günde 2 defa
Loratadin	10 mg PO günde 1 defa	≥6 yaş çocuklarda, 10 mg PO günde 1 defa
Famotidin	20 mg PO günde 2 defa	0.5 mg/kg/gün 2'ye bölünmüş dozda; maksimum doz, 40 mg/gün
Ranitidin	150 mg PO günde 2 defa	5–10 mg/kg/gün PO 2'ye bölünmüş dozda; maksimum doz, 300 mg/gün

2.2.1.2. Sistemik kortikosteroidler

Eritema multiforme, toksik epidermal nekrolizis ve vaskülit gibi bazı geniş yayılım gösteren dermatolojik sendromlar, dermatoloji ile konsülte edildikten sonra en iyi olarak sistemik steroidler ile tedavi edilir. Ürtiker, anjioödem, toksikodendron dermatiti (zehirli sarmaşık vb.) ve diğer kontakt ve alerjik hastalıklar eğer cildin %20'sinden fazlasını tutmuşsa sistemik steroidler endikedir. Ciddi hastalığı olan hastalar oral steroid alımından 12 ila 24 saat sonra semptomlarda belirgin rahatlama hissederler (3). Tharp ve ark. yaptığı bir çalışmada; az dozda prednizolon yüklemelerinin (4 gün için 40 mg/gün) ürtiker semptomlarını ve özellikle kaşıntı şikayetini belirgin olarak azalttığı gösterilmiştir (4). Zehirli sarmaşık ve meşe ağacının neden olduğu döküntülerde sistemik oral steroidler 2-3 hafta içinde azaltılarak kesilecek şekilde 1 miligram (mg)/ kilogram (kg) dozunda başlanmalıdır. Böylece aniden ilacın kesilmesiyle oluşabilecek rebound dermatiti engellenmiş olur. Diğer alerjik ve kontakt dermatitler, 4 günlük oral prednizolondan fayda görürler. İyi bir tedavi seçeneği olmasına rağmen rölatif kontrendikasyon olan diyabet,

hipertansiyon, aktif peptik ülser hastalık, psikiyatrik hastalık ve bağışıklık sistemi baskılanmış hastalarda çok dikkatli kullanılmalıdır. Bahsedilen yandaş hastalıklara sahip hastalara oral sistemik steroid başlanıyorsa 2-3 gün sonra poliklinik kontrolüne gitmesi sağlanmalıdır.

2.2.2. Topikal tedaviler

2.2.2.1. Topikal kortikosteroidler

Dermatolojik hastalıkların yönetiminde kullanılan yararlı ve güçlü bir tedavi seçeneğidir. Konsantrasyonları, içerikleri ve fiyatları çeşitlilik gösterir. Her potent sınıfından en azından bir ajanı çok iyi bilmek etkin tedavi için önemlidir. Kortikosteroidin potenti veya kuvveti ajanın vazokonstrüksiyon (damar duvarını kasabilme) yeteneği ile orantılıdır. Bu güç 7 sınıfa ayrılır ki burada 1.sınıf en kuvvetli, 7. sınıf ise en zayıf vazokonstrüksiyona yani potente sahip sınıftır (Tablo 2.7). Genel olarak merhemler; krem veya losyonlara göre daha potenttir.

Tablo 2.7. Topikal kortikosteroid ajanların potent sınıflamasına göre örnekleri.

Amerika Sınıflaması	İngiltere Sınıflaması	Topikal Ajan	Formülü
1: Süperpotent	1: Çok potent	Klobetazol Halobetazol Betametazon	%0.05 krem veya merhem
2: Potent	2: Potent	Flosinonit Halsinonid Mometazone	%0.05 merhem %0.1 krem %0.1 merhem
3: Orta-üst kuvvet		Betametazon Flutikazon Triamsinolon	%0.05 losyon %0.005 merhem %0.1 merhem
4: Orta kuvvet		Mometazon	%0.1 krem, losyon
5: Az- orta kuvvet	3: Orta	Betametazon Flosinolon Flutikazon	%0.1 krem %0.025 krem %0.05 krem
6: Ilımlı		Alklometazon Desonit Triamsinolon	%0.05 krem veya merhem %0.05 krem %0.025 krem
7: Az potent	4: Ilımlı	Hidrokortizon	%1 veya %2.5 krem, losyon veya merhem

2.2.2.1.1. Topikal kortikosteroid kuvveti

Farklı steroid grupları arasında önemli potent farkı olmasına karşın aynı ajanın değişik konsantrasyonları arasında az farklılık mevcuttur. Çoğu kortikosteroid florlanmıştır. Florlama, potenti önemli derecede arttırırken istenmeyen yan etkilerin de artmasına neden olur. Florlu bileşikler gebelerde kullanılmamalıdır.

Tedavinin başlangıcında doğru potent sınıfındaki ajanı kullanmak önemlidir. Hastalığa göre daha düşük potent ajan ile tedaviye başlamak olası yan etkileri engellemeyeceği gibi hastanın tedavisine de fayda göstermeyecektir. Muhtemelen ayaktan tedavi edilen hastalarda en sık kullanılan ajan olan hidrokortizon çoğu vücut bölgesinde (yüz, genital, fleksör bölgeler, katlantı bölgeleri vb.) etkilidir. Ancak el ayağı ve ayak tabanı kalın cilt dokusuna sahip olduğu için bu alanlarda kötü bir tercihtir. Ciddi inflame olan ve kalın cilt dokusuna sahip saçlı deri, gövde, ekstensör yüzey, ayak tabanı ve el ayası gibi bölgeler için triamsinolon ve flosinolon gibi orta potentli ajanlar daha uygundur (Tablo 2.8). Bu ajanlar atrofiye yol açabilecekleri için yüze, genital bölgelere ve bebeklerin cildine uygulanmamalıdır.

Tablo 2.8. Çeşitli dermatolojik hastalıkların tedavisinde kullanılması önerilen kortikosteroid potent sınıfları.

Sınıf 1-2	Sınıf 3-5	Sınıf 6-7
Psöriazis	Atopik dermatit	Yüzün, göz kapağının ve perineumun nonspesifik dermatiti
Elin ciddi egzeması	Staz dermatiti	
Zehirli sarmaşık dermatiti (ciddi)	Seboreik dermatit Tinea	
Atopik dermatit (ciddi)	Uyuz (skabies) Yüzün nonspesifik dermatiti (ciddi)	

Farklı cilt bölgeleri, topikal kortikosteroid tedavisine farklı yanıt verir. Bu farklı yanıt, steroidin daha derin dokulara absorbe olma özelliği ile ilişkilidir. Rölatif olarak daha ince cilde sahip yüz bölgesi daha düşük potentli sınıf 7 ajanlara hızlı yanıt verirken; daha kalın cilt için daha potent ajanlara ihtiyaç vardır. Ancak absorpsiyonun arttığı; sürtünmeye maruz kalan koltuk altı gibi katlantı bölgeleri, bebek/yaşlı bakım bezi nedenli basınç altında kalan bölgeler için düşük potentli ajanlar kabul edilebilir.

2.2.2.1.2. Topikal steroidlerin uygulanması

Topikal steroidler cilde ince bir tabaka olarak sürülüp masaj yapar şekilde cilde emdirilmelidir. İşlem öncesinde uygulanacak bölgenin yıkanması gereksizdir. Topikal steroidler için uygulanması gereken doz tam olarak bilinmemektedir. Daha potent ajanların 1-2 haftalık bir sürede günde 2 veya 3 defa uygulanması ve sonrasında steroidin kesilmesi; potenti düşük olan ajanların ise 2-4 haftalık bir sürede günde 3 defa kullanılması sonrasında 1 haftalık steroidsiz bir dönemin takip etmesi önerilmektedir.

2.2.2.1.3. Taşifilaksinin tanımı ve önlenmesi

Enzim ilişkili olaylar nedeniyle bir ilaca karşı yanıtın azalmasına taşifilaksi denir. Topikal steroidler ele alındığında buradaki taşifilaksi, ilacın vazokonstrüksiyon yeteneğine karşı beklenen yanıtın azalmasıdır. Genellikle ajan, hangi potent sınıfında olursa olsun kullanılmaya başlanılmasının ortalama 4. gün sonrasında taşifilaksi başlar ve progresif olarak artar. Bunu engellemek için 2 hafta kullanım sonrasında 1 hafta ilaç kesilip yeniden 2 hafta kullanma gibi aralıklar verilerek sikluslar halinde tedavi uygulanabilir.

2.2.2.2. Antimikrobiyal topikal ajanlar

Topikal antimikrobiyal ajanlar genel olarak yara bakımında yardımcı olarak kullanılır ve cildin yüzeyel bakteriyel enfeksiyonlarının primer tedavisinde nadiren kullanılır. Bu durumun tek istisnası impetigo yönetiminde kullanılan mupirosindir.

Yara bakımında sıklıkla polimisin B, basitrasin, neomisin ve gümüş sülfadiazin kullanılır. Gümüş sülfadiazin uygulanmadan önce, daha önceden sürülmüşse kalıntılar tamamen temizlenmelidir ayrıca yüz bölgesinde iz kalmasına neden olacağı için bu bölgede kullanılmamalıdır. Topikal antimikrobiyal ajanlar pansumanın yaraya yapışmasını engelleyerek, koagülasyonu ve bakteriyel kolonizasyonu engelleyerek etkilerini gösterirler. Etkili olduğu diğer hastalıklar; kandida enfeksiyonu, dermatofit enfeksiyonu, herpes simpleks, bit ve uyuz enfestasyonlarıdır.

2.2.2.3. Antimikrobiyal olmayan topikal ajanlar

Çoğu döküntünün başlangıç tedavisinde “kuruysa ıslat, ıslaksa kurut” ilkesi geçerlidir. Kuru ciltte su, protein ve yağ kaybı vardır. Yumuşatıcı krem ve losyonlar, epidermin su ve yağ ihtiyacını karşılar ve böylece kaşıntı ve ağrı semptomlarını azaltır. Kronik kuruyan dermatiti olan hastaların kış mevsiminde merhem kullanmaları gerekmektedir. Ilıman iklimde yaşayan hastalara daha az yağ içeren kremler kullanmaları önerilir. Islak kutanöz sendromlarda, hastalıklı ciltten transüdatif veya eksüdatif akıntılarla birlikte protein ve yağ kaybedilir. Kurutucu ajanlar bu vücut sıvılarının kaybını önleyerek iyileşme sürecine katkı sağlar.

2.2.2.4. Topikal ajanların tıbbi baz ürünleri (Taşıyıcı)

Taşıyıcılar veya tıbbi bazlar, aktif içeriğin dağıtıldığı maddelerdir. Aktif içeriğin ciltte hangi oranda absorbe olacağını tıbbi baz belirler. Bazı bazların içerikleri irritasyona veya alerjiye neden olabilir.

Kremler, beyaz ve grimsi renkte olan yağ, su ve koruyucu madde içeren karışımlardır. Özellikle katlantı bölgelerinde kullanımı fayda sağlar. Kremler akut tedavide kullanıldığı zaman en iyi etkiyi gösterir; kronik kullanımlarında ciddi kuruluklara neden olabilir. Bazı hastalar krem içindeki koruyucu maddelere karşı alerjik reaksiyon gösterebilir. Bu tür hastalarda krem, merhem ile değiştirilmelidir.

Merhemler, vazelin gibi yağ bileşiklerinden oluşur ve koruyucu içermez. Çok az su içerir. Merhemler cilde uygulandığında yağlı kalır. Özellikle kuru lezyonlarda faydalıdır. Merhemler, genel olarak kremlere göre daha derine penetre olur. Merhemler aynı zamanda iyi bir kapayıcıdır, uygulandığı cilde ait nem ve diğer komponentlerin cildin dışına çıkmasını ve cildin dış yüzeyden etkilenmesini engeller. Akut eksüdatif sendromlarda ve vücudun katlantı bölgelerine topikal steroidli merhem asla uygulanmamalıdır.

Jel; yağsız, propilen glikol ile su, bazen de alkol içeren karışımdır. Jeller saydam yapıdadır ve yapışkan olarak tanımlanır. Zehirli sarmaşık dermatiti gibi akut eksüdatif lezyonlarda alkol içeren jeller en iyi tercihtir. Kuru veya pullanan lezyonlarda ise alkol içermeyen jeller tercih edilmelidir. Soyulmuş alanlarda alkol içeren jeller irritasyon yapabilir. Jel skalp üzerine, saç stilini değiştirmedığı ve kozmetik olarak tolere edilebildiği için bazen tercihen kullanılabilir.

Solüsyonlar veya losyonlar, diğer ajanlarla birlikte su veya alkol içerebilir. Saydam veya opak görünümündedir ve özellikle saçlı bölgelerde belirgin bir kalıntıya neden olmadıkları için bu bölgelerde kullanılır.

2.2.2.5. Topikal ajan toksisitesi

Bazı aktif maddeleri içeren topikal ajanlar dikkatli kullanılmalıdır. Her ne kadar hasta ilacın dozuna ve uygulama sıklığına dikkat etse de, sistemik olarak emilen miktar kolaylıkla ayarlanamaz. Örneğin, bazı ajanlar normal ciltten veya mukozadan rahatlıkla emilirken; bazı ajanlar sadece hasarlı cilt veya mukozadan emilebilir. Topikal ajanlar aşırı miktarda uygulanırsa ölüm dâhil olmak üzere ciddi toksisiteler rapor edilmiştir.

2.3. Acil Serviste Karşılaşılan Dermatolojik Hastalıklardan Bazıları

Bu başlık altında ürtiker ve anjioödem ile alt tipleri, kaşıntılı ürtikeryal papüller ve gebeliğin ürtikeryal papül ve plakları, ilaç döküntüleri, DRESS, Stevens-Johnson Sendromu, böcek ısırıkları incelenenecektir.

2.3.1. Ürtiker ve anjioödem

Ürtiker, cildin yüzeysel dermisinde vasküler kaçak ile karakterize olan geçici kaşıntılı kabartılardır. Yüzeysel epidermis tabakası tutulur ve lezyonların sınırları iyi belirlenmiştir (Şekil 2.1). Anjioödemde ise daha derin dermis ve subkutan dokular tutulur ve böylece daha büyük, sınırları belirsiz ödemli bölgeler oluşur (Şekil 2.2). Aslında ürtiker ve anjioödem patofizyolojisinde aynı ödematöz süreç söz konusudur. Tek fark, etkilediği kutanöz vasküler pleksustur; papiller ve derin. Tüm bu durumlar akut veya kronik olarak görülebilir. **Akut ürtikerde**, lezyonlar 24 saat içinde oluşup kaybolur ve genellikle 6 haftadan kısadır.

Ürtiker; penisilinler, sülfö grubu ilaçlar, minosiklin, gıda alerjileri, ısırma ya da sokmalar veya enfeksiyonlar ile tetiklenebilen immünite ile ilişkili (İmmunglobülin [Ig] E) olabileceği gibi Nonsteroid Anti İnflamatuar İlaçlar (NSAİİ) ve radyokontrast maddelerle olduğu gibi immünite ile ilişkisiz de olabilir.

Ürtikeryal plakların yokluğunda oluşan anjioödem, kalıtsal ve edinsel olabilir. C1 esteraaz inhibitör eksikliği (herediter anjioödem), ürtikeryal plaklar görülmeden tekrarlayan anjioödem, kalıtsal olan nedenidir. Edinsel olan ve immünite ile ilişkili olmayan nedenler arasında; NSAİİ, Anjiotensin Konverting Enzim İnhibitörü (ACE-İ), radyokontrast maddeler, penisilinler ve monoklonal antikorlar sayılabilir. ACE-İ kullanan hastada anjioödem reaksiyonu ilacı kullanımının 1 yıl sonrasında da ortaya çıkabilir ve ilacın kesilmesi gerekliliğine neden olabilir (9,10).

Kronik ürtiker, 6 haftadan daha uzun süre tekrarlayan lezyonların olmasıdır. Sebebi sıklıkla bulunamasa da anti inflammatuar ilaçlara, benzoatlara, kontrast boyaya ve opiyatlara karşı intolerans bilinmektedir. Soğuk, basınç ve aşırı egzersiz gibi fiziksel uyarılar da ürtikeryal reaksiyonlara neden olabilirler (10).

2.3.1.1. Klinik tipleri

Akut ürtiker; ani başlayan ve rekürrens gösterebilir ya da göstermesin semptomları 6 haftadan kısa süren tiptir. Atopi zemininde IgE ilişkili olabileceği gibi kompleman ile de tetiklenebilir. Anjioödem eşlik edebilir.

Kronik ürtiker; semptomlar 6 haftadan fazla sürer. Etiyoloji %80 oranında bilinmemekte, bu yüzden de idiyopatik kabul edilmektedir. Salisilat ve benzoatlarla sık tetiklenir. Genellikle erişkinlerde ve kadınlarda erkeklere göre 2 kat daha fazla sıklıkla görülür. 6 aydan fazla kronik ürtikeri olan hastaların %40'a kadar bir oranla 10 sene sonra hala ürtiker semptomları olduğu gösterilmiştir.

Semptomlar; kaşıntıya ürtikerde sık rastlanır. Anjioödemde cilt şişliği ve gerginliğine bağlı ağrı; dil ve farinkste ödeme bağlı konuşma, yutma ve nefes alma güçlüğü; larenks ödemine bağlı asfiksi görülebilir.

2.3.1.2. Klinik bulgular

Ürtiker, kaşıntılı ödemli papüller, plaklara dönüşerek cildin herhangi bir bölgesini etkileyebilir. Ürtikeryal kabartılar; beyaz, pembe veya eritemli iz bırakmayan lezyonlar olup boyutları 1 santimetre (cm) altında olabileceği gibi 10 cm'in de üzerinde olabilir. Biçimi; anüler, serpijinöz veya birleşen şekildedir. Lezyonlar 24 saat içinde oluşup kaybolur.

Anjioödem, Anjioödemde daha derin, sınırları net belli olmayan ödemli plaklara, bronkospazm ve hipotansiyon eşlik eder. Yüzün bir kısmını (göz kapakları, dudaklar, dil) tutabilir. Tanı kliniklidir. Patogenezle ilişkili özel durumlar aşağıda sıralanmıştır.

2.3.1.3. İmmünolojik ürtiker

2.3.1.3.1. IgE ilişkili

Antijenle temas sonrası spesifik IgE antikorları ile duyarlı hale gelmiş mast ve bazofil hücrelerinden biyolojik aktif moleküllerin salınımı ile lezyonlar oluşur (tip 1 anafilaktik hipersensitivite). Açığa çıkan mediatörler venöz permeabiliteyi arttırıp

kliniği ortaya çıkarır. Bu hastaların sıklıkla atopik bünyeleri vardır. Antijenlere; gıda (süt, yumurta, deniz ürünleri, kabuklu yemişler vb.) ve ilaçlar (penisilin vb.) örnek olarak verilebilir.

2.3.1.3.2. Kompleman ilişkili

Serum hastalığında, tam kan replasmanında ve immünglobülin verimi gibi durumlarda immünkompleksler akut olarak kompleman sistemini aktive eder ve mast hücrelerinden anafilatoksinlerin salınımına neden olur.

2.3.1.3.3. Otoimmün ilişkili

IgE'ye karşı otoantikörler bulunur. Kronik ürtikeri olan hastaların %40'ında otoantikörler saptanabilir. Otoantikörleri olan ve olmayan hastalar klinik olarak ayrılamaz. Serum otolog cilt testi, otoantikörü olan hastalarda pozitif çıkar. Otoantikörler plazmaferez, intravenöz immünglobülin ve siklosporin kullanımı ile kandan uzaklaştırılarak ya da baskılanarak semptomların azalması sağlanabilir.

2.3.1.3.4. İmmünolojik kontakt ürtiker

Sıklıkla çevresel alerjenlerle (bitki, hayvan) duyarlı hale gelmiş atopik bünyesi olan çocuklarda ve lateks maddesi içeren maddelere duyarlı kişilerde görülür. Anafilaksi eşlik edebilir.

2.3.1.4. Fiziksel ürtiker ve anjioödem

2.3.1.4.1. Dermografizm

Cildin kaşınması ya da bir cisimle çizilmesi sonucu kaşıntılı lineer ürtikeryal lezyonların oluşmasıdır (Şekil 2.1). 30 dakika içinde kaybolur. Normal popülasyonun %4.2'sinde saptanır.



Şekil 2.1. Ürtiker: dermografizm. Cilt parmakla çizildikten sonra 5 dakika içerisinde sırtında lezyonlar oluşmuştur.

2.3.1.4.2. Soğuk ürtikeri

Sıklıkla çocuklarda ve adölesanlarda görülür. Soğuğa maruz kalan bölgelerin yeniden ısınması ile ortaya çıkar. Buz küpü testi tanıyı doğrular (cilde buz uygulanma sonrası bir kaç dakika içinde lezyonlar gelişir).

2.3.1.4.3. Güneş ürtikeri

Güneşe maruziyet sonrası oluşur. Ortalama 1 saat içinde semptomlar düzelir. Senkop eşlik edebilir.

2.3.1.4.4. Kolinergik ürtiker

Terlemeye neden olacak kadar yapılan egzersizde tipik olarak küçük, papüller, oldukça kaşıntılı ürtikeryal lezyonlar oluşur (Şekil 2.2). Hırıltı eşlik edebilir.



Şekil 2.2. Kolinerjik ürtiker. 30 dakikalık tempolu egzersiz sonrası boyunda tipik papüller ürtikeryal lezyonlar. En iyi dolaylı ışık altında görülür.

2.3.1.4.5. Akuajenik ürtiker

Çok nadir görülür. Herhangi bir sıcaklıktaki su ile temas sonrası kolinerjik ürtikere benzer döküntüler oluşur.

2.3.1.4.6. Mast hücrelerini deşarj eden ajanlara ve psödoalerjenlere bağlı ürtiker, kronik idiyopatik ürtiker

Radyokontrast maddeler, salisilat, konserve gıdalar, gıda ek maddeleri (sodyum benzoat vb.) ve azot boyaları (günbatımı sarısı, tartrazin gibi psödoalerjenler) ile maruziyet sonrası ürtiker/anjioödem oluşabilir. Akut ve kronik olabilir.

2.3.1.4.7. Vasküler/Bağ doku otoimmün hastalığı ile ilişkili ürtiker

Ürtikeryal lezyonlar, sistemik lupus eritematozus ve Sjögren sendromu ile ilişkili oluşabilir. Ancak sıklıkla ürtikeryal vaskülit olarak prezente olur.

2.3.1.4.8. Basınç anjioödem

Devamlı basınç sonrası (oturunca kalçalarda, çekiç kullanma sonrası elde, yürüme sonrası ayaklarda) eritematöz ödem gelişmesidir. 30 dakikadan 12 saate kadar kliniğin gelişmesi gecikebilir. Ağrılıdır ve ateş eşlik edebilir. Semptomlar bir kaç gün sürebilir ve hayat konforunu etkiler.

2.3.1.4.9. Vibrasyon anjioödem

Vibrasyon (titreşim) uyarısı, mast hücrelerinden histamin deşarjına neden olabilir. Nadir görülür. Ailesel (otozomal dominant) olabilir veya sporadik saptanabilir. Sırta havlu sürtme sonrası görülen lezyonlar buna örnektir. Ancak sadece basınç içeren hareket/titreşim unsuru içermeyen uyarı ile oluşmaz.

2.3.1.5. İmmün olmayan kontakt ürtiker

Sorbik asit ve benzoik asit içeren solüsyonlar veya gıdalar; sinnamik aldehit içeren kozmetikler gibi ekzojen maddelerle direk temas sonrası gelişir.

2.3.1.6. Belirgin anjioödem sendromları (Ürtikerin eşlik ettiği ya da etmediği)

2.3.1.6.1. Herediter anjioödem

Ciddi bir otozomal dominant hastalıktır. Fiziksel ya da duygusal travma ile tetiklenebilir. Yüzde anjioödem, laringeal ödem görülebilir ayrıca barsak duvarının ödemi sonucu akut karın ağrısı ile başvurabilir (Şekil 2.3). Ürtiker nadiren eşlik eder. Laboratuarda C1 esteraz inhibitör enzim eksikliği (%81); enzimin disfonksiyonu (%15) oranında saptanabilir. C1 ve C3 değerleri normal saptanırken, C4 değeri düşük bulunabilir. Hastanın kliniği hayatı tehdit edebilir.



Şekil 2.3. Herediter anjioödem. A) Anjiödem tablosunda, B) Hastanın normal durumdaki görünümü.

2.3.1.6.2. Anjioödem-Ürtiker-Eozinofili Sendromu

7-10 gün süren sıklıkla kaşıntılı ürtikerin eşlik ettiği ciddi bir anjioödem tablosudur. Ateş ve sıvı retansiyonuna bağlı kilo artışı görülebilir. Başka organ tutulumu yoktur. Laboratuarda 20.000-70.000/ μ L gibi ciddi bir lökositoz saptanabilir. Bu değerler hastalığın ciddiyeti ile ilişkilidir. Aile öyküsü yoktur. Nadir görülmekle birlikte prognoz iyidir.

Ayırıcı tanı; geçici ve kaşıntılı olan kabarıklık öyküsü ile tipik görüntü genelde tanıyı koydurur. Ancak bazı hastalar lezyonların bu sönüp alevlenme dönemlerinin farkında olmayabilir. **Böcek ısırılmaları** da küçük ürtiker lezyonlarını andırabilir ancak yakın inceleme ile lezyonun ortasındaki ısırik izi ile ayırım yapılabilir. **Ürtikeryal vaskülit**, bir sistemik immün kompleks hastalığıdır. Tipik olarak kaşıntılı değildir, basmakla solmaz, 48-72 saatten fazla sürer, ciltte koyu purpurik iz bırakır. Tanı için biyopsi gerekir. **Atipik eritema multiforme** ürtikere lezyon olarak benzeyebilir ancak lezyonlar kaşıntılı ve geçici değildir. Spesifik bir alerjen olan lateks ya da sorbik asit, benzoat, sinnamik asit gibi kimyasallara bağlı **kontakt dermatit** oluşabilir. Bu maddelerle maruziyet sonucu bölgesel reaksiyonlar oluşur ve maruziyet öyküsü yarar sağlar. Zehirli sarmaşık ile maruziyetin erken döneminde ürtikeryal plaklar görülebilir. Büllöz pemfigoidde de ürtikeryal plaklar görülebilir ve biyopsi ile tanı koyulabilir.

Tedavi; günlük Histamin (H) 1 blokerinin kullanılmasıdır. feksofenadin, loratidin, setirizin gibi uzun etkili sedatif özelliği olmayan (2. jenerasyon) antihistaminikler yeni lezyon oluşumunu engelleyip kaşıntıyı kontrol altına alabilir. Difenhidramin ve hidrokisizin gibi kısa etkili (1. jenerasyon) H1 blokerleri gece artan kaşıntıları rahatlatılabilir. Ranitidin gibi H2 blokerleri, H1 blokerleri ile kombine olarak kronik ürtiker tedavisinde kullanılabilir. Ancak hiç bir zaman tek başına kullanılmamalıdır.

Prednizon, geniş yayımlı ürtiker ve anjioödemde kullanımı gerekli olabilir. Kullanım dozu 5 günlük bir süre için 40-60 mg'dır. Hastalara akut ürtikerin tamamen geçmesinin haftaları bulabileceği anlatılmalıdır. Şikayetler daha da uzarsa dermatoloji veya alerji uzmanlarına yönlendirilmelidir.

2.3.2. Kaşıntılı ürtikeryal papüller ve gebeliğin ürtikeryal papül ve plakları

Kaşıntılı ürtikeryal papüller ve gebelik plakları (GÜPP) genellikle gebeliğin 3. trimestirinde başlayan yoğun kaşıntılı erüpsiyonlardır. İlk gebelikte veya çoklu doğum yapmış olan gebelerde görülebilir. Ancak daha sonraki gebelikte nadiren oluşur (11). Anneye veya bebeğe bir zararı yoktur. Nedeni bilinmemektedir.

Yoğun kaşıntılı, eritematöz, 1-2 milimetre (mm) boyutundaki papüller, abdominal stria etrafından başlayarak günler içinde plaklara dönüşür. Karın, kalçalar, uyluk bölgesi ve bazı olgularda kollarda görülebilir. Yüz, müköz membranlar, el ayağı, ayak tabanları korunmuştur. Ürtikeryal plaklar bazen küçük veziküller barındırabilir. Genellikle doğum sonrası 10 gün içerisinde kaybolur.

Ayırıcı tanıda ilaç reaksiyonları, eritema multiforme, gebelik kolestazı, atopik dermatit ve gebelikte görülen nadir bir otoimmün hastalık olan pemfigoid gestationis akılda tutulmalıdır.

Tedavi; kaşıntı için florlanmamış yüksek potentli topikal steroidler kullanılır. **Gebelikte florlanmış steroidler kontrendikedir.** Bazı hastalarda kaşıntıyı rahatlatmak için 20-40 mg/gün prednizolon PO başlanması gerekebilir. Oral antihistaminikler genel olarak etkili değildir.

2.3.3. İlaç döküntüleri

İlaçların ciltteki istenmeyen reaksiyonları neredeyse tüm ilaçların potansiyel komplikasyonudur (Tablo 2.9). İmmünite ile ilişkili ya da ilişkisiz olabilir. Enzim eksiklikleri, fotosensitivite veya topikal iritanlar immünite ile ilişkili olmayan reaksiyonlardır. Yaş, cinsiyet, alınan doz ve medikasyonun tipi risk faktörleri olabilir.

Tablo 2.9. İlaç reaksiyonları ve sık rastlanan neden olan ilaçlar.

Reaksiyon Tipi	Sık Neden Olan İlaçlar	Yorumlar
Morbiliform ekzantem	Penisilinler/sefalosporinler, sülfonamidler, minosiklin, antikonvülzanlar	Sıklıkla maruziyetten sonra 14 gün içinde gelişir, 2 hafta içinde kaybolur; önce gövde sonra uzuvlar etkilenir
Ürtiker veya anjioödem	Aspirin, NSAİİ, opiyatlar, iyotlu contrast maddeler	Sıklıkla maruziyetten sonra 36 saat içinde yada birkaç dakika içinde gelişir
Fotosensitivite döküntüsü	Toksik: Tetrasiklinler, NSAİİ, florokinolonlar, amiodaron, psöralen, fenotiazidler Alerjik: Tiazidler, sülfonamidler, antimalarial, kinidin, kinin, trisiklik antidepresanlar, NSAİİ	Güneşe maruz kalan bölgeler; abartılı güneş yanığı yanıtı
Lupus benzeri	Prokainamid, fenitoin, minosiklin, hidralazin, penisilamin	İşığa duyarlı döküntüler
Akneiform döküntü	β -Laktam antibiyotikler, steroidler, kontraseptifler, fenitoin, halojenler, lityum, fenobarbital, haloperidol, etambutol, izoniazid	Komedon yoktur; monomorfik papüller ve püstüller sırt, omuzlar ve göğüste görülür; maruziyetin ilk 5 günü içinde
Pigmentasyon	Zidovudin, ağır metaller, fenitoin, oral kontraseptifler, minosiklin, amiodaron, klofazimin, antimalariyal	Kronik ilaç alımı
Kalıcı ilaç döküntüsü	Tetrasiklinler, sülfalar, NSAİİ, barbituratlar, fenolfitalein	Yeniden maruziyet aynı bölgede lezyonu tekrarlatır
Vezikülobülloz döküntü	Penisilamin, kaptopril, sülfalar, tioller	Büllöz hastalıklardan ayırması zordur
Likenoid döküntü	ACE-İ (kaptopril enalapril), β -blokerler (labetalol, propranolol), metildopa, antimalariyaller, kinidin, TNF inhibitörleri (etanersept, infliksimab), hidroklorotiazid, altın ve diğer metaller, penisilamin, NSAİİ	Maruziyetten aylar sonra görülebilir, oral lezyonlar, lezyonların gerilemesi 2 yılı bulabilir
Antikoagülan nekrozu	Kumadin, heparin	3-5 gün içinde başlayabilir, sınırları belirgin ağırlı yağ dokusu bölgeleri

İlaçların neden olduğu cilt döküntüleri diğer birçok cilt hastalığını taklit edebilir. Çoğu zaman ilaca maruziyetten 1 ila 3 hafta sonra reaksiyonlar başlar ancak hipersensitivite reaksiyonlarının gelişmesi daha uzun zaman alabilir, bu yüzden dikkatli bir ilaç öyküsü alınmalıdır (12). Hasta, neden olan ilacı daha önce sorunsuz olarak kullanmış olabilir.

En sık karşılaşılan döküntü, morbiliform ekzantemdir. Yaygın, simetrik, kaşıntılı makül ve papüller önce gövdede başlar daha sonra ekstremitelere yayılır. İlk döküntüler sıklıkla maruziyetin ilk 7-14 gününde gelişir ve genellikle maruziyetin ortadan kalkmasından sonra 2 hafta içinde solar ve viral döküntüye benzer. Kaşıntı ilaç döküntüsü ile sık görülmekle beraber viral döküntülerde beklenen bir semptom değildir. Sık neden olan ilaçlar; yarı sentetik penisilinler, trimetoprim sülfametazol ve antikonvülzanlardır. Ampisilin veya amoksisilin, Epstein Barr virüsü ile enfekte hastalara; insan immün yetersizlik virüsü olan hastalara sülfonamid grubu ilaçlar verilirse yüksek olasılıkla cilt döküntüleri görülecektir.

Ürtiker veya anjioödeme neden olan ilaçların başında aspirin, NSAİİ, opiyatlar ve iyotlu kontrast maddeler bulunur. Döküntüler sıklıkla ilk maruziyetten sonra ilk 36 saatte ya da tekrar maruziyet sonrası dakikalar içinde gelişebilir. Birkaç taneden yüzlercesine kadar döküntü miktarı değişebilir. Kaşıntı kaçınılmazdır ayrıca solunum semptomları, serum hastalığı benzeri semptomlar (ateş, artralji, lenfadenopati ve myalji) görülebilir (10).

Fotosensitivite döküntüleri; güneşe maruz kalan gövde, boyun, yüz ve kollarda birleşen eritemler, papüller ve hatta veziküller ile karakterizedir (12). Fotosensitivite; mekanizmaya göre fotoalerjik ve fototoksik reaksiyonlar olarak ikiye ayrılır. Reçetede yazılacak ilacın fotosensitivite yaratma olasılığı varsa hastanın güneşten cildini koruması gerektiği anlatılmalıdır.

İlaç alımı sonrası görülebilen **pigmentasyon** şok yaratacak görünüme neden olabilir. Post enflamatuvar değişiklikler, melanin yapımının artması, ilacın ya da metabolitlerinin bizzat ciltte birikmesi nedeniyle oluşabilir. *Zidovudin*, hem tırnaklarda hem de ciltte hiperpigmentasyon oluşmasıyla ilişkilidir. Ağır metaller, *fenitoin* veya oral kontraseptifler pigmentasyonla ilişkili olabilir. *Minosiklin* veya

amiodaron ciltte gri mavi renk değişikliğine neden olabilir. Klofazimin, özellikle lepra lezyonlarında yaygın kırmızı ton ve aynı zamanda gri mavi renk değişikliği yapabilir. Antimalaryal ilaçlar gri veya sarı renk değişiklikleri ile ilişkilidir.

Geçmeyen (sabit) ilaç döküntüleri sıklıkla tek bir lezyon olarak bazen de çok sayıda, aralıklı, kırmızımsı morumsu renkli, yuvarlak-oval eritematöz yamalar olarak gelişir. Sıklıkla oral mukozada veya genital bölgelerde görülmekle beraber gövdede de bulunabilir. Lezyonlar ödemli olabilir, vezikül ya da bül oluşturabilir. Neden olan ilaca yeniden maruz kalındığında lezyon aynen ilk çıktığı yerde saatler içinde yeniden gelişir.

Antikoagölan nekrozu, varfarin veya heparin kullanımının ilk 3-5 gününde gelişebilir. Tipik olarak tek bir ağırlı lezyon olarak başlar, sonra eriteme daha sonrada cilt nekrozu nedenli mavi siyah renge dönüşür. Lezyonun sınırları oldukça nettir. Sıklıkla subkutan yağ içeriği fazla olan kalçalar, uyluk bölgesi ve göğüslerde görülür. Yüksek dozda kullanım, obezite, kadın cinsiyet ve protein C, S, veya antitrombin 3 eksikliği bilinen risk faktörleridir.

Bazı ilaçlar, pemfigus veya büllöz pemfigoidden zor ayırımı yapılan vezikülobüllöz döküntülere neden olabilir. Penisilamin, kaptopril, sülfalar ve tiol grubu ilaçlar kabartılı döküntülere neden olabilir. Psödoporfiria benzeri reaksiyon gibi gergin küçük kabartılar ve veziküller; furasemid, NSAİİ, tetrasiklin ve penisilamin maruziyeti sonrası kolların ekstensör yüzünde ve ellerin dorsalinde görülebilir.

DRESS ve eritema multiforme, Stevens-Johnson sendromu, toksik epidermal nekrolizis sıklıkla aromatik aminler, fenitoin, karbamazepin, fenobarbital ve sülfonamidler nedeniyle olur.

Tanı için; enfeksiyonların tetiklediği döküntüler dışlandıktan sonra reçeteli, reçetesiz alınan tüm ilaçlar sorgulanmalıdır. İlaça maruziyet ile döküntü zamanı mutlaka not alınmalıdır. İlaçla daha önce bir karşılaşma, başka ilaçlarla olan yan etki öyküsü yararlı olabilir. Döküntünün özelliği ile ilişkili olabilecek ilaçların klinik ortak özellikleri ilaç başvuru kılavuzunda bulunabilir. Reaksiyonun tipini

belirlemede biyopsi fayda sağlayabilir ancak döküntüye neden olan özgün ajan hakkında bilgi vermeyecektir.

Tedavi; şüpheli ilacın kesilmesidir. Hasta çoklu ilaç kullanıyorsa gereksiz olanlarının kullanımı engellenmelidir. Düşük dozlarda bile tekrar maruziyet, reaksiyonun daha da hızlı olarak tekrarlanmasına yol açar. Oral antihistaminikler kaşıntıyı rahatlatmada kullanılabilir. Ciddi semptomları olanlarda topikal ya da oral steroidler eklenebilir. Hastalar ileri tetkikler (deri testleri, antikonvülzan lenfositotoksisite çalışmaları) için dermatoloji polikliniklerine yönlendirilebilir.

2.3.4. Eozinofili ve Sistemik Semptomların Eşlik Ettiği İlaç Döküntüsü Sendromu (DRESS)

DRESS (Drug Reaction With Eosinophilia and Systemic Symptoms), ilk olarak 1996'da Bocquet ve arkadaşları (13) tarafından tanımlanan, ciddi seyredebilen bir akut ilaç reaksiyonudur. DRESS'e en sık neden olan ilaçlar antikonvülzanlar, sülfonamidler, dapson, allopurinol, minosiklin ve altın tuzlarıdır (13, 14). DRESS, ilaç tedavisinin başlangıcından itibaren 8 hafta içinde oluşan ciddi reaksiyonlardır. Ayrıca NSAİİ, antiretroviral ilaçlar, ACE-İ, kalsiyum kanal blokerleri ve diğer bazı antibiyotikler de DRESS'e neden olabilir (15).

DRESS sendromunun patofizyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte neden olan ilaçların detoksifikasyonunun yetersizliği, immünolojik nedenler ve human herpesvirus 6 (HHV6) gibi infeksiyöz nedenler olabilir (16). DRESS'de genetik bir yatkınlık olduğu da düşünülmektedir (15). Bu yüzden tanı alan hastalara bu hastalığın aile bireylerinde de çıkabileceği bilgisi verilmelidir.

Ateş, döküntü, karaciğer-böbrek gibi iç organ tutulumu, hematolojik sistem tutulumu DRESS'in sık gözlenen bulgularındandır (15). Sıklıkla ateş ve döküntü sendromun başlangıç bulgusudur. Lenfadenopati eşlik edebilir. Deri bulguları yaygın makülopapüler döküntüden eritrodermiye, hatta vezikülobüllöz döküntülere kadar değişir. Daha az sıklıkla toksik epidermal nekroz, Stevens-Johnson sendromu ve eritema multiforme görülür.

Eozinofili hastaların %30'unda görülür. Karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri anormal değerlerde saptanabilir. Nadiren *prokalsitonin* yüksekliği bu sendromlu hastalarda görülebilir ve hastalığın doğasında ateş de olduğu için hastaların sepsis tablosunda olduğu zannedilebilir (17). Klinik prezentasyon değişken olduğu için erken tanı koymak zordur ve yüksek klinik şüphe gerektirir. Şüphelenilen ilaç hemen kesilmeli; ciddi olgularda sistemik steroidler başlanmalı (hepatit, yaygın eksfoliyatif dermatit); antipiretik ve kaşıntı önleyici ilaçlar gibi destek tedavi verilmek üzere hastaneye yatırılmalıdır (18).

2.3.5. Stevens-Johnson Sendromu ve Toksik Epidermal Nekrolizis

SJS ve TEN; epiderminin yaygın nekrozu ve ayrılması ile karakterize, hayatı akut olarak tehdit eden mukokutanöz reaksiyonlardan oluşan birbiri ile yakın ilişkili bir grup hastalığı tanımlamak için kullanılır. Aslında vücut yüzeyinin tutulum yüzdesine göre farklı olarak adlandırılan aynı hastalığın varyantıdır. Epidermal ayrılma, vücut yüzeyinin %10'undan azını tutmaktaysa SJS, %30'dan fazlasını tutmaktaysa TEN olarak adlandırılır. %10-%30 arasındaki tutulumda ise her iki hastalığın üst üste binmesinden bahsedilir.

Herhangi bir yaşta görülebilir. Ancak en sık 40 yaş üstü yetişkin hastalarda görülmektedir. Kadınlarda daha yüksek insidans mevcuttur ve erkek:kadın oranı yaklaşık 0.6'dır (19). SJS'nin insidansı yılda milyonda 1.2-6 arasında değişirken; TEN'in insidansı yılda milyonda 0.4-1.2 arasındadır (20) Sistemik lupus eritematozus ve insan immün yetmezlik sendromu risk faktörleri arasındadır.

Etiyoloji sıklıkla net olmamakla birlikte ilaçlar en sık saptanan faktördür. Bu oran SJS'de %50 iken, TEN'de %80'e kadar çıkmaktadır. Çok sayıda ilaç etken olarak bildirilmişse de, en sık olarak sulfonamid grubu antibiyotikler, antikonvülzan ilaçlar, beta laktam grubu antibiyotikler, allopurinol, steroid olmayan antiinflamatuvar ilaçlar, nevirapin ve tiasetazon etken olarak saptanır. SJS'de ayrıca kimyasallar, *Mycoplasma pneumoniae*, viral enfeksiyonlar ve bağışıklanma diğer nedenler arasındadır.

Tam anlaşılamamış olsa da patogeneizde yabancı antijene (ilaca) yanıt olarak yaygın keratinosit apopitozisine neden olan sitotoksik immün reaksiyonun rol aldığı düşünülmektedir.

Hastaların en az yarısında 1-2 hafta süren prodromal belirtiler vardır (ateş, halsizlik, baş ağrısı, rinit, boğaz ağrısı, gözlerde kaşıntı, ağrı vb.). Cilt döküntüleri gelişmeden oluşan ciltte yaygın hassasiyet, yanma hissi şikâyeti dikkat edilmesi gereken önemli bir semptomdur. Üst solunum yolu enfeksiyonu ile karışabilen bu belirtileri genellikle 1-3 gün içinde mukokutanöz tutulum izler. Tutulum en başta sadece gözleri, burunu, ağız ve genital bölgeleri içerirken sonra gittikçe yaygınlaşır.

Cilt lezyonları çeşitlilik gösterir. Her ikisi de maküler ve hedef benzeri lezyonlar ile başlayabilir. Ancak TEN olgularının yaklaşık %50'sinde bu lezyonlar görülmeden yaygın eritem ile başlayıp ani gelişen epidermal nekroz ve ayrılma ile tablo ilerler. Büller, epidermis ve dermis arasında oluşur ve yaygın tabakalar halinde epidermis ayrılarak dermisi korunmasız olarak açıkta bırakır. Bu tablo çok ciddi olgularda 24 saat içinde, bazen de 15 gün gibi daha uzun bir süre içinde gelişebilir.

Ağız etrafındaki büller ve eroziv lezyonlar hastanın oral alımını engelleyebilir. Oküler komplikasyonlar; pürülan konjunktiviti, ağrılı erozyonları ve körlük gelişmesini içerir. Anogenital lezyonlar sıklıkla görülür. Gastrointestinal, üriner ve solunum yolları tutulan diğer mukozal membranlara örnektir.

TEN'de mortaliteye neden olan en önemli 2 komplikasyon, enfeksiyon ve elektrolit dengesizliği ile birlikte olan hipovolemidir. Stafilokok ve pseudomonas türlerinin baskın olduğu geniş bir patojen yelpazesi enfeksiyondan sorumludur. Mortalite sıklığı hastalığın vücut yüzeyi tutulumu ile doğru orantılı olarak artmakla beraber %25-%35 arasında değişmektedir (21). İleri yaş, idiyopatik neden, azotemi, hiperglisemi, lökopeni ve trombositopeni kötü prognoz ile ilişkilidir.

Tedavi; SJS veya TEN tanısı alan hastalar yoğun bakım ya da yanık ünitesine yatırılmalıdır. Solunum yolu epitelinin ayrılarak havayolu açıklığını tehlikeye atabileceği bilinmelidir. Pozisyonel drenaj önemlidir. Gerekli durumlarda (akut hipoksi) mekanik ventilasyon düşünülmelidir (22). Mevcut olan elektrolit dengesizliği ve hipovolemi hızlıca tedavi edilmelidir. Enfeksiyondan şüphe

ediliyorsa antibiyotik tedavisi agresif olarak başlanmalıdır, ancak başlangıç tedavisi olarak rutin önerilmemektedir. Uygun yara pansumanı yapılmalıdır. Erken dönemde göz belirtileri değerlendirilip gerekli önlemler alınmalıdır. Bu konuda öncelikle deneyimi olan bir göz hastalıkları uzmanından yardım istenmelidir.

Sistemik tedavide steroid ve IVIG tedavisi kullanılabilmektedir. Ancak hastalığın özelliği nedeniyle geniş serili, karşılaştırmalı, kanıt düzeyi yüksek olan çalışmalar yapılamamaktadır. Etkinliği bilinmeyen bu tedavilerin, uygulanıp uygulanmaması halen tartışmalı olan bir konudur (22).

2.3.6. Böcek ısırıkları

Böcek ısırıkları hafif bir rahatsızlık hissine neden olabileceği gibi böceklerin taşıyıcı olduğu hastalıkların bulaşmasından ciddi alerjik reaksiyonlara kadar önemli problemlere neden olabilir. Sivrisinek, kene, sinek, öpüşen böcek, kum sineği ve pire sık olarak insanları ısiran artropodlardandır (23).

Isırıklar lokal reaksiyonlara, papüller ürtikere ve sistemik alerjik reaksiyonlara neden olabilir. Nadiren serum hastalığına neden olabilir (24).

Tedavi; genel olarak ısırık bölgesinin sabunlu su ile yıkanması, soğuk uygulanması, bazı durumlarda kaşıntının giderilmesi için topikal kremlerin kullanılmasını içerir. Uygun hastalara tetanoz profilaksisi yapılır. Isırık sonucu oluşan reaksiyona göre tedavi planlanır. Gereklik halinde H1 ve H2 antihistaminik ilaçlar kullanılabilir. Anafilaksi durumunda, anafilaksi tedavisi agresif olarak başlanmalıdır.

3. HASTALAR VE YÖNTEM

Çalışmamızın gerçekleştirilmesi için Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Başhekimliğinden veri kullanma izni ve Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'nun 18.05.2016 tarih ve 288 sayı no'lu kararı ile izin alınmıştır. 2015 yılında 6 ay boyunca hasta kayıtları geriye dönük olarak taranarak tanımlayıcı bir çalışma yapılması planlanmıştır.

01.01.2015 ile 30.06.2015 tarihleri arasında Antalya ilinde, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Acil Servisine başvuran, dermatolojik yakınması olan 18 yaş ve üzeri 859 erişkin hasta geriye dönük olarak değerlendirildi.

Hasta seçimi: Kaşıntı, kızarıklık, boğazda şişme ve nefes darlığı, acil servise sık başvurma olasılığı olan dermatolojik yakınmalar olarak belirlendi. Acil serviste çalışmakta olan acil servis asistan hekimlerine bu yakınmalarla başvuran hastalarda International Code of Disease-10 (ICD-10) kodu olarak en çok neleri kullandıkları soruldu. Bu ön sorgulama sonucunda belirlenen kodlar, hastanemizin elektronik dosya saklama sisteminde bulunan çıkış tanısı bölümüne girilerek hastalara ulaşıldı. Çıkış tanılarında ICD-10 tanısı olarak L50 (ürtiker), T78.2 (anafilaksik şok), T78.3 (anjionörotik ödem), T78.4 (alerji), L29 (kaşıntı), L50.8 (ürtiker, diğer), L50.9 (ürtiker tanımlanmamış), R21 (kızarıklık ve diğer tanımlanmamış deri döküntüsü), girilmiş olan hastalar bulundu. Ardından belirlenen bu hastaların elektronik ortamdaki dosya verileri tek tek incelenerek hastalarla ilgili demografik verilere, anamnez, fizik muayene, konsültasyon bilgilerine, hastaların acil servis yönetimi ve son tanılarına ulaşıldı. Asistan hekimlerle yapılan görüşmelerde, SGK'nın faturalama sürecindeki sorunlar nedeniyle antibiyotik reçete edilebilmesi ya da hastada laboratuvar testlerinin çalışabilmesi için ICD-10 tanı kodu olarak selülit (L50) kodu girilebildiği öğrenildi. Geriye dönük yöntem nedeniyle gerçek çıkış tanısı selülit olan hastalarla, bahsi geçen nedenden dolayı gerçek dışı olarak selülit tanısı girilen bu hastaların ayrımının yapılamayacağı ve bunun çalışmanın güvenilirliğini azaltacağı endişesiyle selülit ve diğer enfeksiyöz cilt hastalıkları çalışmaya dahil edilmedi.

Hastaların dosya kayıtları incelenerek, yaş, cinsiyet, başvuru nedenleri, başvuru ayı ve saatleri, triaj kategorisi, konsültasyon istemi, konsültasyon sonucunda yatırılma ve taburcu edilme durumları çalışma formuna kaydedildi. Sistemdeki diğer başvurularına bakılarak hastaların poliklinik kontrolüne gidip gitmediği ve acil servise 5 gün içerisinde tekrar başvurularının olup olmadığı bilgileri de elde edildi. Dosyada kayıtlı olan anamneze göre ayrıca hastanın acil servisimize başvurmadan önce dış merkez başvurusu olup olmadığı da kayıt edildi.

Başvuru şikâyetleri; kaşıntı, kızarıklık, kaşıntılı kızarıklık, boğazda şişlik ve nefes darlığı, böcek ısırığı olmak üzere 5 gruba ayrıldı. Başvuru saatleri ise 08:00-17:00, 17:00-00:00 ve 00:00-08:00 olmak üzere 3 grupta incelendi.

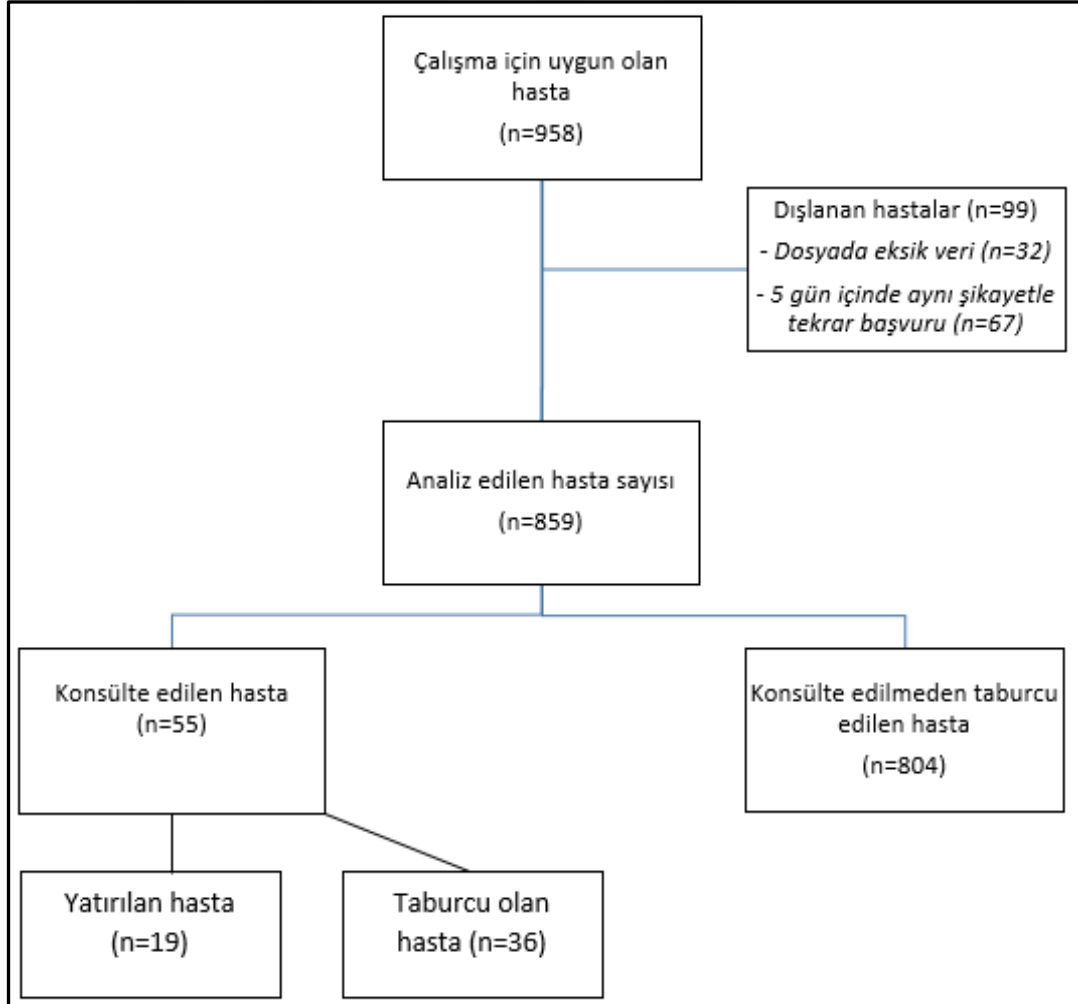
Hastanenin elektronik dosyalama programının üçlü triaj sistemi kullanması nedeniyle triaj; yeşil (acil değil), sarı (az acil), kırmızı (çok acil) olarak sınıflandırıldı.

Belirlenen ICD-10 kodlarının taranması ile ürtiker, ilaç döküntüsü, anjioödem, anafilaksi, gebeliğin ürtikeryal papül ve plakları, DRESS, Stevens-Johnson Sendromu son tanılarına ulaşıldı. Bu tanılar ürtiker ve/veya ilaç döküntüsü, anjioödem ve anafilaksi, gebeliğin ürtikeryal papül ve plakları ve diğerleri (DRESS, Stevens-Johnson Sendromu) olarak 4 gruba ayrıldı. Hastaların incelenen dosya bilgilerinde kesin nedenin ne olduğu belirtilmediği için, DRESS ve SJS her ne kadar sıklıkla ilaca bağlı oluşsalar da diğer olarak gruplandı. Yine dosya notlarından kesin etyoloji her hastada belirlenemediğinden ve ayırım yapılamadığından olası ilaç döküntüleri de ürtiker tanısı ile birleştirildi. Acil serviste konsültasyon yapıp yapılmadığı not edildi, hasta bakımının sonuçlandırılma şekli “taburculuk” veya “yatış” olarak belirlendi.

Elde edilen tüm verileri değerlendirmede “IBM SPSS Statistics” sürüm 20 paket programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler, ortalama $\pm$ standart sapma ve yüzde olarak belirlendi. Non-parametrik değerlerin karşılaştırılmasında Pearson ki-kare testi kullanıldı. İstatistiksel olarak $p < 0.05$ değeri anlamlı kabul edildi.

4. BULGULAR

Belirlenen 6 aylık dönem içinde acil servise toplam 50622 hasta başvurusu olduğu saptandı. Bu hastaların 958'inin (%1.89) çalışma kriterlerimize uygun olan dermatolojik yakınmalarla başvurduğu görüldü. Dosya kayıtlarında çalışma için öngörülen verileri eksik olan ve 5 gün içinde tekrar başvurusu olan hastaların tekrar başvuru kayıtlarının çıkarılmasıyla kalan 859 hasta üzerinden istatistiksel analizler yapıldı (Şekil 4.1). Bu hastaların 511'i (%59.5) kadın ve 348'i (%40.5) erkekti ve hastaların yaş ortalaması 39.03 ± 15 yılı (minimum-maksimum: 18-89 yaş). Hastalarda erkek/kadın oranı 0.68 olarak saptandı (Tablo 4.1).



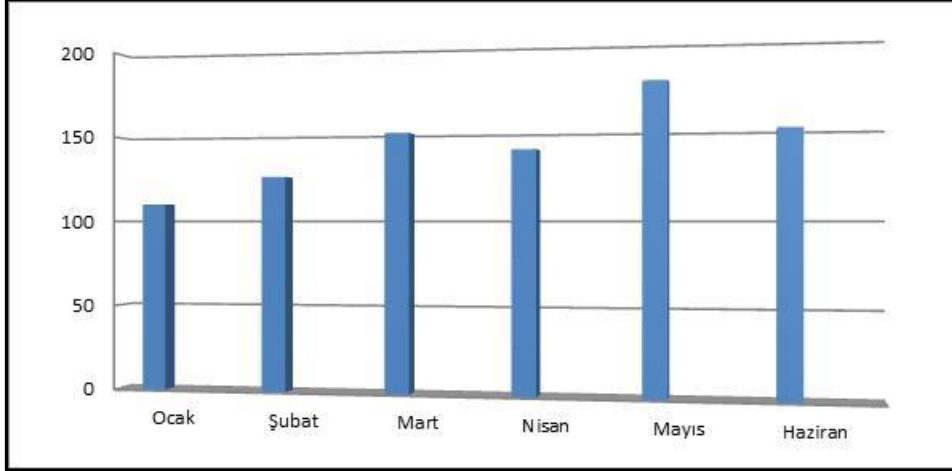
Şekil 4.1. Hasta akış şeması.

Tablo 4.1. Hastaların demografik özellikleri.

	Sayı	Yüzde	Ortalama yaş (yıl)
Kadın	511	59.5	38.68±14.7
Erkek	348	40.5	39.55±15.4
Toplam	859	100	39.03±15.029

Hasta başvurularının aylara göre dağılımlarına bakıldığında; Ocak ayında 110 (%12.8), Şubat ayında 126 (%14.7), Mart ayında 151 (%17.6), Nisan ayında 141 (%16.4), Mayıs ayında 179 (%20.8) ve Haziran ayında 152 (%17.7) hastanın acil servise başvurduğu saptandı (Tablo 4.2). Başvuru saatleri ise 08:00-17:00 (grup 1), 17:00-00:00 (Grup 2) ve 00:00-08:00 (Grup 3) olmak üzere 3 grupta incelendi. Hastaların 394'ünün (%45.9) 1.grup, 312'sinin (%36.3) 2.grup, 153'ünün ise 3.grup saat aralığında başvurduğu görüldü.

Tablo 4.2. Başvuru sayısının aylara göre dağılımları.



Hastaların acil servise başvuru nedenlerine bakıldığında, ilk sırada 437 hastada (%50.9) kaşıntılı kızamık döküntü şikayeti bulunurken, ikinci sırada 145 hastada bulunan (%16.9) ciltte kızarıklık şikayeti yer almaktaydı. Diğer nedenler ise azalan sıklığa göre, boğazda şişlik ve nefes darlığı (%15.0), ciltte kaşıntı (%14.8) ve böcek

ısırtığı (%2.4) idi. Böcek ısırtığı şikayeti ile hastaların özellikle mayıs ve haziran ayında saat 17:00-08:00 aralığında başvurduğu görüldü.

Triaj kategorisi kırmızı olan 2 (%0.2) hasta, sarı olan 848 (%98.8) hasta, yeşil olan 9 (%1) hasta bulunmaktaydı.

Tüm hastaların 804'ü (%93.6) acil serviste yapılan değerlendirme sonucunda acil hekiminin önerdiği ayaktan tedavi ile taburcu edilirken, 55 hasta için (%6.4) hastanın klinik durumu ile ilgili olan anabilim dalından konsültasyon istendiği saptandı (Dermatoloji, Dahiliye veya Kulak, Burun ve Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı). 19 hastanın (çalışmamıza alınan dermatolojik yakınmaları olan hastaların %2.2'si; konsülte edilenlerin %34.5'i) hastaneye yatışının yapıldığı görüldü. Yatan hastaların cinsiyetleri arasında anlamlı bir farklılık ($p=0.277$) bulunmadı.

Hastaların anamnezinden alınan ve dosyalama sistemine kayıt edilen bilgilere göre 58 hastanın (%6.8) acil servisimize başvuru öncesi başka bir dış merkez tarafından değerlendirildiği tespit edildi. Acil serviste yapılan değerlendirme sonucunda bu hastalardan 48'inin (%82.2) tedavisi düzenlenerek taburcu edildiği, 10'unun (%17.2) ise konsülte edildiği saptandı. Dış merkezden yönlendirilmiş olan hastaların anlamlı olarak ($p=0.002$) daha çok konsülte edildiği ve daha fazla ilgili kliniğe yatış yapıldığı ($p=0.034$) görüldü.

Son tanılara göre en sık görülen tanı grubu ürtiker ve ilaç döküntüsü iken bunu anjioödem ve anafilaksi grubu takip etti. Tanılara göre hasta sayılarının dağılımları Tablo 4.3'de gösterilmektedir. Son tanısı “diğer” olarak gruplanan (DRESS ve Stevens Johnson Sendromu olan toplam 3 hasta) hastaların hepsinin konsülte edildiği ve bunların 2'sinin yatırıldığı görüldü. Son tanısı anjioödem ve anafilaksi olan hastaların, ürtiker ve ilaç döküntüsü tanısı alan hastalara göre anlamlı olarak ($p=0.025$) daha çok konsülte edildiği ve kliniğe yatırıldığı ($p=0.004$) saptandı.

Konsülte edilen 24 hastanın, acil servise 08:00-17:00 arasında, 24 hastanın 17:00-00:00 arasında, 7 hastanın ise 24:00-08:00 arasında başvurduğu ve başvuru saatleri ile konsültasyon istemi arasında anlamlı bir farklılık ($p=0.41$) olmadığı saptandı.

Tablo 4.3. Son tanılara göre hasta sayıları.

	Sayı	Yüzde (%)
Ürtiker ve ilaç döküntüsü	726	84.5
Anjioödem ve anafilaksi	124	14.4
KÜPGP*	6	0.7
Diğer (DRESS, SJS)	3	0.3
Toplam	859	100

Kısaltmalar: KÜPGP: kaşıntılı ürtikeryal papüller ve gebelik plakları

Konsülte edilmeden acil servisten ayaktan tedavi ile taburcu edilen hastalardan 122'sinin (%15.2) üniversitemize bağlı ilgili poliklinik kontrolüne gittiği, 682'sinin (%84.8) ise gitmediği görüldü. Konsülte edilen hastaların poliklinik kontrolüne anlamlı olarak ($p=0.018$) daha çok gittiği saptandı.

Acil servise ilk başvuru sayılmamak üzere 5 gün içerisinde aynı şikayetler ile başvuran toplam 55 hastadan; 46'sının 1 kere, 7'sinin 2 kere, 1'inin 3 kere ve 1'inin de 4 kere acil servise başvurduğu görüldü. Tekrarlayan başvurusu olan hastalar ile acil servise tek başvurusu olan hastalar arasında konsültasyon istenme sıklığı açısından anlamlı bir farklılık ($p=0.389$) saptanmadı.

5. TARTIŞMA

Dermatolojik aciller arasında ürtiker-anjiyoödem, toksik epidermal nekroliz, eritrodermiler ve nekrotizan selülitler gibi yaşamı tehdit edebilecek hastalıklar yer almaktadır (25). Acil servise başvuran hastalarda dermatolojik problemler sıkça görülmesine rağmen bu konu üzerinde ülkemizde detaylı çalışmalar yok denecek kadar azdır. Acil serviste hastalara ilk müdahaleleri acil hekimleri veya pratisyen hekimler yapmaktadır.

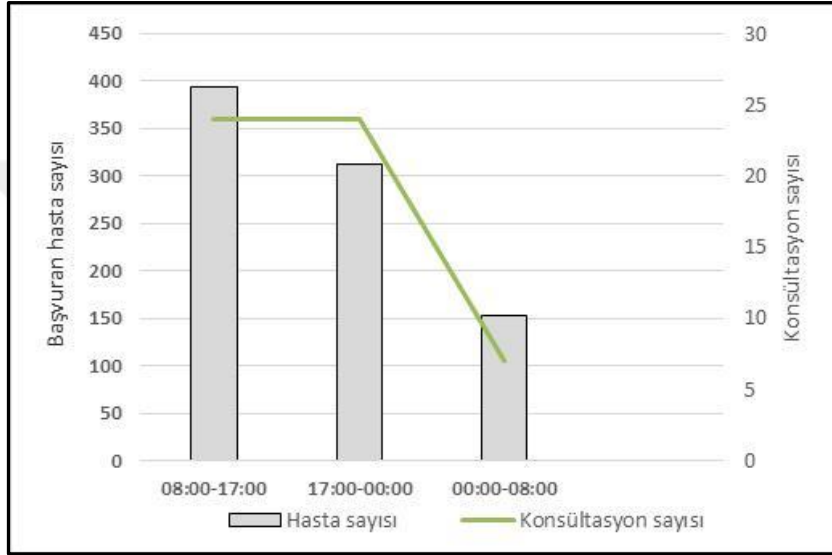
Trott ve ark.'larının Philadelphia'da yaptığı bir çalışmada acil servis başvurularının %5-8'inin cilt kaynaklı şikayetlerden oluştuğu saptanmıştır (26). Bu oran Martinez ve ark.'larının 3662 hasta ile yaptığı çalışmada %2.59, çalışmamızda ise biraz daha düşük olarak %1.89 saptandı (27). Farklı sonuçların nedeninin, bizim çalışmamızda dahil edilmemiş olan cilt kaynaklı tümörler, cilt tutulumlu vaskülit ile selülit ve erizipel gibi enfeksiyon kaynaklı cilt hastalıklarının olduğu düşünülmektedir.

Rubegni ve ark.'larının acil servise gelen dermatolojik yakınmaları olan 12226 hasta ile geriye dönük olarak yaptıkları bir çalışmada; erkek ve kadın hastaların oranı 0.85 olarak saptanmıştır (28). Grillo ve ark.'larının İspanya'da 861 hasta ile yaptığı başka bir çalışmada bu oran 0.71 iken çalışmamızda 0.68 olarak bulundu (29).

Drago ve ark.'larının İtalya'da 3 yıl boyunca yaptığı bir prospektif çalışmada acil serviste takip ettikleri dermatolojik şikayeti olan 372 hastanın ortalama yaşı 51 ± 17 yıl iken, çalışmamızda 39.03 ± 15 yıldır (30). Bu farkın oluşmasının nedeni Avrupa'ya göre daha genç bir nüfusa sahip olmamız olabilir. Dertlioğlu ve ark.'larının Elazığ ilinde yaptıkları çalışmada ortalama yaş $41,66 \pm 16$ yıl olarak çalışmamızla benzer bulunmuştur (25). Drago ve ark.'larının yaptığı çalışmada ayrıca acil servise dermatolojik yakınma ile başvuru sayısının özellikle Mayıs ayında pik yaptığı saptanmıştır (30). 6 ay boyunca elde ettiğimiz veriler doğrultusunda, aylara göre başvuruların sayılarının dağılımı arasında anlamlı bir fark gözlenmese de Mayıs ayı için benzer durum çalışmamızda da görülmektedir (Tablo 4.2).

Dermatolojik yakınma ile acil servise başvuran hastaların saatlere göre dağılımı ile ilgili literatürde bir bilgi bulunamadı. Çalışmamızda elde ettiğimiz veriler Tablo 5.1’de gösterilmiştir.

Tablo 5.1. Saatlere göre başvuran hasta ve yapılan konsültasyon sayısı.



Çalışmamızda hastaların %45.9’unun saat 08:00-17:00 arasında acil servise başvurduğu görüldü. Bu saatlerde poliklinikler açıktır. Hastalar, poliklinikte ilgili uzman hekimlere muayene olmak yerine neden acil servisi seçmektedir? (31, 32). Birçok araştırmacı bu sorunun yanıtını bulmaya çalışmıştır (33, 34). Durand ve ark.’larının Fransa’da 2006 yılında 10 acil serviste, acil olmayan hastalar olarak nitelendirilmiş olan 87 hasta ile yaptıkları bir çalışmada ulaştıkları sonuçlar şu şekilde özetlenebilir: Hastalar sıkıntılarının ciddi olmadığını biliyor ancak ağrı ya da rahatsızlık hissi olması dolayısıyla endişe duyuyor. Poliklinikten yakın zamana randevu alamayacağını biliyor ve endişelerinin geçirilmesi için o kadar beklemek istemiyor. Ayrıca birden fazla şikayeti mevcut olan hastalar polikliniklerde dolaşarak vakit kaybetmek istemiyor, yerine çalışmada da saptanan, hastaların kendi ifadeleri ile tanımladıkları “herşeyin bir yerde toplandığı, hekimlerin işleri hızlı yürüttüğü” acil servisleri seçiyor. Toplumun çalışan kesimi ise çalışma saatleri içerisinde

polikliniklere gidemiyor. Mesai saati sonrasında sağlık hizmetine ulaşabilecekleri tek yer acil servis oluyor (35). Bu durum, çalışmamızda da saptandığı üzere hastaların %36.3 gibi bir oranının 17:00-00:00 saatleri arasında başvurma nedenlerinden biri olabilir. Çalışmamızda beklenildiği üzere 00:00-08:00 saatleri arasında başvuran hasta sayısı diğer saat dilimlerine göre azalmaktadır. Bu saatlerde sadece gerçekten acil olguların başvuracağı düşünülebilir ancak çalışmamızda bu saat diliminde konsültasyon isteme ve kliniğe yatırılma sıklığının beklenenin tersine anlamlı olarak ($p=0.41$) fark yaratmadığı görüldü. Hastalar belirtilen bu saatlerde de gerçek acil olmayan şikayetler ile başvurmaktadır.

Çalışmamızda başvuru şikayetleri kaşıntılı kızarık döküntü, boğazda şişlik ve nefes darlığı, kaşınma, böcek ısırđı olarak 4 grupta incelendi. Dertlioğlu ve ark.'larının yaptıkları çalışmada başvuru şikayetleri arasında en sık %66.8 ile kaşıntılı döküntü yer almıştır (25). Bunu ağrılı şişlik, döküntü ve nefes darlığı takip etmiştir. Grillo ve ark.'larının yaptıkları 2 aylık bir çalışmada en sık başvuru yakınması %38.1 oranla “kaşınma” olarak saptanmıştır (29). Çalışmamızda bu oran %14.8 olarak bulundu. Grillo ve ark.'larının yaptığı çalışmada enfeksiyöz cilt hastalıkları da çalışmaya dahil edilmiştir ve tanılar içinde en sık görünmektedir. Enfeksiyöz cilt hastalıklarının bazılarını kaşıntılı olabileceği düşünüldüğünde kaşınma şikayeti oranının yüksek bulunması pek de şaşırtıcı değildir. Ayrıca alışmamızda kaşınma ile kaşıntılı kızarık döküntünün farklı 2 grup halinde incelenmesinden dolayı da bir miktar göreceli olarak daha az bulunmuş olabilir. Zira iki grubun toplamı bu oranlara yaklaşmaktadır.

Triaj kategorisi kırmızı olan 2 (%0.2) hasta, sarı olan 848 (%98.8) hasta, yeşil olan 9 (%1) hasta bulundu. Ancak bu verilerin elde edildiği dönemde elektronik dosyalama sistemi otomatik olarak, damar yolu açılan tüm hastaların triaj kategorisini sarı alan atamaktaydı. Çalışmamızda rtiker ve anjioödem tanılarına sık rastlanıldı. Gerçek sarı alanda olan hastaların yanı sıra, bazı hastaların şikayetlerini rahatlatmak için damar yolu vasıtasıyla ilaç uygulandığı bu nedenle sistem tarafından sarı alan kategorisine atandığı görüldü. Triaj kategorisi sarı alan olan hastaların bu nedenle fazla bulunduğu dşnld.

Rubegni ve ark.'larının geriye dönük olarak yaptıkları 6 senelik çalışmada dermatolojik yakınmalar ile acil servise başvuran tüm hastaların %2.1'i kliniğe yatırılmıştır (28). Bu oran Grillo ve ark.'larının yaptığı çalışmada %2 olarak saptanmıştır (29). Çalışmamız sonucunda %2.2 ile bu çalışmalara benzer bir oran bulundu.

Jack ve ark.'larının acil servisten istenilen toplam 204 dermatoloji konsültasyonunun değerlendirilmesi üzerine geriye dönük olarak yaptıkları çalışmada konsülte edilen hastaların %18'ine yatış verildiğini görmüşlerdir. Hastaların yakın zamanda poliklinikte görülememesi (ortalama bekleme süresi 33 gün) araştırmacılara göre, hekimleri acil olmayan olarak değerlendirilen konsültasyonları (%82) istemeye zorlamıştır. Ayrıca aynı çalışmada, hastaların cilt semptomu nedeniyle önceden başlanmış olan tedaviye yanıt alamaması sonucu tekrarlayan başvuru yapması da benzer nedenden dolayı hekimlerin söz konusu acil olmayan konsültasyonları istemelerine neden olduğunu saptanmışlardır (36). Çalışmamızda tekrarlayan başvurusu olan hastalar ile acil servise tek başvurusu olan hastalar arasında konsültasyon istenme sıklığı açısından anlamlı bir farklılık ($p=0.389$) saptanmadı. Bu duruma hastanemiz polikliniklerinde daha yakın döneme randevu verilmesi neden olabilir.

Çalışmamızda yapılan konsültasyonların %34.5'i kliniğe yatış ile sonlandı. Çalışmamızda saptadığımız acil olmayan yani kliniğe yatırılma ile sonuçlanmayan konsültasyon oranı %65.5'tir ve bu oran, Jack ve ark.'larının saptadığı %82'ye göre oldukça iyi bir sonuçtur. Ancak Jack ve ark.'larının yaptığı çalışmada enfeksiyöz cilt hastalıkları (selülit ve zona zoster vb.) ile vaskülitlerin cilt tutulumları gibi çalışmamızda dahil olmayan tanılar da mevcuttur(36). Çalışmamızda saptanan en sık tanıların ürtiker ve anjioödem olduğu; anjioödem tanılı yakın takip gereken hastaların kliniğe yatırıldığı düşünüldüğünde gerçek acil olan konsültasyon oranının neden diğer çalışmalara göre daha yüksek bulunduğu anlaşılabılır. Çalışmamızda son tanısı anjioödem ve anafilaksi olan hastaların, ürtiker veya ilaç döküntüsü olan hastalara göre anlamlı olarak daha çok konsülte edildiği ($p=0.025$) ve kliniğe yatırıldığı ($p=0.004$) görüldü. Ayrıca son tanısı DRESS ve SJS olan 3 hastanın

tümünün konsülte edildiği görüldü. Bu hastalıklar ciddi mortalite ve morbiditeye neden olmaktadır. Yakın takip ve tedavi gerektirir.

Grillo ve ark.'larının 2012'de İspanya'da 3.basamak eğitim hastanesinde yaptıkları 2 aylık (Ağustos-Eylül) prospektif çalışmaya 861 hasta dahil edilmiştir. Hastaların %43.2'si başka bir hekim (aile hekimliği, özel çalışan dermatologlar ve diğer uzmanlık dallarının hekimleri) tarafından yönlendirilmiştir. Aile hekimlerince yönlendirilen hastalar arasında en sık tanı ürtiker iken, diğer uzmanlık dalları hekimlerince yönlendirilen hastalar arasında en sık tanının ilaç döküntüsü olduğu görülmüştür (29). Çalışmamızda saptadığımız verilere göre acile dermatolojik şikayetler ile başvuran hastaların %6.8'i dış merkezden yönlendirildi. Bu sayı oldukça az görünmektedir. Bu durum; İspanya'da birinci basamak sağlık hizmetlerinin iyi çalışması ve yönlendirmenin iyi yapıyor olması, hastaların çeşitli nedenlerle bu bilgiyi saklıyor olması veyahut dosyalama konusunda yaşamış olabileceğimiz veri kaybı nedeniyle gerçekleşmiş olabilir. Yönlendirmeyi yapan hekim hakkındaki (uzman, aile hekimi vb.) bilgiye kayıtlardan ulaşılamadı. Yönlendirilen olgular içinde en sık tanılar Grillo ve ark.'larının çalışmasına benzer şekilde ürtiker, ilaç döküntüsü ve anjioödemdi. Çalışmamızda, dış merkezden yönlendirilen hastaların %82.2'si tedavisi düzenlenerek taburcu edilirken kalanların konsülte edildiği görüldü. Bu popülasyonda nispeten az hasta konsülte ediliyor gibi gözükse de tüm konsültasyon istemleri ile oranlandığında dış merkezden yönlendirilmiş olan hastaların anlamlı olarak ($p=0.002$) daha çok konsülte edildiği ve kliniğe yatırıldığı ($p=0.034$) görüldü. Bu durumun olası nedeni, hastanemizin 3.basamak sağlık kurumu olması nedeniyle çevre merkezlerden daha ciddi olguların yönlendirilmesi olabilir.

Adışen ve ark.'larının 269 hasta ile yaptıkları 6 aylık bir çalışmada acil servisten istenilen konsültasyonların %55'inin ürtiker, ilaç döküntüsü ve anjioödem nedeniyle yapıldığı bu konsültasyonların sadece %31'inin acil olduğunu saptamışlardır (37).

Özyurt ve ark.'larının 2011 yılında 112 acil sağlık hizmetlerini, dermatolojik şikayetlerle arayan ve gerçek acil olarak değerlendirilen 600 hasta ile Kayseri'de

yaptıkları bir çalışmada son tanıların %66'sının böcek ısırması, %21.8'inin yanık, %20'sinin akut ürtiker, %4.83'ünün kaşınma, %3'ünün cilt enfeksiyonu, %4.33'ünün arı ve akrep sokması olduğu görülmüştür (38). Çalışmamızda böcek ısırığı tanısının düşük olmasının nedeni Haziran ayı dışında kalan yaz aylarının dahil edilmemiş olması olabileceği gibi 3. basamak sağlık kurumu olmamız dolayısıyla hastaların bu şikayetler ile daha çok diğer sağlık kuruluşlarına başvurmaları olabilir.

Dertlioğlu ve ark.'larının 2 yıl boyunca Elazığ ilinde yaptıkları geriye dönük çalışmada dermatolojik hastalıklar içinde ilk üç sırayı ürtiker-anjiyoödem %57,4; deriye ait enfeksiyonları hastalıkları %12,1 ve diğerleri %9,7 oluşturmuştur (25).

Murr ve ark.'larının 500, Blaise ve ark.'larının 117, Legoupil ve ark.'larının 1270 ve Kiellberg ve ark.'larının 428 hasta ile yaptıkları araştırmalarda enfeksiyöz dermatozlar ve egzema tanıları sonrasında en sık olarak ürtiker tanısı saptanmıştır (39-42). Çalışmamızda cilt enfeksiyonları dahil edilmediğinden en sık tanımımız olan ürtiker ile önceki yapılan çalışmalara benzer sonuç elde ettiğimiz görülmektedir. Grillo ve ark.'larının yaptığı çalışmada da 131 ayrı tanı arasında, enfeksiyonlardan sonra en sık akut ürtiker vakaları saptanmıştır (29). Çalışmamızda son tanılar arasında dermatitler ve egzema tanılarının hiç yer almıyor oluşu muhtemelen geriye dönük çalışma olmasından kaynaklıdır. Başlangıçta sık kullanıldığı belirlenip tanımlanan ICD-10 kodları arasında olmaması bu hastaları çalışmaya alamamamıza yol açmış olabilir. Son tanılar arasında yer almıyor oluşu ise tanıların nonspesifik şikayet ya da yanlış olarak enfeksiyöz neden tanı koduyla kaydedilmiş olmasından kaynaklanıyor olabilir. Her iki durumda da acil serviste hiç dermatoz görmüyor olmamızdan ziyade, bu hastaların çalışma dışı kalmış olma olasılıkları daha yüksek gözükmektedir.

Konsülte edilen hastaların poliklinik kontrolüne anlamlı olarak ($p=0.018$) daha çok gittiği görüldü. Poliklinik kontrolüne giden hastaların yüzdesi, acil servisten konsülte edilmeyen hastalarda 15.2 iken; konsülte edilen hastalarda 27.3'tü. Ancak bu verilere, çalışmamızın yapıldığı hastanenin poliklinik kayıtlarından ulaşıldı. Hastalar dış merkezdeki bir acil servise, aile hekimine ya da ilgili polikliniğe başvurmuş olabilir.

Sonuç olarak, dermatoloji, başı başına bir uzmanlık dalıdır ve acil servis hekiminin bir dermatolog gibi hastaya yaklaşması beklenilemez. Ancak acil servis hekimi, acil olan dermatolojik patolojileri tanımak ve tedavisini bilmekle yükümlüdür. Bunun yanı sıra dermatolojik yakınması olan hastaların azımsanmayacak bir bölümünün çeşitli nedenlerle poliklinik yerine acil servislere geldiği de bir gerçektir. Bu sadece bizim ülkemizin değil dünya sağlık hizmetlerinin de yaşadığı bir sorundur. Acil olmayan hastaların, acil servis yerine polikliniklere yönlendirilmesi için bir takım çalışmalar yapılmakta ve sonuçlarına göre politikalar yürütülmektedir. Ancak toplumsal normların değiştirilmesi ne kadar güçse bu politikalar da meyvelerini yakın zamanda vermeyecektir. Bu durumda acil hekiminin, acil olarak müdahale edilmesi gereken dermatolojik patolojiler dışında en sık rastlanılan dermatolojik hastalıkları tanınması ve tedavilerini düzenleyecek bilgiye sahip olması gerektiği kaçınılmaz bir sonuçtur. Bu nedenle acil serviste sık görülen başvuru şikayetleri üzerinden bu tanıların saptanması ve acil serviste çalışan hekimlerin eğitim programının bulunan sonuçlara göre şekillendirilmesi düşünülebilir. Bizim çalışmamızın sonuçları göz önüne alındığında, ülkemiz için özellikle ürtiker ve ilaç döküntüleri ile ilgili derslere müfredatta daha fazla yer verilmesinin acil hekimlerinin eğitimine dolayısıyla hasta bakımına faydalı olacağı önerilebilir. Yine diğer çalışmalardan farklı olarak dermatozların çalışmamızda hiç son tanı olarak bulunmaması hekimlerin bunları tanımakta zorlandığını düşündürebilir. Bu konularda da tamamlayıcı eğitimler faydalı olabilir.

5.1. Kısıtlamalar

Çalışmamız geriye dönük olarak planlanmıştır. Bu tür çalışmalarda elde edilecek bilgiler dosya notlarına bağımlıdır bu nedenle sınırlı ve kısmen yetersiz kalmaktadır. İleri dönük çalışmalara göre kanıt düzeyi düşüktür. Çalışmamız 6 aylık bir dönemi kapsamaktadır. Bu nedenle şikayetlerin ve tanıların, mevsimsel ve diğer aylardaki dağılımı hakkında net yorum yapılması güçleşmektedir. Bu durum bazı hastalıklar için bias yaratmış olabilir. Örneğin böcek ısırıklarının sık görüldüğü yaz

aylarının çalışmamızda olmaması nispeten son tanı olarak daha az saptanmasına neden olmuş olabilir. Ayrıca son tanılardan ürtiker ve ilaç döküntüsü aynı grupta incelenmiştir. Çünkü dosyalar incelenirken net olarak ilaç döküntüsü tanısına konsültasyon notları dışında rastlanılmamıştır. Her iki tanının etiyopatogenezinde ortak olarak ilaçlar ile tetiklenebilmesinin rol alması nedeniyle aynı grupta incelenmiştir. Benzer durum anjioödem ve anafilaksi için de geçerlidir. Çalışma popülasyonu şikayet ve buna göre belirlenen sık kullanılan ICD-10 kodları aracılığıyla oluşturulduğu için farklı kod ile kayıt edilmiş başka dermatolojik tanısı olan hastalar çalışma dışında kalmış olabilir. Yine kodlamalardaki gerçek son tanıya güven sorunu nedeniyle selülit ve diğer enfeksiyöz nedenlerin çalışmaya dahil edilememesi de önemli bir kısıtlılıktır. İleri yönelik ve en az 1 senelik bir çalışma bu kısıtlılıkları giderebilir.

6. SONUÇLAR

1. Dermatolojik acillerimizin en büyük kısmını ürtiker ve ilaç döküntüsü grubunun oluşturduğunu belirledik. Anjioödem ve anafilaksi tanıları 2. sırada yer aldı.
2. Hastaların çoğu kadın hastalardan oluşmaktaydı ve yaş ortalaması 39 ± 15 yıldı.
3. Başvuru sayısının ve son tanıların aylara göre dağılımında anlamlı bir fark bulunamadı.
4. Hastaların nerdeyse yarısının polikliniklerin açık olduğu mesai saatleri içinde başvurduğu saptandı.
5. Kaşıntılı kızamık döküntü en sık başvuru yakınmasıydı.
6. Hastaların sadece %0.2'si kırmızı alan triaj kategorisiydi.
7. Hastaların çok büyük bir bölümü acil servisteki ilk değerlendirilmeleri sonucu ayaktan tedavileri planlanarak taburcu edildi.

7. ÖZET

Acil Servise Dermatolojik Yakınmalarla Başvuran Hastaların Analizi

Giriş ve Amaç: Tüm acil servis başvuru nedenlerinin %5-8'ini cilt hastalıkları oluşturmaktadır. Bu hastalıklar nadiren de olsa hayatı veya ekstremitayı tehdit edebilmektedir. Bu çalışmanın amacı, acil servise dermatolojik bir yakınma ile başvuran hastaların demografik özellikleri, son tanıları ve yatış oranları hakkında epidemiyolojik bilgiler elde etmektir.

Metotlar: Bu çalışma retrospektif kesitsel bir çalışma olup Ocak ve Haziran 2015 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Hastanesinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya acil servise kızarıklık, kaşıntı ile alerji nedenli gelişen boğazda şişlik ve nefes darlığı şikâyetleri ile başvuran 18 yaş ve üzerindeki hastalar dâhil edilmiştir. Hastaların yaş, cinsiyet, başvuru nedenleri, başvuru öncesinde başka bir sağlık merkezine gidip gitmediği, son tanıları, konsültasyon yapıp yapılmadığı ve yatış oranları bilgilerine, dermatolojik hastalık şikâyetlerine göre önceden belirlenmiş ICD-10 tanıları kullanılarak hastanenin elektronik dosya sistemi aracılığıyla ulaşıldı. Tüm veriler “IBM SPSS Statistics” programı 20. sürümü ile analiz edildi.

Bulgular: çalışma süresince acil servise başvuran 50622 hastadan 958'inin (%1.89), araştırma için belirlenen dermatolojik yakınmalarla başvurduğu görüldü. Çalışma dışı bırakılan 99 hastanın ardından istatistiksel değerlendirmeye alınan 859 hastanın, 511'i (%59.5) kadın, 348'i (%40.5) erkek ve yaş ortalaması 39.03±15 (18-89) idi. Sadece 2 hastanın (%0.2) triaj kategorisi acil olarak saptandı. Hastaların %45.9'unun polikliniklerin açık olduğu 08:00-17:00 saatleri arasında başvurduğu görüldü. En sık son tanıların ürtiker ve ilaç döküntüsü olduğu saptandı. Hastalardan 804'ü (%93.6) acil hekimi tarafından tedavisi düzenlenerek taburcu edilirken, sadece 55 (%6.4) hastanın diğer bölümlerle konsülte edildiği gözlemlendi. Konsülte edilen hastaların %34.5'inin hastaneye yatırıldı. Dış merkezden yönlendirilen hastaların anlamlı olarak ($p=0.002$) daha çok konsülte edildiği ve ilgili kliniklere daha yüksek

oranda yatırıldığı (p=0.034) saptandı. Acil servisten ayaktan tedavi ile taburcu edilen hastalardan 682'sinin (%84.8) dermatoloji poliklinik kontrolüne gitmediği görüldü.

Sonuç: Dermatolojik yakınmalı hastaların çeşitli nedenlerle poliklinikler yerine acil servislere başvurduğu bilinmektedir. Bu hastaların dermatoloji polikliniği kontrol başvuru oranlarının da düşük olması nedeniyle acil hekimlerinin, acil olmayan dermatolojik hastalıkları da tanınması ve konsültasyon endikasyonunu ile yatış gerekliliğini belirleyip tedavilerini düzenleyecek bilgiye sahip olması gerekmektedir. Çalışmamızın sonuçları göz önüne alındığında, ülkemiz için özellikle ürtiker ve ilaç döküntüleri hakkında acil servis hekimlerinin bilgi durumlarının artırılması uygun olabilir.

Anahtar kelimeler: Acil Servis, Dermatolojik Yakınmalar, Ürtiker, Konsültasyon.

8. ABSTRACT

The Analysis of Patients That Admit to Emergency Medicine with Dermatological Symptoms

Background and Objective: Dermatological diseases constitute 5-8% of all causes of emergency department applications. Also, these diseases rarely can threaten the extremity or life of a patient. Therefore, the aim of this study is to obtain epidemiologic information about demographic features, final diagnoses and admission rates of patients who applied to the emergency department for a dermatological complaint.

Methods: This retrospective cross-sectional study was conducted between January and June, 2015 in Akdeniz University Hospital. Patients over 18 years-of-age who applied to the emergency department with one of the complaints of rash, pruritus, and edema sensation in the throat and shortness of breath due to allergy were included in the study. Patient information about age, sex, chief complaints, other health center visits prior to the application, final diagnoses, referral for dermatology department and admission rates were obtained through a computerized database of the hospital by using ICD-10 codes that were specified prior to the study according to the chief complaints of dermatological diseases. The study data were analyzed by “IBM SPSS Statistics” version 20.

Results: In the study period, out of 50622, 958 (1.89%) patients applied to our ED for a dermatological complaint. 99 patients were excluded and 859 patients were included in the study. 511 (59.5%) patients were female and 348 (40.5%) patients were man. The mean age was 39.03 ± 15 (18-89). Considering all the applications, only two patients (0.2%) had a triage category as emergent. 45.9% of all patients applied to the ED between 08:00-17:00 hours when outpatient clinics were also open and servicing. The most frequent final diagnoses were urticaria and drug eruptions. Out of all patients, 804 (93.6%) were prescribed and discharged as outpatient by ED

physicians while only 55 (6.4%) patients were consulted with other departments. 19 (34.5%) of all consultations were resulted in admission to the hospital. Patients who had been referred to our ED were consulted ($p=0.002$) more and had a higher admission rate ($p=0.034$). 682 (84.8%) of all the patients who were discharged from ED never applied to the dermatology clinics for a control visit.

Conclusion: It is known that patients with dermatological complaints apply to the emergency departments instead of outpatient clinics for various reasons. Regarding low control visit rates of patients to the dermatology outpatient clinics, ED physicians should also have the knowledge to recognize, treat and determine the consultation indication or admission requirements of the non-emergent dermatological diseases. Considering our study results, it may be appropriate that ED physicians' knowledge especially about urticaria and drug eruptions should be increased.

Key words: Emergency Department, Dermatological Complaints, Urticaria, Consultation.

9. KAYNAKLAR

1. Trott AT. Rash. In: Hamilton GC, Sanders A, Strange GS, et al, eds. Emergency Medicine: An Approach to Clinical Problem-Solving. 2nd ed. Philadelphia, PA: Saunders 2003; 185–206.
2. Feldman SR, Fleischer AB, McConnell RC. Most common dermatologic problems identified by internists, 1990–1994. Arch Intern Med 1998; 158: 726. [PubMed: 9554678]
3. Usatine RP, Riojas M. Diagnosis and management of contact dermatitis. Am Fam Physician 2010; 82: 3. [PubMed: 20672788]
4. Tharp MD. Cetirizine: a new therapeutic alternative for chronic urticaria. Cutis 1996; 58: 94. [PubMed: 8823559]
5. Goldsmith P, Dowd PM. The new H1 antihistamines. Dermatol Clin 1993; 11: 87. [PubMed: 8094649]
6. Asero R. Chronic unremitting urticaria: is the use of antihistamines above the licensed dose effective? A preliminary study of cetirizine at licensed and above-licensed doses. Clin Exp Dermatol 2007; 32: 1. [PubMed: 16824053]
7. Lin RY, Curry A, Pesola GR. Improved outcomes in patients with acute allergic syndromes who are treated with combined H1 and H2 antagonists. Ann Emerg Med 2000; 36: 5. [PubMed: 11054200]
8. Watson NT, Weiss EL, Harter PM. Famotidine in the treatment of acute urticaria. Clin Exp Dermatol 2000; 26: 3. [PubMed: 11260167]
9. Bork K. Angioedema. Immunol Allergy Clin North Am 2014; 34: 23. [PubMed: 24262687]
10. Grattan CE. Urticaria and angioedema, in Bologna JL, Jorizzo JL, Schaffer JV, (eds): Dermatology, 3rd ed. New York, Elsevier 2012; 291–306.
11. Lehrhoff S, Pomerantz MK. Specific dermatoses of pregnancy and their treatment. Dermatol Ther 2013; 26: 274. [PubMed: 23914884]
12. Litt JZ. Litt's Drug Eruption Reference Manual, 20th ed. New York: Informa Healthcare 2014.

13. Bocquet H, Bagot M, Roujeau JC. Drug-induced pseudolymphoma and drug hypersensitivity syndrome (Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms: DRESS). *Semin Cutan Med Surg* 1996; 15(4): 250-7.
14. Peyrière H, Dereure O, Breton H. Variability in the clinical pattern of cutaneous side-effects of drugs with systemic symptoms: does a DRESS syndrome really exist? *Br J Dermatol* 2006; 155(2): 422-8.
15. Sullivan JR, Shear NH. The drug hypersensitivity syndrome: what is the pathogenesis? *Arch Dermatol* 2001; 137: 357. [PubMed: 11255340]
16. Kano Y, Inaoka M, Shiohara T. Association between anticonvulsant hypersensitivity syndrome and human herpesvirus 6 reactivation and hypogammaglobulinemia. *Arch Dermatol* 2004; 140(2): 183-8.
17. Uçal Bakkal S, Koçak Tufan Z, Bulut C, Boyraz S, Vahaboğlu G. Sepsisi Taklit Eden Bir DRESS Sendromu Olgusu. *Klimik Dergisi* 2011; 24(2): 132-4.
18. Tas S, Simonart T. Management of drug rash with eosinophilia and systemic symptoms (DRESS syndrome). *Dermatology* 2003; 206: 353. [PubMed: 12771485]
19. Milton HN, Whitney AH, Jean-Claude R. Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: Pathogenesis, clinical manifestations, and diagnosis. Uptodate, (20.08.2015) http://www.uptodate.com/contents/stevens-johnson-syndrome-and-toxic-epidermal-necrolysis-pathogenesis-clinical-manifestations-and-diagnosis?source=search_result&search=stevens+johnson+syndrome+incidence+adult&selectedTitle=1%7E150
20. Klaus W, Richard AJ, Arturo P S (ed.). Severe and Life-Threatening Skin Eruptions in the Acutely Ill Patient. [Online], Fitzpatrick's Color Atlas and Synopsis of Clinical Dermatology, 7e. McGraw-Hill Global Education Holdings, LLC. United States of America. 2013. <http://accessemergencymedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1700§ionid=113766400>

21. Schöpf E, Stühmer A, Rzany B. Toxic epidermal necrolysis and Stevens-Johnson syndrome. An epidemiologic study from West Germany. *Arch Dermatol* 1991; 127: 839.[PubMed: 2036029]
22. Erkan A, Özlem D, Ayşe AK. Steven-Johnson Syndrome (SJS) and Toxic Epidermal Necrolysis. *TURKDERM* 2010; 44(4): 180-6
23. Mariana CC. Insect bites. Uptodate, 28.04.2015. <http://www.uptodate.com/contents/insect-bites?source=machineLearning&search=insect+bite&selectedTitle=1%7E150§ionRank=1&anchor=H20#H20>
24. Gaig P, García-Ortega P, Enrique E, Benet A, Bartolomé B, Palacios R. Serum sickness-like syndrome due to mosquito bite. *J Investig Allergol Clin Immunol* 1999; 9(3): 190-2.
25. Dertlioğlu SM, Çiçek D, Bozdemir MN, Kandı B. Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisine başvuran dermatoloji hastalarının değerlendirilmesi. 18. Prof. Dr. A. Lütfü Tat Sempozyumu'nda poster olarak sunulmuştur (6-10 Kasım 2007, Ankara).
26. Trott AT. Rash. In: Hamilton GC, Sanders A, Strange GS, et al, eds. *Emergency Medicine: An Approach to Clinical Problem-Solving*. 2nd ed. Philadelphia PA, Saunders 2003; 185–206.
27. Martínez-Martínez ML, Escario-Travesedo E, Rodríguez-Vázquez M, Azaña-Defez JM, Martín de Hijas-Santos MC, Juan-Pérez-García L. Dermatology Consultations in an Emergency Department Prior to Establishment of Emergency Dermatology Cover. *Actas Dermosifiliogr* 2011; 102(1): 39–47.
28. Rubegni P, Cevenini G, Lamberti A, Bruni, F, Tiezzi R, Verzuri A, et al. Dermatological conditions presenting at the Emergency Department in Siena University Hospital from 2006 to 2011. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. Volume 29, Issue 1, Article first published online: 22 Nisan 2014.
29. Grillo E, Vanó-Galván S, Jiménez-Gómez N, Ballester A, Munoz-Zato E, Jaén P. Dermatologic Emergencies: Descriptive Analysis of 861 Patients in a Tertiary Care Teaching Hospital. *Actas Dermosifiliogr* 2013; 104(4): 316-24.

30. Drago F, Gasparini G, Signori A, Campisi C, Cozzani E, Parodi A. Dermatological consultations in an observation unit of an emergency department in Italy. Article in Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology. September 2014. Impact Factor: 2.83 · DOI: 10.1111/jdv.12744
31. Guttman N, Zimmerman DR, Nelson MS. The many faces of access: reasons for medically nonurgent emergency department visits. J Health Polit Policy Law 2003; 28: 1089–120.
32. Sarver JH, Cydulka RK, Baker DW. Usual source of care and nonurgent emergency department use. Acad Emerg Med 2002; 9: 916–23.
33. Howard MS, Davis BA, Anderson C, Cherry D, Koller P, Shelton D. Patients' perspective on choosing the emergency department for nonurgent medical care: a qualitative study exploring one reason for overcrowding. J Emerg Nurs 2005; 31: 429–35.
34. Afilalo J, Marinovich A, Afilalo M, Colacone A, Léger R, Unger B, Giguère C. Nonurgent emergency department patient characteristics and barriers to primary care. Acad Emerg Med 2004; 11: 1302–10.
35. Durand AC, Palazzolo S, Tanti-Hardouin N, Gerbeaux P, Sambuc R, Gentile S. Nonurgent patients in emergency departments: rational or irresponsible consumers? Perceptions of professionals and patients. BMC Res Notes 2012 Sep 25; 5: 525. doi: 10.1186/1756-0500-5-525.
36. Jack AR, Spence AA, Nichols BJ, Chong S, Williams DT, Swadron SP, Peng DH. Cutaneous conditions leading to dermatology consultations in the emergency department. West J Emerg Med 2011; 12(4): 551-5. doi: 10.5811/westjem.2010.4.1653.
37. Adışen E, Ünal S, Gürer MA. Dermatoloji Konsültasyonları. Türkderm 2006; 40: 126.
38. Özyurt K, Bozkurt S, Öztürk P, Baykan H, Okumuş M. Bir 112 acil servise bir yıllık başvurulardaki dermatolojik hastalıkların değerlendirilmesi. Journal of Clinical and Experimental Investigations 2013; 4 (1): 47-50.

39. Murr D, Bocquet H, Bachot N, Bagot M, Revuz J, Roujeau JC. Medical activity in an emergency outpatient dermatology department. *Ann Dermatol Venereol* 2003; 130: 167–70.
40. Blaise S, Trividic M, Boulinguez S, Sparsa A, Bonnetblanc JM, Bedane C. Emergency advice in dermatology at the University Hospital of Limoges. *Ann Dermatol Venereol* 2004; 131: 1098–100.
41. Legoupil D, Davaine AC, Karam A. Assessment of dermatological emergencies in a French university hospital. *Ann Dermatol Venereol* 2005; 132: 857–9.
42. Kielleberg Larsen H, Sand C. Referral pattern of skin diseases in an acute outpatient dermatological clinic in Copenhagen. *Acta Derm Venereol* 2005; 85: 509–11.