



T.C

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ DERMATOLOJİ ANABİLİM DALI

**DÜZCE BÖLGESİNDE ÇOCUKLUK ÇAĞINDA GÖRÜLEN
DERİ HASTALIKLARININ PREVALANSI**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

DR. ELİFE BAŞKAN

DÜZCE- 2016



T.C
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DERMATOLOJİ ANABİLİM DALI

**DÜZCE BÖLGESİNDE ÇOCUKLUK ÇAĞINDA GÖRÜLEN
DERİ HASTALIKLARININ PREVALANSI**

DR. ELİFE BAŞKAN
TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI: DOÇ. DR. HAKAN TURAN

İÇİNDEKİLER

Sayfalar

ÖZET.....	i
ABSTRACT.....	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	iv
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1 Kserozis kutis	2
2.2 Ekzemalar.....	3
2.2.1. Atopik dermatit	3
2.2.2 Kontakt dermatit	4
2.2.3 Nummuler dermatit	5
2.2.4. Seboreik dermatit	5
2.3.3 Eritemli skuamlı dermatozlar	6
2.3.1 Psoriazis	6
2.3.2 Liken planus	7
2.3.3 Pityriazis rosea	8
2.3.4 Pityriazis rubra pilaris	8
2.3.5 Eritema anulare sentrifigum.....	9
2.4 Enfeksiyöz hastalıklar.....	9

2.4.1	Herpes enfeksiyonu.....	9
2.4.2	Herpes zoster.....	10
2.4.3	İmpetigo.....	10
2.4.4	Mantar enfeksiyonu.....	10
2.4.5	Molluskum contagiozum.....	11
2.4.6	Pedikülozis.....	12
2.4.7	Piyoderma.....	12
2.4.8	Skabies.....	12
2.4.9	Varisella	13
2.4.10	Verruka vulgaris.....	13
2.5	Ürtiker.....	14
2.6	Akne.....	15
2.7	Saç hastalıkları.....	15
2.7.1	Alopesi areata.....	15
2.7.2	Telogen effluvium.....	16
2.7.3	Saç bozuklukları.....	17
2.8	Tırnak bozuklukları.....	17
2.8.1	Yirmi tırnak distrofisi.....	17
2.8.2	Longitudinal pigmente bant.....	17
2.8.3	Lökonişi.....	18

2.9	Pigmentasyon bozuklukları.....	18
2.9.1	Vitiligo.....	18
2.9.2	Nevüs depigmentozus.....	19
2.9.3	Nevüs anemikus.....	19
2.9.4	Pityriasis alba.....	19
2.10	Nevüs.....	20
2.10.1	Konjenital melanositik nevüs.....	20
2.10.2	Edinsel melanositik nevüs.....	20
2.11	İnsect bite.....	21
2.12	Foliküler bozukluklar.....	21
2.12.1	Eritromelanozis folikularis fasiei.....	21
2.12.2	Keratozis pilaris.....	21
2.13	Selim deri tümörleri.....	22
2.13.1	Hemanjiom.....	22
2.13.2	Dermatofibrom.....	22
2.13.3	Apokrin hidrokistoma.....	23
2.13.4	Ksantogranülom.....	23
2.13.5	Mastositom.....	23
2.13.6	Pyojenik granülom.....	23
2.13.7	Siringom.....	24

2.13.8 Fibroepitelyal polip.....	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	25
4. BULGULAR.....	26
5. TARTIŞMA.....	40
6. SONUÇLAR.....	47
7. KAYNAKLAR.....	49
8. EKLER.....	65

ÖZET

DÜZCE BÖLGESİNDE ÇOCUKLUK ÇAĞINDA GÖRÜLEN DERİ HASTALIKLARININ PREVELANSI

Amaç: Pediyatrik dermatoloji ülkemizde yeni tanımlanan bir alandır. Epidemiyolojik verilere katkıda bulunmak amacıyla, polikliniğimize başvuran çocuklardaki deri hastalıklarının prevelansını ve sosyodemografik özelliklere göre dağılımını belirlemeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji polikliniğine Ekim 2013 – Nisan 2014 tarihleri arasında başvuran 16 yaş ve altındaki 300 pediyatrik hastanın yaş, cinsiyet ve ikamet bilgileri kaydedildi. Hastalar Düzce ili ve ilçelerinin merkezinde oturanlar ve kırsal bölgede oturanlar olarak iki ayrı gruba alındı. Yaşlarına göre 4 ayrı gruba ayrılarak, her yaş grubunda en sık görülen hastalıklar incelendi.

Bulgular: Çalışmamızdaki 300 hastanın yaşları 16 ay ile 16 yaş arasındaydı ve yaş ortalaması 8,83(±5,15) yıl olarak belirlendi. Hastaların 152'si kız (% 50,7), 148'i (% 49,3) erkekti. Kız/erkek oranı 1.02 idi. Kızların yaş ortalaması 9,23 (±4,79) yıl, erkeklerin yaş ortalaması 8,42 (±5,48) yıl idi. En sık görülen hastalık grubu enfeksiyöz hastalıklar (% 24,7) olup bunu ekzema (% 23) ve akne (% 17) izlemekteydi. Yaş gruplarına göre ayrıldığında 0-2 yaş için ekzema, 3-5 yaş ve 6-10 yaş için enfeksiyöz hastalıklar, 11-16 yaş için akne ilk sırayı oluşturmaktaydı. Yaşanılan çevreye göre bakıldığında kırsal bölgede yaşayanlarda enfeksiyöz hastalıkların görülme sıklığı daha yüksek olarak tespit edildi ($p<0.001$).

Sonuç: Çalışmamızda Düzce bölgesinde enfeksiyöz hastalıklar en sık görülen hastalık olarak tespit edilmiştir. Ancak çalışmamız az sayıda hasta ile yapılmış kısa süreli kesitsel bir çalışmadır. Daha çok sayıda hastanın incelendiği çalışmalara ihtiyaç vardır. Yeni

alışmalar pediatrik popölasyonda görölen deri hastalıklarının sıklığını anlama ve koruyucu önlemlerin planlanması açısından yol gösterici olacaktır.

Anahtar kelimeler: Çocukluk çağı, Deri hastalıkları, Prevelans.



ABSTRACT

PREVALENCE OF SKIN CONDITIONS AMONG PEDIATRIC PATIENTS IN THE REGION OF DÜZCE

Aim: Pediatric dermatology is a new area in our country. We studied the prevalence of skin disorders and the distribution of skin disorders according to sociodemographic features in pediatric patients applying to our polyclinic and tried to contribute to epidemiological data.

Material and Methods: : Age, gender and address informations of 300 pediatric patients admitted to Dermatology Department of Medical Faculty in University of Düzce, between October 2013 and April 2014 were recorded. Patients were grouped into two categories as residents in urban areas and residents in rural areas. Also, patients were divided into four age groups and the most common skin disorders in each age group were determined.

Results: 300 patients were aged between 16 month and 16 years old and was mean of 8,83 ($\pm 5,15$) year age. In the study group, 152 of patients were female (% 50,7), 148 of patients were male (% 49,3). Female to male ratio was 1,02. The mean age of female and male was 9,23 ($\pm 4,79$) year and 8,42 ($\pm 5,48$) year. Infectious disorders (% 24,7) were the most common disorders, followed by eczema (% 23) and acne (% 17). The most common disorder was eczema aged 0-2 years, infectious disorders were aged 3-5 years and 6-10 years and acne was aged 11-16 years. The rate of infectious disorders was significantly higher in rural areas.

Conclusion: The prevalence of infectious diseases were the highest in Düzce. However, our study is a short-term, sectional study. Studies that more patients enrolled are needed. The new studies would be helpful in understanding the prevalence of pediatric skin disorders and planning the preventive measures.

Key Words: Childhood, Skin diseases, Prevalence.

SİMGELER VE KISALTMALAR

AD: Atopik dermatit

AEDS: Atopik ekzema/dermatit sendromu

C: Kompleman

DNA: Deoksiribonükleik asit

HSV: Herpes simpleks virüs

Ig: İmmünglobulin

PUVA: Psoralen Ultraviole A

UVB: Ultraviole B

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Pediyatrik dermatolojik hastalıklar kendine has klinik bulgulara sahiptir. Tedavi yaklaşımı ve prognoz açısından yetişkin dermatolojik hastalıklardan farklılıklar gösterebilmekte ve ayrı bir yaklaşım gerektirmektedir. Beslenme, çevresel faktörler, iklim koşulları, kişisel hijyen, kalabalık aile yaşantısı, genetik faktörler, sosyoekonomik farklılıklar pediyatrik popülasyonda deri hastalıklarının ortaya çıkışı ve çeşitliliği açısından büyük önem taşımaktadır (1,2). Özellikle gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere, tüm dünyada uygun sağlık politikalarının oluşturulabilmesi için çocukluk çağı hastalıklarına ait epidemiyolojik verilere gereksinim vardır. Çalışmamızda geniş tabanlı epidemiyolojik çalışmalara katkı sağlayabilmek için Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji polikliniğinde değerlendirilen 16 yaş ve altındaki pediyatrik popülasyonda saptanan deri hastalıklarının tipleri ve bu hastalıkların sosyodemografik özelliklere göre dağılımlarının incelenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

Yenidoğan ve erken bebeklik çağında deri savunması tam olarak gelişmediğinden kimyasal, fiziksel ve mikrobik saldırılara açıktır. Erişkinlere göre sağlam deriden transepidermal su kaybı daha fazladır ve bu durum deri bariyer fonksiyonunun tam olarak gelişmediğini gösterir. Bebeklerin derisi aynı zamanda enfeksiyonlara karşı daha az dirençlidir (3). Aşağıda, çalışmamızda saptadığımız pediatrik yaş grubuna ait hastalıklar hakkında genel bilgiler verilmektedir.

2.1 Kserozis Kutis

İnce pullanma ve bazen hafif fissürlenmelerin de eşlik edebildiği deri kuruluğunu ifade eden bir terimdir (4). Tanımlanabilir deri lezyonu olmadan pruritusun en sık sebebi kserozistir. En sık kış aylarında ortaya çıkar. Kserozis çocuklarda konjenital (herediter iktiyozlar, epidermolitik hiperkeratoz v.b) nedenlerle oluşabileceği gibi edinsel (kuru ortam, aşırı yıkanma, atopi, malnutriyon, hipotiroidizm, vitamin A eksikliği v.b)nedenlerle de ortaya çıkabilir (5). Kuruluğa bağlı deri bariyerinin bozulması, alerjenlerin deriye penetrasyonunu, kutanöz enflamasyonu kolaylaştırır (6). Nemlendiriciler tedavinin ana basamağını oluştururlar. Günde birkaç kez uygulanması önerilir. Nemlendiricileri banyo sonrası hemen ve deri hafif ıslak iken kullanmak derinin daha iyi nemlenmesini sağlar. Bu bilinenin aksine Chiang ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada ise banyo olmadan direkt uygulanan nemlendiricilerin vücutta daha uzun süre nemlendirme sağladığı belirtilmiştir (7).

2.2 Ekzemalar

2.2.1 Atopik Dermatit

Atopik dermatit (AD) çoğunlukla bebek ve erken çocukluk döneminde başlayan, genetik faktörlerin eşlik ettiği, çeşitli alerjenlerle tetiklenebilen, kronik tekrarlayıcı inflamatuvar bir cilt hastalığıdır (8). AD sıklığı son 30 yıl içerisinde endüstrileşmenin artması ile iki-üç kat artmıştır (9). Fizyopatolojisi oldukça karmaşık olan bu hastalıkta; genetik zemin, kişisel/psikososyal etmenler ('kaşıntı-kaşıma kısır döngüsü'), çevresel, metabolik, nöroendokrin etmenler, enfeksiyöz ajanlar, alerjenler, deri bariyerinde bozulma gibi kronik inflamasyona yol açan immünolojik bir süreç söz konusudur (10).

Bazı araştırmacılar atopi bulgularının saptanmadığı "intrensek" AD olarak sınıflanan olguların, "atopiform dermatit" olarak adlandırılmasının daha uygun olacağını belirtmektedirler (11). 2001 yılında ise "atopik ekzema/dermatit sendromu" (AEDS) tanımı gündeme getirilmiştir. Bu tanımlamada daha önce "intrensek" AD denilen ve "Hanifin-Rajka" ölçütlerine göre AD klinik fenotipi olan, ancak eşlik eden atopik bir hastalığın saptanmadığı, deri prick testlerinin ve IgE düzeylerinin normal düzeyde bulunduğu olgular "nonallerjik AEDS" alt grubunda değerlendirilmektedir (12).

İki aylıktan küçük çocuklarda ekzematöz lezyonlar çok enderdir. Erken evrede yalnızca deri kuruluğu ve hafif eritemli, kserotik plaklar olabilir. Hastalık genellikle 3. ayda yanaklar ve saçlı deride başlar. Zamanla saçlı deride kabuklanma ve eksudasyon gelişebilir. Eritemli, papüloveziküler lezyonlar içeren kaşıntılı plaklar, özellikle ekstensör yüzeylerde belirgindir. Kundak bölgesi genelde tutulmaz (10,13,14). Çocukluk döneminde AD, simetrik, düzensiz sınırlı, eritematöz papüller, ekskoryasyonlar, krutlanma ve likenifikasyon ile kendini gösterir. Fleksural tutulum ve likenoid papüller belirgindir (12,13). İlk iki yaş içinde AD gelişen olguların % 50'sinden fazlasında allerjik duyarlanmaya (Ig E reaktivitesi) ilişkin bulgu olmayabilir; ancak daha sonra

duyarlanma gelişir. Bu çocukların yaklaşık % 70'i adolesan dönemde spontan remisyona girmektedir (15,16).

AD tedavisinde birincil amaçlar; semptomları, akut alevlenmelerin şiddetini, süresini azaltmak ve deri bariyerini korumaktır. Deri bütünlüğünün korunması için sık ve uygun nemlendirici kullanımı çok önemlidir (10). Banyo kısa süreli olmalı, ılık su ve deriyi irrite etmeyen temizleyiciler kullanılmalı, kokulu sabunlardan ve banyo köpüklerinden kaçınılmalıdır (17). Uygun deri bakımı ve tetikleyici etmenlerden kaçınılmasına rağmen AD alevlenmesi olduğu durumda farmakolojik tedavi gündeme gelir. Öncelikle topikal kortikosteroidler ve topikal kalsinörin inhibitörleri verilir, dirençli olgularda ise (başta siklosporin olmak üzere) çeşitli sistemik ajanlar uygulanabilir (10,15,17).

2.2.2 Kontakt Dermatit

Yenidoğan ve infantlarda derinin ince olması, deri yüzey alanı ile vücut ağırlığı oranındaki farklılıklar ve giysilerin temas ettiği alanların fazla olması gibi nedenlerle deriden allerjen Emilimi fazladır. Bu nedenle yenidoğan ve infant döneminde deri kontakt dermatit için risk taşır. Çocuklarda hem iritan hem de allerjik kontakt dermatit tipinde kontakt reaksiyonlar ortaya çıkmaktadır (18-20).

a) İritan Kontakt Dermatit: Erken infant dönemde iritan kontakt dermatit en sık diaper dermatit olarak karşımıza çıkar (20). Hayatın ilk yıllarında ortaya çıkan diğer tablolar perianal dermatitlerdir. Ev dışında oynamaya başlayan çocuklarda ise fito dermatit ve fitofotodermatit şeklinde ekzema tabloları gelişebilir (18). Tedavide bariyer özelliği taşıyan kremler önerilir ve sorumlu olabileceği düşünülen etkenden uzak durulmalıdır.

b) Allerjik Kontakt Dermatit: Allerjen madde ile daha önce duyarlanmış kişinin aynı madde ile sonraki temaslarında ortaya çıkan doku yanıtıdır. Bir çalışmada 6

ay-5 yaş arasındaki asemptomatik çocukların yaklaşık dörtte birinde en az bir kontakt allerjen tespit edilmiş ve kontakt duyarlanmanın hayatın erken döneminde başladığı vurgulanmıştır (21). Çocuklarda en sık belirlenen allerjenler arasında nikel, parafenilen diamin, neomisin sülfat, thimerosal yer almaktadır (22). Tedavisi esas olarak semptomatiktir ve hastalara sorumlu allerjenden kaçınılması önerilmelidir. Şiddetli olgularda ıslak pansumanlar ve düşük potens kortikosteroidler kullanılır.

2.2.3 Nummuler dermatit

Gövdenin herhangi bir yerinde görülebilen, birkaç cm çapında, madeni para büyüklüğünde, yuvarlak, sınırları belirgin ekzematize lezyonlardır. Nummuler ekzema 1 yaştan altında nadir görülür. Nummuler ekzema lezyonlarında *Stafilokokus aureus* başta olmak üzere çeşitli bakterilerin kolonizasyonu sonucu bakteri antijenlerine karşı organizmanın gecikmiş tipte allerjik reaksiyonu olarak veya idiyopatik olarak ortaya çıkabildiği düşünülmektedir (23).

2.2.4 Seboreik dermatit

Sıklıkla infantil dönemde görülen kronik inflamatuvar bir dermatittir. Eritemli ve yağlı görünümde skuamlı ince plaklar sıklıkla baş saçlı deride, yüzde alın, kaş ve nazolabial kıvrımlarda ve intertrijinoz bölgelerde (bez bölgesi dahil) ortaya çıkar (24). Lezyonlar genellikle kaşıntısızdır. Etyolojisinde *Pitrosporum ovale* suçlansa da kesin rolü belli değildir. Seboreik dermatit sebase bezlerin sayıca fazla olduğu yerlerde yerleşmekle birlikte aşırı sebum yapımı ile ilişkisi olduğuna dair kanıt yoktur (25). Seboreik dermatit tedavisinde spontan remisyon göz önüne alınarak ailenin bilgilendirilmesi ve rutin banyolar ile bakım yeterlidir. Kısa süreli olarak düşük etkili kortikosteroidlerden faydalanılabilir. Kalın skuamları temizlemek için mineral yağlar da kullanılmaktadır (26).

2.3 Eritemli Skuamlı Dermatozlar

2.3.1 Psoriasis

Kronik inflamatuvar bir deri hastalığıdır ve hastaların üçte birinde psoriasis hayatın birinci veya ikinci dekadında başlar (27). Psoriasis patogeneğinde poligenetik ve çevresel etkilerin varlığı uzun yıllardır bilinmektedir. Aile öyküsü olmayan bir çocukta psoriasis gelişme riski % 1 ile 4 arasında iken, bir ebeveyninde psoriasis varsa risk % 10'a, her iki ebeveyninde varsa % 50'ye yükselmektedir (28). Pediatrik psoriastte erişkin psoriastiden farklı olarak faranjit, stres, travma daha yaygın görülen tetikleyici faktörlerdir (29,30).

Klinik formların görülme sıklıkları erişkinlerden farklılık gösterse de erişkinde olduğu gibi çocukluk çağında da en sık görülen klinik tip plak tip psoriasis olarak belirlenmiştir. Eritrodermi, artropati, lokalize ve yaygın püstüler psoriasis formları oldukça nadiren görülmektedir (29,31-34).

Saçlı deri en sık tutulan bölgedir ve saç kaybına neden olacak kadar şiddetli olabilir. Yüz ve fleksural alanların tutulumu da erişkinlerden daha sık görülmektedir. Çocukluk çağında görülen özel varyantlardan biri oldukça nadir görülen lineer psoriasttir. Bu formda blaschko çizgilerini takip eden kaşıntılı lezyonlar mevcuttur. Bir diğer özel form ise sadece 2 yaşından küçük çocuklarda görülen psoriastik diaper döküntüdür. Bu formda lezyonlar diaper dermatit ile karışabilir. Diaper dermatitin aksine daha parlak kırmızı renkte olan lezyonlar oldukça keskin sınırlıdır ve inguinal kıvrımlar da etkilenmektedir (34). Guttat psoriasis çocukluk çağında sık görüldüğü oldukça iyi bilinen bir formdur. Sıklıkla streptokokal farenjit, nadiren de perianal streptokokal dermatit gibitablolar sonrasında aniden ortaya çıkan yaygın, çapları 1cm'yi geçmeyen, gövde ağırlıklı dağılım gösteren ancak ekstremiteler ve saçlı deriyi de etkileyebilen lezyonlarla karakterizedir. Sıklıkla 3-4 ay içinde gerilese de rekürrens oldukça yüksektir (34).

Çocukluk çağı psoriasis tedavisinde oluşabilecek yan etkilerden dolayı dikkatli olunmalıdır. Düşük etkili kortikosteroidler, kalsipotriol ile topikal tedavi önerilebilir. Akut guttat formunda uygun antibiyotikler ile streptokokal enfeksiyon tedavi edilmelidir. Ultraviyole B (UVB) tedavisi tedaviye dirençli, yaygın lezyonlarda bir alternatiftir (35). Hastalığın dinamik süreci içerisinde zaman zaman sistemik tedavilere gereksinim doğabilir. Sistemik tedavi sıklıkla eritrodermik ve püstüler formlar için tercih edilmekle beraber şiddetli plak tip psoriasisde de sistemik tedavi gerekebilmektedir. Çocuk hastalarda asitretin, metotreksat ve etanercept bugüne kadar başarı ile uygulanan tedavi seçenekleridir (36).

2.3.2 Liken planus

Etyolojisi bilinmeyen kaşıntılı bir dermatozdur. Klasik olarak, bileklerin fleksör yüzlerini, bacakları, oral ve genital mukozaları tutan morumsu renkte, düz yüzeyli, poligonal papüllerle karakterizedir (37,38). Yetişkinlerde % 0,1-1.2 oranında görülen liken planusa çocukluk çağında nadiren rastlanılmaktadır.

Tüm liken planuslu olguların sadece % 1-4'ünün çocukluk çağında görüldüğü bildirilmiştir (37,39,40). Çocukluk çağı liken planusun başlangıç yaşı daha çok 6-8 arasında değişmekle birlikte 8 ay ile 12 yaş arasında görülebilmektedir (41-43). Çocuklarda liken planusun en sık görülen formu yetişkinlerde olduğu gibi klasik formudur (41). Çocuklarda lezyonların en sık görülen başlangıç yeri ayak bilekleri ve bacaklardır, bunu ön kollar izler (41-43).

Liken planusun tedavisinde genellikle topikal kortikosteroid ve antihistaminikler, sistemik steroidler, dapson, topikal ve sistemik isotretionin ve metronidazol kullanılmaktadır (44-47). Ayrıca son yıllarda, özellikle klasik ilaç tedavisine cevap vermeyen kronik ve agresiv liken planus hastalarında topikal ve sistemik siklosporin-A ile iyi sonuçlar alınmaktadır (48-50).

2.3.3 Pityriasis rosea

Genellikle çocuk ve genç eriskinleri etkileyen, akut, kendini sınırlayan inflamatuvar bir hastalıktır. Hastalık için bildirilen en küçük yaş 3 aydır (51). Klasik olarak gövde ve proksimal ekstremitelere yerlesen papüloskuamöz erüpsiyonla karakterizedir (52). Tipik klinik özellikleri; deride ‘madalyon’ adı verilen, 2-6 cm çapında öncü bir plağın ortaya çıkışını takiben genellikle gövdede ve ekstremitelerin proksimal kısımlarında yaygın papüloskuamöz döküntülerin gelişmesidir (53). Hastalığın sonbahar ve kış olmak üzere mevsimsel kümelenme göstermesi, aile bireyleri arasında görülebilmesi, ekzantemlerle seyretmesi, enfeksiyöz bir hastalık olduğunu düşündürmüştür (54).

Human herpes virüs-7, Human herpes virüs-6, Sitomegalo virüs, Ebstein-barrvirüs, Parvovirüs B19, Picorna virüs, İnfluenza ve Parainfluenza virüs, Lejyonella, Mikoplazma, Klamidya gibi enfeksiyöz ajanların pityriasis rosea ile ilişkili olabileceği öne sürülmüş, ancak ispatlanamamıştır (55). Pityriasis rosea kendini sınırlayan bir hastalık olduğu için tedavi her zaman gerekli değildir. Kaşıntıya yönelik antihistaminik ilaçlar verilebilir (56).

2.3.4 Pityriasis rubra pilaris

Etyolojisi bilinmeyen plak veya eritroderma haline dönüşebilen eritemli perifoliküler papüller, foliküler tıkaçlar ve palmoplantar keratoderma ile kendini gösteren, eritemli skuamlı bir tablodur (57). Çocukluk çağı başlarında ve 50’li yaşlarda sık gözlenir. Çocuklarda başlangıç genellikle bir travma veya enfeksiyonu (poststreptokoksik) izler. Çocukluk çağı olgularının çoğu 3,5 yılda iyileşir. Buna karşılık ailevi pityriasis rubra pilariste herhangi bir spontan iyileşme eğilimi gözlenmez (58). Çocukların çoğu yalnızca keratolitik kremler, topikal steroidler, kalsipotriol, retinoik asit % 0.05, nemlendirici ajanlarla lokal olarak tedavi edilmelidir (57). Eritrodermik tipe

yaklaşan olgularda sistemik retinoidler düşünülebilir. Metotreksat, siklosporin, PUVA seçili olgularda denenebilecek diğer sistemik tedavi alternatifleridir.

2.3.5 Eritema anulare sentrifigum

Yavaşça çevreye doğru ilerleme özelliği gösteren anüler, polisiklik görünümde eritemli lezyonlarla karakterizedir. Genellikle tekrarlayıcıdır (59). Altta yer alabilecek hastalığın bulunup giderilmesi yapılacak ilk yaklaşım olmalıdır. Epidermal tutulumun ön planda olduğu olgularda topikal kortikosteroidler yararlı olabilir (59). Çocukluk yaş grubunda özellikle yüzeysel mantar enfeksiyonları ve *Candida albicans*'ın etyolojide rol oynadığı düşünülmektedir (60).

2.4 Enfeksiyöz Hastalıklar

2.4.1 Herpes simpleks enfeksiyonu

Çocuk ve erişkinlerde en sık görülen enfeksiyonlardandır. Herpes simpleks virusleri DNA virüsleridir ve başlıca epidermis ve mukozal yüzeyleri enfekte ederler. Akut enfeksiyondan sonra epidermal hücrelerde hızla replike olur, bölgesel sinir ganglionlarında yaşam boyunca latent enfeksiyon olarak kalırlar (61,62). On yaşın altındaki çocuklarda herpetik enfeksiyonlar çoğunlukla belirti vermez ve *Herpes simplex virüs-1 (HSV-1)* tipindedir (% 80-90). *Herpes simplex virüs-2 (HSV-2)*'nin cinsel etkinlik ile ilişkisi nedeniyle, HSV-2 antikoru ergenlik dönemi öncesinde nadiren bulunur (63). Primer HSV-1 enfeksiyonu çocukluk çağı hastalığıdır. HSV-2 cinsel yolla bulaş dışında, yeni doğanlarda doğum kanalından geçiş sırasında dabulaşır. Herpes virusun en sık geçiş şekli, doğum sırasında genital enfeksiyonu olan anneden sekresyonların fetusa temasıyla olmaktadır. Anneden damlacık yoluyla veya emzirme sırasında, diğer aile yakınlarından veya hastane personelinden doğum sonrasında damlacık yoluyla geçiş de (asemptomatik enfeksiyon veya gingivostomatit olarak bulunabilir) önem kazanmaktadır (62-65).

2.4.2 Herpes zoster enfeksiyonu

Herpes zoster enfeksiyonu latent *Varisella zoster*'in reaktivasyonu ile ortaya çıkar ve tek taraflı, bir dermatoma sınırlı, eritemli zeminde grup yapmış vezikül ve küçük büllerle karakterizedir. Herpes zoster çocuklarda nadiren görülür. Döküntü çıkmadan önce ağrı başlayabilir fakat çocuklarda postherpetik nevralji beklenmez (26).

2.4.3 İmpetigo

İmpetigo kontagioza derinin primer yüzeysel enfeksiyonudur. Deri travması sonucu grup A beta-hemolitik streptokoklar veya *Stafilokokus aureus* enfeksiyonu gelişir. Genellikle küçük vezikül veya püstül şeklinde başlayıp hızla açılarak bal rengi krut oluşur. Lokalize lezyonlarda 7 gün boyunca topikal antibiyotik tedavisi yeterlidir (26).

2.4.4 Mantar enfeksiyonu

Tinea kapitis çocukluk çağında en sık rastlanan fungal enfeksiyondur (66). En sık bulaş büyükbaş hayvanlardan ya da onlara temasla enfekte olmuş eşyalardan olur. Tinea kapitis süperfisialis, belirgin deskuamasyonun olduğu bir ya da daha fazla yuvarlak, keskin sınırlı, alopesik yamalar şeklinde ya da saç kaybının hiç olmadığı seboreik dermatit benzeri ince yaygın deskuamasyon şeklinde ortaya çıkabilir (67-69). Kerion, tinea kapitis profundusun tipik örneğidir. Üzerinde püstüllerin, veziküllerin de görülebildiği indüre, fluktuan alan görülür. Pürülan akıntı, servikal lenfadenopati, halsizlik, ateş olabilir (68,69). Favusta skuamlı eritematöz yamalarla birlikte bal peteği sarısı renginde ortalarından kıl shaftının geçtiği fincan şekilli krutlar (skutula) görülür (69).

Tinea kapitis tedavisinde daima sistemik antifungaller kullanılmalıdır çünkü topikal ilaçlar kıl folikülüne penetre olamaz. Topikal tedavilerden yardımcı olarak yararlanılır (67,70).

Tinea korporis saçlı deri, kasıklar, avuç içi, ayak tabanı haricindeki bölgelerin dermatofit enfeksiyonudur. Risk faktörleri arasında enfekte kişi ya da hayvanla yakın temas, öyküsünde tinea kapitis olan birisiyle yakın temas veya immünsupresyon yer almaktadır (66,71-73). Klasik prezentasyon ortası daha açık renkli, aktif eritemli skuamlı kenarı olan bir ya da daha fazla anüler lezyon görülmesidir (66,74). Tinea korporis olgularının büyük çoğunluğu topikal antifungallerle tedavi edilir (66,71).

Tinea pedis çocuklarda nadir rastlanır. Adölesan dönemle birlikte sıklaşır. Klinik olarak sıklıkla parmak arası skuam-maserasyon şeklinde (intertriginöz tip) ya da ayak tabanını etkileyen vezikülobüllöz tipte olur. Topikal antifungallere cevap iyidir (66,72).

Pityriasis versikolor enfeksiyonu puberte öncesi nadirdir. Çocuklarda yüz tutulumu erişkinlerden daha fazladır. Adölesan dönemde daha sık gözlenir (75,76). Erişkinlerden farklı olarak uyluk ve bacaklarda da lezyonlara rastlanmıştır (77). Çocuklarda sistemik tedavi sıklıkla gerekmez (78).

2.4.5 Molluskum contagiosum

Pox virüslerin etken olduğu, parlak deri renginde, ortası hafif çukur, 2-6 mm boyutlarında papüllerle karakterize bir hastalıktır. Özellikle atopik dermatitli çocuklarda eşlik eden molluskum dermatiti sıktır. Lösemi ve immün yetmezlikli çocuklarda lezyonlar daha yaygın olmaktadır. Çocuklarda genital lokalizasyonda cinsel istismar belirtileri araştırılmalıdır (62). Hastalık kendini sınırlayıcı olup 18 ayda spontan iyileşebilir. Tedavisinde ekstirpasyon, küretaj ve kriyoterapi uygulanabilir (35).

2.4.6 Pedikülozis

Baş biti (*Pediculus humanus capitis*) sadece saçlı deride yaşar ve kan emerek beslenir. Saçlı derinin ense bölgesinde kaşıntı, kızarıklık ve folikülit pedikülozis kapitis tanısını akla getirmelidir. Baş bitlerinin hareket yeteneklerinin iyi olması sebebiyle hijyenik şartların kötü olduğu okul, kreş, bakım evi gibi toplu yaşam alanlarında daha sık olarak görüldüğü ifade edilmektedir. Okul çocukları arasında bulaşın özellikle elbise, şapka ve atkıları asmak için ortak askılıkların kullanılması sebebiyle olduğu bildirilmiştir (79). Tedavisinde nemli saçta % 5 permetrin krem uygulanarak 10 dakika bekletilir ve suyla yıkanır. Daha sonra ince dişli bir tarakla taranarak yumurtalar saçtan uzaklaştırılır (26).

2.4.7 Piyoderma

Piyodermalar deride piyojenik bakterilerin yol açtığı tüm yüzeysel deri enfeksiyonlarını tanımlamaktadır. Stafilokoksik ve streptokoksik enfeksiyonlar pediyatrik dermatolojide en sık görülen sorunlar arasındadır. Bu bakteriyel patojenlerden *Stafilokokus aureus* ve *Streptokokus pyogenes* çocuklardaki hastalıkların çoğundan sorumludur. Bu enfeksiyonlara doğru tanı konulamaz ve uygun tedavi verilemez ise nefrit, menenjit, kardit, artrit ve septisemi gibi ciddi komplikasyonlar gelişebilmektedir (80).

2.4.8 Skabies

Sarkoptes scabiei var. *hominis*'in neden olduğu oldukça bulaşıcı ve kaşıntılı bir infestasyondur. Deride eritematöz papül, püstül, vezikül, krut gibi çeşitli lezyonlar bir arada bulunabilir (81).

Bebeklerde ve küçük çocuklarda hastalığın kliniği ve lezyonların dağılımı büyük çocuklara ve erişkinlere göre farklılıklar göstermektedir. Avuç içi ve ayak tabanları sıklıkla etkilenmekte ve beş yaş altı çocuklarda bu kısımlar akarların en fazla bulunduğu

yerler olmaktadır. Baş boyun bölgesi, bacak ve kalçalar en fazla tutulan bölgeler olmakla birlikte bebeklerde tüm deri yüzeyinde lezyonlar bulunabilmektedir (82). Patognomonik lezyon olan “sillion” deriden biraz kabarık, kahverengimsi, pembe beyaz renkli, ucunda dişi sarkoptlardan oluşan veziküllerin bulunduğu tünel şeklinde lezyonlardır. Sillion sıklıkla el bileklerinde, parmak aralarında, aksilla, gluteal bölge ve peniste görülmektedir. Bebeklerde vezikül ve ekzematöz lezyonlar sık olduğu için tünelleri bulmak ve hastalığı tanımlamak daha zor olmaktadır (83).

Permetrin günümüzde tedavide ilk seçenek ilaç olup toksik etkisi azdır ve iyi tolere edilmektedir. Permetrin % 5 krem kuru deriye uygulanır, 8-12 saat sonra banyo yapılır. Bir hafta sonra tedavinin tekrarı önerilebilir. İki aylıktan küçük bebeklerde de güvenli olduğu bildirilmiştir. Tedavinin başarılı olabilmesi için diğer aile bireyleri de kaşıntıya bakılmaksızın aynı tedaviyi uygulamalıdır (81).

2.4.9 Varisella

Varisella zoster virüsünün etken olduğu sıklıkla çocuklarda ateş ve jeneralize veziküler döküntü ile karakterize, hafif seyirli, çok bulaşıcı bir hastalıktır (84,85). Tüm dünyada yaygın olarak görülen varisella erkek ve kızlarda eşit oranda görülmektedir (86,87). Hastalık hava yolu ve temas ile bulaştığı için özellikle kreş ve okul hayatının ilk yıllarında görülmektedir (88). Hastalığın geçirilmesi ile koruyucu immunité gelişmektedir. Ancak seyrek olmakla birlikte ikinci kez suçiçeği geçirilebileceği de bildirilmiştir (88).

2.4.10 Verruka vulgaris

Verrukalar papova virüs ailesinden *Human papilloma virus* ’ün etken olduğu, selim, kendiliğinden gerileyebilen, deri ve mukoza papillomlarıdır. Direkt temas veya otoinokülasyonla yayılırlar. En çok 10-20 yaşları arasında görülürler ve bu yaşlardaki kişilerin yaklaşık olarak % 10’unda bulunurlar (89,90). Okul çağı çocuklarında yakın temas nedeniyle görülme sıklığının arttığını bildiren çalışmalar bulunmaktadır (91,92).

Verrukaların bilinen tek bir tedavi yöntemi yoktur ve çocuklarda çoğu spontan gerileyebilir. Tedavi alternatifleri topikal keratolitikler, elektrodessikasyon ve kriyoterapidir (89).

2.5 Ürtiker

Sık olarak görülen, % 15-25 oranında insan hayatının bir dönemini etkileyen, eritemli, ödemli, kaşıntılı lezyonlarla seyreden, etyolojisinde birçok etkenin olduğu bir hastalıktır (93-95). Çocuklarda yıllık insidansı % 1 olarak bildirilmiştir (96). Hastalık süresine göre 6 haftadan kısa sürüyorsa akut ürtiker, 6 haftadan uzun sürüyorsa kronik ürtiker olarak adlandırılmaktadır (97). Akut ürtiker çocuklarda en sık görülen klinik tiptir. Kronik ürtiker çocuklarda erişkinlere göre daha az sıklıkta görülmektedir (98). Çocuklarda akut ürtiker etyolojisinde en sık enfeksiyonlar yer almaktadır. Kronik ürtikerde ise fiziksel ürtiker de dahil edildiğinde, çocuklarda % 21 ile % 83 oranında altta yatan bir sebep saptanmıştır (94,95). Akut ürtiker ile başvuran olgularda klinik tanı kesin ise etyolojiye yönelik laboratuvar testlerine gerek yoktur. Kronik ürtikerde hemogram, sedimentasyon, C-reaktif protein, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, tam idrar analizi, tiroid fonksiyon testleri ve antikorları, total immünglobulin (Ig) E, boğaz ve idrar kültürü, gaitada parazit tetkiki, antistreptolizin O, hepatit markırları, gaitada *Helicobakter pylori* direkt antijeni, anti nükleer antikor, kompleman (C) analizi (C2, C3, C4), romatoid faktör, akciğer ve sinus grafisi istenmesi önerilen tetkiklerdir (99).

Antihistaminikler tedavide ilk seçenektir. İkinci kuşak antihistaminikler iki hafta kullanılmasına rağmen yakınmaları devam eden olgularda dört katı doza kadar kullanılabilir. Tedavi değişikliği için önerilen süre 1-4 hafta olarak belirtilmiştir. Hastalık kontrol altına alındıktan sonra tedavinin devamı için hastalar 3 ile 6 ayda bir değerlendirilmelidir (100-104).

2.6 Akne

Pilosebaze birimin multifaktöriyel, kronik, inflamatuvar bir hastalığıdır. Etyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte, sebum salınımında artış, duktal hiperkornifikasyon, folliküldeki *Propionibacterium acnes* kolonizasyonu ve inflamasyonun lezyonların gelişiminde rol oynadığı düşünülmektedir (105,106).

Genellikle adölesan dönemin hastalığı olarak düşünülmekle birlikte, sebaze bezlerin aktif olduğu yaşamın ilk yılında, erken çocuklukta ve prepubertal dönemde de görülebilir (107,108).

Lezyonlar noninflamatuvar veya inflamatuvar olabilmektedir. Noninflamatuvar lezyonlar açık (siyah noktalar) ve kapalı (beyaz noktalar) komedonlardan oluşur. İnflamatuvar lezyonlar ise küçük papüllerden, püstüllere veya büyük, ağrılı, fluktuan nodüllere kadar değişkenlik gösterebilirler (109,110). Kozmetik sorunların yanında psikolojik sorunlara da neden olabildiği için erken tanı ve tedavi edilmesi gereken bir hastalıktır (111).

Hafif ve orta şiddetli akne vulgarisli hastalarda topikal tedavi kullanılır. Topikal tedavide kullanılan ajanların başında topikal retinoidler, topikal antibiyotikler, azelaik asit ve benzoil peroksit gelir (112). Oral antibiyotikler inflamatuvar akne de oldukça etkilidir ve klinik pratikte sıkça kullanılırlar. Oral retinoidler şiddetli akne de, özellikle diğer tedavilere yanıt vermeyen hastalarda kullanılır (113).

2.7 Saç Hastalıkları

2.7.1 Alopesi areata

Yama şeklinde saç dökülmesiyle ortaya çıkan ve klinik seyri tahmin edilemeyen skarsız bir alopesidir. Saçlı derideki kılların total kaybı alopesi totalis, tüm saç ve vücut

kıllarının kaybı alopesi universalis, saçlı derinin posterior oksipital ve temporal bölgelerinde deri sınırı boyunca yayılım göstermesi de ofiyazik tip alopesi areata olarak adlandırılır (114,115). Hastaların yaklaşık % 60'ı ilk ataklarını 20 yaş öncesinde geçirirler (116,117).

Patogenezi tam olarak aydınlatılamamış olsa da, genetik yatkınlık zemininde, otoimmün reaksiyonların alopesi areata'dan sorumlu olduğu düşünülmektedir. Alopesi areataya vitiligo, otoimmün tiroidit, sistemik lupus eritematosus, diyabetes mellitus ve pernisiyöz anemi gibi başka otoimmün hastalıklar da eşlik edebilmektedir (118,119).

Çocukluk çağında başlayan hastalarda hastalığın daha şiddetli seyrettiği ve kronikleşebildiği düşünülmektedir. Ayrıca hastalığın yaşam kalitesini düşürdüğü göz önüne alınarak psikiyatrik destek tedavisi verilmeli, hastaya ve ailesine hastalığın tekrarlayabileceği fakat hiçbir zaman hastanın hayatını tehdit etmeyeceği anlatılmalıdır (120).

2.7.2 Telogen effluvium

Sistemik hastalıklar veya fizyolojik durumlar ile ilişkili olarak görülen en sık saç kaybı tipidir (121). Anagen evredeki kılların değişik uyaranlarla aniden telogen evreye geçmesi ve 3-4 aylık süreç sonucunda dökülmesiyle oluşur ve uyarının ortadan kalkmasıyla saçlar 6-12 ayda normale döner. Çocuklarda da yetişkinlerde olduğu gibi yüksek ateşle seyreden enfeksiyonlar, akut ve sistemik hastalıklar, tiroid fonksiyon bozuklukları, psikojenik stres, cerrahi girişimler, ilaçlar ve beslenme bozuklukları gibi nedenlerle telogen dökülme ortaya çıkabilir. Protein ve enerji malnutrisyonu, çinko, esansiyel yağ asidi ve biotin eksikliğinde de saç dökülmesi görülebilir (122). Telogen effluvium % 10-40 oranında görülür. Çocuklarda erişkinlere göre daha azdır (123).

2.7.3 Sa bozuklukları

Normal kıl yapısı, çap ve renk olarak aynı kişide de önemli farklılıklar gösterebilir ancak genellikle tek tiptir. Normal kıl güneş, rüzgar, sık yıkama, sa şekillendirme uygulamaları, friksiyon, traksiyon ve kimyasallar nedeniyle önemli miktarda aşınma, bozulma gösterebilir. Birçok kıl şaftı anormalliği sporadik olarak da gözlendiğinden şaft hastalığı tanısı koymak için şaft anormalliğinin farklı örneklerde tutarlı bir şekilde mevcut olması anlamlı kabul edilir. Bu nedenle konjenital ya da edinsel bir sa şaft hastalığını değerlendirmek için genellikle en az 40-50 adet sa örneğinin mikroskopik incelenmesi gereklidir (124). Trikoreksis nodoza yapısal sa bozukluklarının en sık görülen sebebidir. Salar kuru, kırılğan ve mat olup, kıl şaftının yüzeyinde düzensiz yerleşimli gri-beyaz nodüllerle karakterizedir (125).

2.8 Tırnak bozuklukları

2.8.1 Yirmi tırnak distrofisi (Trakionişi)

Tırnak plağında przlenmeye yol açan tırnak yüzey anomalilerini tanımlar. Bu durum alopesi areata, liken planus ve psoriasis gibi tırnağın inflamatuvar hastalıklarının bir semptomu olarak ortaya çıkabilir (126). Herhangi bir hastalığa eşlik etmeyen sadece tırnak bozukluğu olan grup idyopatik trakionişi olarak adlandırılır. Her ne kadar ismi 20 tırnak distrofisi olarak geçse de 20 tırnağın da tutulması gerekmez. Benign bir durumdur ve yıllar içinde kendiğinden düzelir. Tedavi gerekmez, tırnak kırılğanlığı nemlendirici ve biotin tedavisi ile düzeltilebilir (127).

2.8.2 Longitudinal pigmente bant

Tırnağın uzun ekseni boyunca uzanan kahverengi veya siyah pigmente bandlar enfeksiyona, travmaya, subungual hematoma veya tırnak yatağı ve tırnak matriksinin melanositik proliferasyonuna bağlı olarak ortaya çıkabilir (128). Mevcut longitudinal

çizgi aniden genişlemiş, rengi koyulaşmış, sınırları belirsizleşmiş ise veya çocukta displastik nevüs, ailesinde melanom hikayesi var ise melanomdan şüphelenilmelidir (126).

2.8.3 Lökonişi

Tırnak plağının beyaz renk değişikliğidir. Gerçek ve yalancı tip lökonişi olarak ayrılır. Gerçek lökonişi hastalarındaki tırnağın beyaz renk değişikliği matriks disfonksiyonu sebebi ile oluşur. Yalancı lökonişi terimi ise tırnak yatağından kaynaklanan beyaz renk değişikliğini ifade etmek için kullanılır. Gerçek lökonişiler edinilmiş ya da herediter olabilir. Edinilmiş tip lökonişi sıklıkla travma, kemoterapötik ajanlar gibi ilaçlar, sistemik ve lokal enfeksiyonlar, inflamatuvar hastalıklar ve maligniteler ile ilişkilidir (129).

2.9 Pigmentasyon Bozuklukları

2.9.1 Vitiligo

Epidermal melanositlerin disfonksiyonu sonucunda edinsel depigmentasyonla seyreden, deride beyaz maküller ve etkilediği bölgede beyaz kıllarla seyreden bir hastalıktır. Toplumda % 0,3-1,1 sıklığında gorulen olguların hemen hemen yarısının 20 yaşından önce, % 25'inin de 14 yaşından önce başladığı gösterilmiştir (130). Vitiligo çocuklarda en erken 3 aylık infantlarda bildirilmiştir (131). Genellikle asemptomatik olan lezyonlar çocukluk döneminde en sık yüzde yerleşim gösterir (132). Generalize vitiligo hem erişkinlerde hem de çocuklarda en sık görülen tiptir (133). Dermatomal yerleşim gösteren lokalize lezyonlar ise segmental vitiligo olarak sınıflandırılmaktadır (133,134). Çocukluk çağı vitiligolarının % 4-19'unu oluşturan segmental vitiligo çocuklarda erişkinlerden daha sık görülmektedir (133,135).

2.9.2 Nevüs depigmentozus

Sık karşılaşılmayan, doğumda var olabileceği gibi erişkin yaşlarda da ortaya çıkabilen lokalize, düzensiz sınırlı, seyrek görülen, kutanöz lökodermalardır. Defekt kalıtsal olmayıp, gelişimseldir. Klinikte en sık sabit büyüklükte, keskin sınırlı, unilateral, dairesel veya poligonal bir leke olarak gözlenir. Tedavide sadece kapatıcı kozmetik önlemler düşünülebilir (136,137).

2.9.3 Nevüs anemikus

Vasküler nevüs ve malformasyonlar arasında nevüs anemikus gerçekten de son derece kendine has bir özellik taşır. Farmakolojik bir nevüsün belki de yegane örneklerindendir. Nevüs anemikus ilk olarak bebeklik veya küçük çocukluk döneminde beliren bir ya da birkaç adet beyaz renkli alan şeklinde görülen nadir bir tablodur (138). Belirli bir alandaki damarlar katekolaminlere karşı ileri derecede duyarlıdır ve alanda soluk bir renk oluşturacak şekilde konstrikasyonda kalırlar (139).

2.9.4 Pityriasis alba

Her iki cinste eşit oranda ve sıklıkla atopik çocuklarda ve gençlerde görülen bir hipomelanozdur. Pityriasis alba'nın egzamatöz bir dermatit olduğu ve hipomelanozun da postinflamatuvar olduğu düşünülmektedir. Tipik lezyon çoğunlukla koyu deri rengine sahip kişilerde, sınırları keskin olmayan soluk pembe veya açık kahverengi yuvarlak bir maküldür. Eritem zamanla solar, renk beyaza dönüşür, ince bir kepek eşlik edebilir. Yüz, özellikle alın orta kısmı, yanaklar, göz ve ağız çevresi sık tutulur, ancak boyun, gövde, sırt, ekstremitelerde de lezyonlar görülebilir (140). Genellikle asemptomatiktir, bazen yanma ve kaşıntı olabilir. Yaşla gerileme eğilimindedir. Atopik zemini olanlarda yaygın ve uzun seyirli olabilir. Belirsiz sınırı, ince skuamı ve grimsi beyaz rengi ile vitiligodan ayrılabilir (140).

2.10 Nevüs

2.10.1 Konjenital melanositik nevüs

Doğumda mevcut olan nevüslerdir. İntraepidermal, dermal veya her iki yerleşimde de olabilen benign melanositik proliferasyonlardır. Nadiren lezyonlar doğumdan sonra veya 2 yıl içerisinde belirirler (141,142). Konjenital melanositik nevüs'lerin 1.5 cm'den küçük çapta olanları küçük, 1.5-20 cm arası olanları orta ve 20 cm'nin üzerinde olanları ise büyük nevüsler olarak değerlendirilmiştir (143). Küçük ve orta çaplı konjenital melanositik nevusler sıklıkla yuvarlak veya ovaldir ve oldukça simetriktir. Bu lezyonlar doğumda hipertrikozisin de eşlik edebildiği renge ve deri yüzeyinden hafif eleve görünümündedirler. Bazı konjenital melanositik nevüslerin buruşuk veya pürüklü yüzeyi vardır. Hafifçe eleve olarak başlayan lezyonlar zamanla daha da kabarırlar; renk koyulaşması ve verrüköz görünüm de görülebilir. Hayatın ilk 1 yılındaki koyulaşmadan sonra bazı konjenital melanositik nevuslerin yaşla birlikte renkleri açılabilir (141).

2.10.2 Edinsel melanositik nevüs

Sık görülmekte olup en çok çocukluk ve yetişkinlik döneminin başında ortaya çıkar (144). En önemli etyolojik faktör güneş ışığı maruziyeti olmasının yanısıra genetik faktörler ve hormonlar da suçlanmıştır (143,145). Pubertede ve özellikle gebelik döneminde nevüslerin artması hormonların rolünü gösterirken güneşe açık deri alanlarında, özellikle çok miktarda ve aralıklı UV radyasyonunu takiben nevus sayısının artması da önemlidir. Kemoterapi alan bazı çocuklarda nevüslerin artması, immünsüpresyonun da rol oynadığını düşündürmektedir (143).

2.11 İnsect bite

Böcek ısırmasından saatler veya günler sonra ortaya çıkan, şiddetli kaşıntı ile seyreden lezyonlarla karakterize inflamatuvar veya allerjik reaksiyonlardır. Bu reaksiyonlar genellikle artropodun tükürüğünde taşıdığı proteinlere karşı gelişir (146). Tabloya hakim olan lezyonlar ürtikeryal papüller olmakla birlikte papüloveziküller veya büller de gözlenebilir. Lezyonların kaybolması günler veya haftalar alabilir. Ekskoriye veya sekonder olarak enfekte olan lezyonlar hiperpigmentasyon, hipopigmentasyon veya skatris bırakarak iyileşebilirler (146).

2.12 Folliküler bozukluklar

2.12.1 Eritromelanozis folikülaris fasiyei

Etyolojisi bilinmeyen, yüzde renk değişikliğine yol açması nedeniyle hastalara rahatsızlık hissi veren selim bir dermatozdur. Sıklıkla hayatın ikinci on yılında başlar. Yüzün belirli bölgelerinde sınırlı kalan eritem, hiperpigmentasyon ve foliküler tıkaçlar ile gövdede pilar keratoz hastalığın klasik triadını oluşturur (147). Periauriküler bölgeden başlayarak yanaklara doğru yayılır. Çoğunlukla bilateral yerleşmekle beraber, unilateral de olabilir. Tabloya kuruluk, deskuamasyon ve hafif kaşıntı da eşlik edebilir (147,148).

2.12.2 Keratozis pilaris

Otozomal dominant geçişli, malar bölge, kol ve bacakların ekstansör yüzlerinde foliküler tıkaçlarla karakterize keratinizasyon bozukluğudur. Erken çocukluk veya adölesan dönemde başlar. Eritem olabilir veya olmayabilir. Bazen akneiform papül ve püstüller görülebilir (149).

2.13 Selim Deri Tümörleri

2.13.1 Hemanjiom

Çocukluk çağında en sık görülen benign tümörlerdir (150). Hemanjiomlar zamanında doğmuş bebeklerde % 1,1-2,6 oranında görülürken; bu oran bir yaşında % 10-12 olarak bildirilmektedir (151,152). Hemanjiomların yaklaşık % 50-60'ı baş boyun bölgesinde, % 25'i gövdede, % 15'i ekstremitelerde yerleşmektedir (153). Yaklaşık % 55'i doğumda mevcuttur (152). Bununla birlikte çoğu kez yaşamın ilk haftaları içinde belirginleşir. Başlangıç döneminde eritem, telenjektazi, soluk plaklar şeklinde öncül lezyonlar halinde belirlenirken, ilerleyen dönemde tipik hemanjiom görüntüsü oluşabilir (152,154). Yüzeyel hemanjiomlarda hızlı büyüme genellikle 6-8 ay kadar sürerken, derin yerleşimli olan hemanjiomlarda bu süre 12-14 aya kadar uzama gösterebilmektedir. Gerileme aşaması ortalama olarak ikinci yaşta başlar. Hemanjiomun gerilemesi 5-7 yıl devam eden bir süreçtir (152).

Konjenital hemanjiomlar doğumda en büyük boyutuna ulaşmış, hızlı büyüme fazı göstermeyen vasküler tümörleri ifade etmektedir. Bu tip hemanjiomlar baş ve dudak köşesinde görülürler. Konjenital hemanjiomların hızlı gerileme gösteren ve göstermeyen olmak üzere iki farklı alt grubu tanımlanmıştır (155).

2.13.2 Dermatofibrom

Fibrohistiyositik tümör, sklerozan hemanjiom ve histiyositom olarak da isimlendirilebilir (156). Klinik olarak üzerindeki deri rengi pembe-kahverengi-siyaha kadar değişen, sert bir nodül gözlenir. Bazı hastalarda önceden bir travma öyküsü bulunabilir. Lezyonlar genellikle semptomsuzdur (157). Kendiliğinden gerileme eğilimi yoktur. İntralezyonel kortikosteroid, kriyoterapi tedavide uygulanabilir (158).

2.13.3 Apokrin hidrokistoma

Benign kistik bir tümördür. Sıklıkla apokrin bezlerinin adenomatöz kistik proliferasyonundan kaynaklanan solid kistik lezyonlardır. Özellikle baş ve boyun bölgesinde yerleşmeye yatkındır (159). Klinik olarak lezyonlar mavimsi, saydam, soliter, nodüler lezyonlar şeklindedir ve genellikle yüzde lokalize olur. Hidrokistomalar genellikle 1-3 mm ebatlarındadır, nadiren 10 mm yi aşar (160). Kistler benignedir, seyrek olarak semptomlara neden olabilir ve çıkarıldıklarında nadiren tekrarlayabilirler (161).

2.13.4 Ksantogranülom

Benign kendiliğinden iyileşen non- langerhans hücreli histiyositoz olup lipid yüklü makrofajların birikimi gözlenir. Lipit metabolizması bozuklukları ile ilişki göstermez. Lezyonlar tipik olarak 1 yaştan altında oluşur. Kubbemsi papüller ve nodüller şeklindedir. Zamanla tipik sarı-portakal rengini alırlar. Juvenil ksantogranülom 3-6 yıl içinde kendiliğinden geriler. Juvenil ksantogranüloma ve cafe au lait lekeleri beraberliğinde myelomonositik lösemi riski artmıştır (162).

2.13.5 Mastositom

Çocukluk çağı mastositozlarının % 10-30'unu soliter mastositoma oluşturur. Sıklıkla yaşamın ilk 2 yılı içinde ortaya çıkar. Darier işareti mastositozun patognomonik bir işareti olup, tahriş edilen lezyon alanında ürtikeryal bir reaksiyon gelişmesi olarak tanımlanır. İzole mastositom genellikle birkaç yıl içinde kendiliğinden geriler. Tedavi semptomların azaltılmasına yöneliktir (163).

2.13.6 Pyojenik granülom

Saplı veya sapsız, kolayca kanayabilen, vasküler oluşumlardır. Travma bölgesinde gelişirler ve eritemli bir papül şeklinde başlayıp hızla büyüyerek saplı hal

alırlar. Yüzeyi gevrek yapıdadır ve tabanını epidermis yakalık şeklinde çevreler. Tedavisi elektrokoterizasyon, kriyoterapi veya küretajdan ibarettir (35).

2.13.7 Siringom

Ekrin ter bezlerinin benign adneksiyal tümörleridir. Klinik olarak deri renginde veya hafif pigmente küçük papüller şeklinde görülür. Yerleşim yerine göre en sık görülen göz kapağı siringomlarıdır ve genital bölge, saçlı deri ve akral alanlarda lokalize formları da mevcuttur. Siringomların başlangıcı genellikle puberte öncesinde veya puberte boyuncadır (164). Lezyonlar benign ve kendiliğinden iyileşme gösterebilir fakat genellikle stabil seyrederler (165,166).

2.13.8 Fibroepitelyal polip

Genellikle edinsel olarak ortaya çıkan benign karakterli mezenşimal tümördür. Akrokordon, skin tag olarak da adlandırılmaktadır. Erişkinlerin yaklaşık % 25'inde görülmekte olup insidansı yaşla birlikte artış göstermektedir (167). Lezyonun gelişiminde obezite, hiperinsülinemi ve diyabetes mellitus predispozisyon yaratmaktadırlar (168).

3. GEREÇ VE YÖNTEM:

Çalışmamıza Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı polikliniğine Ekim 2013 – Nisan 2014 tarihleri arasında başvuran 0-16 yaş arası toplam 300 çocuk hasta dahil edildi. Hastaların yaş, cinsiyet ve ikamet bilgileri kaydedildi. Hastalar Düzce ili ve ilçelerinin merkezinde oturanlar ve kırsalda oturanlar olmak üzere iki ayrı gruba ayrıldı. Yaşlarına göre 0-2 yaş (infantil), 3-5 yaş (okul öncesi), 6-10 yaş (okul çağı), 11-16 yaş (adölesan) olmak üzere gruplandırıldı.

Hastalıklar 14 ayrı ana başlık altında toplandı. Hastalık grupları, hastaların sosyodemografik özellikleri ile kıyaslandı. Kategorik verilere ait tanımlayıcı değerler sayı ve yüzde olarak verilmiştir. Yaş değişkenine ait tanımlayıcı istatistikler ise ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum olarak verilmiştir. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Pearson ki-kare, Fisher's exact ve Fisher-Freeman-Halton testleri kullanılmıştır. Anlamlı fark saptanan kategorik değişkenler için post-hoc test olarak Bonferroni yaklaşımı uygulanmıştır. Yaş değişkeninin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile araştırılmıştır. İstatistiksel test ve analizler SPSS (version 21) programında yapılmış ve $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR:

Çalışmamıza toplam 300 hasta dahil edilmiş olup hastaların 152'si kız (% 50,7), 148'i erkek (% 49,3) olup kız/erkek oranı 1.02'dir (Tablo 1).

Tablo 1. Cinsiyet dağılımları

		Sayı	%
Cinsiyet	Erkek	148	49,3
	Kız	152	50,7
	Total	300	100

Çalışmamızdaki çocukların 50'si (% 16,7) 0-2 yaş arasında, 45'i (% 15) 3-5 yaş arasında, 69'u (% 23) 6-10 yaş arasında, 136'sı (% 45,3) 11-16 yaş arasında yer almaktadır (Tablo 2)

Tablo 2. Yaş grubu dağılımları

Yaş grupları		Kız		Erkek		p
		n	%	n	%	
	0-2 yaş	18	11,8	32	21,6	0,098
	3-5 yaş	21	13,8	24	16,2	
	6-10 yaş	39	25,7	30	20,3	
	11-16 yaş	74	48,7	62	41,9	
	Total	152	100	148	100	

Kızların 18'i (% 11,8) 0-2 yaş, 21'i (% 13,8) 3-5 yaş, 39'u (% 25,7) 6-10 yaş, 74'ü (% 48,7) 11-16 yaş arasında idi. Erkeklerin 32'si (% 21,6) 0-2 yaş, 24'ü (% 16,2) 3-5 yaş, 30'u (% 20,3) 6-10 yaş, 62'si (% 41,9) 11-16 yaş arasında idi. Kız ve erkeklerin yaş dağılımları açısından istatistiksel farklılık tespit edilmedi ($p>0,05$).

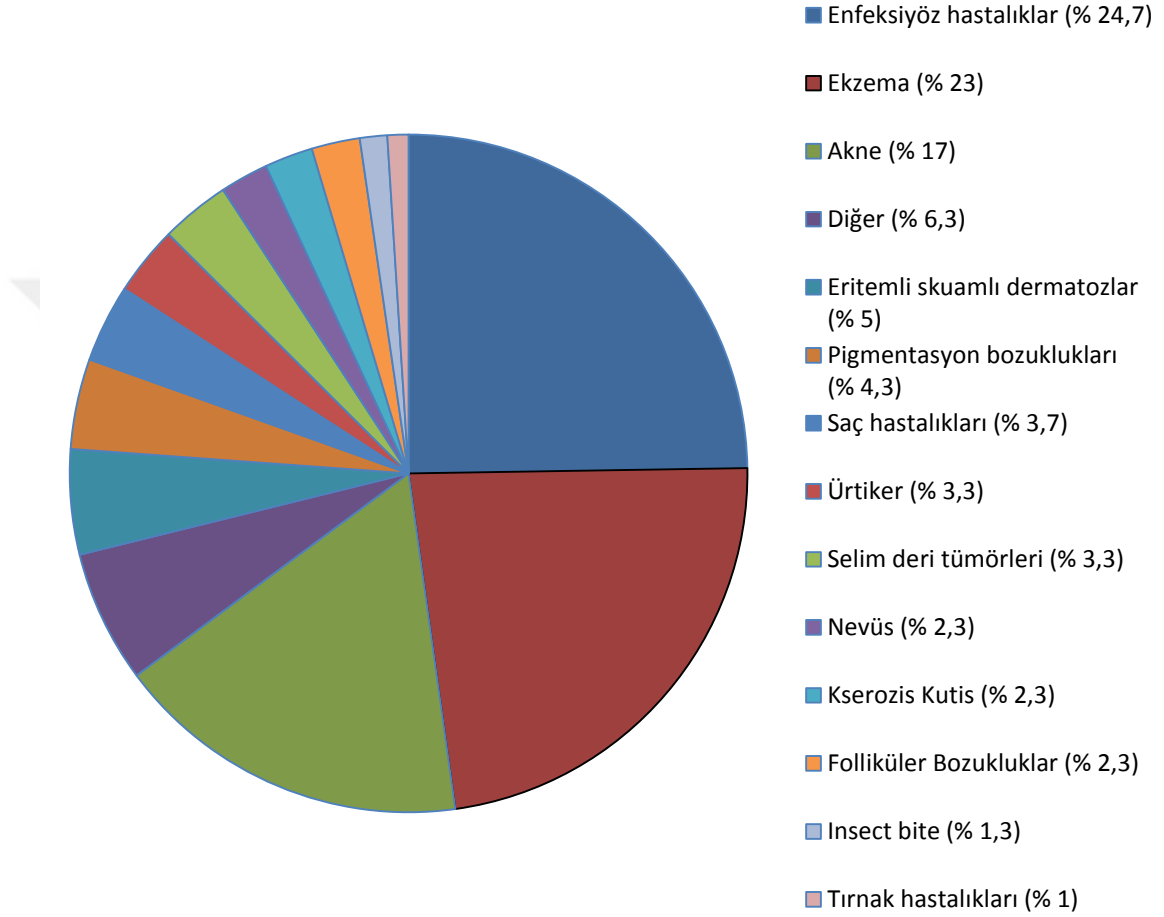
Çalışmamızdaki çocukların genel yaş ortalaması 8,83 ($\pm 5,15$) yıl, kız çocukların yaş ortalaması 9,23 ($\pm 4,79$) yıl, erkek çocukların yaş ortalaması 8,42 ($\pm 5,48$) yıl idi. Her iki cinsiyetin yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmedi ($p>0,05$) (Tablo 3).

Tablo 3. Yaş ve cinsiyet dağılımı

Cinsiyet	n	Yaş ortalaması	p
Kız	152	9,23 (33ay-16 yaş) $\pm 4,79$	0,248
Erkek	148	8,42 (16 ay-16 yaş) $\pm 5,48$	
Total	300	8,83 (16 ay-16 yaş) $\pm 5,15$	

Hastalıklar 14 ana grupta incelendi ve bu hastalıkların alt başlıklarındaki hasta sayıları belirlendi. Çalışmamızda en sık saptanan hastalık enfeksiyöz hastalıklar (% 24,7) olup, bunu ekzema (% 23), akne (% 17), eritemli skuamlı dermatozlar (% 5), pigmentasyon bozuklukları (% 4,3), saç hastalıkları (% 3,7), selim deri tümörleri (% 3,3), ürtiker (% 3,3), nevüs (% 2,3), kserozis kutis (% 2,3), folliküler bozukluklar (%2,3), insect bite (% 1,3), tırnak hastalıkları (% 1) ve diğer hastalıklar takip etmekteydi (Şekil 1).

Şekil 1. Hastalık gruplarının genel dağılımı



Çalışmamızda kızlarda en sık görülen ilk üç hastalık enfeksiyöz hastalıklar (% 27), ekzema (% 19,7) ve akne (% 17,8) iken erkeklerde ekzema (% 26,4), enfeksiyöz hastalıklar (% 22,3) ve akne (% 16,2) olarak izlendi (Tablo 4).

Tablo 4. Cinsiyete göre hastalıkların dağılımı

Tanı	Kız		Erkek		p
	n	%	n	%	
Enfeksiyöz hastalıklar	41	27	33	22,3	0,348
Egzema	30	19,7	39	26,4	0,173
Akne	27	17,8	24	16,2	0,721
Eritemli skuamlı dermatozlar	9	5,9	6	4,1	0,458
Pigmentasyon bozuklukları	7	4,6	6	4,1	0,815
Saç hastalıkları	4	2,6	7	4,7	0,334
Ürtiker	6	3,9	4	2,7	0,548
Selim deri tümörleri	4	2,6	6	4,1	0,493
Kserozis kutis	4	2,6	3	2	0,515
Foliküler bozukluklar	5	3,3	2	1,4	0,448
Nevüs	3	2	4	2,7	0,485
İnsect bite	1	0,7	3	2	0,366
Tırnak bozuklukları	2	1,3	1	0,7	0,510
Diğer	9	5,9	10	6,8	0,766

Yaş gruplarına göre incelendiğinde 0-2 yaş arasında en sık görülen ilk üç hastalık ekzema (% 38), enfeksiyöz hastalıklar (% 30) selim deri tümörleri (% 10), 3-5 yaş arasında enfeksiyöz hastalıklar (% 31,1), ekzema (% 28,9), pigmentasyon bozuklukları (% 6,7), 6-10 yaş arasında enfeksiyöz hastalıklar (% 30,4), ekzema (% 29), eritemli skuamlı dermatozlar (% 10,5), 11-16 yaş arasında ise akne (% 36,8), enfeksiyöz hastalıklar (% 17,6) ve ekzema (% 12,5) idi (Tablo 5).

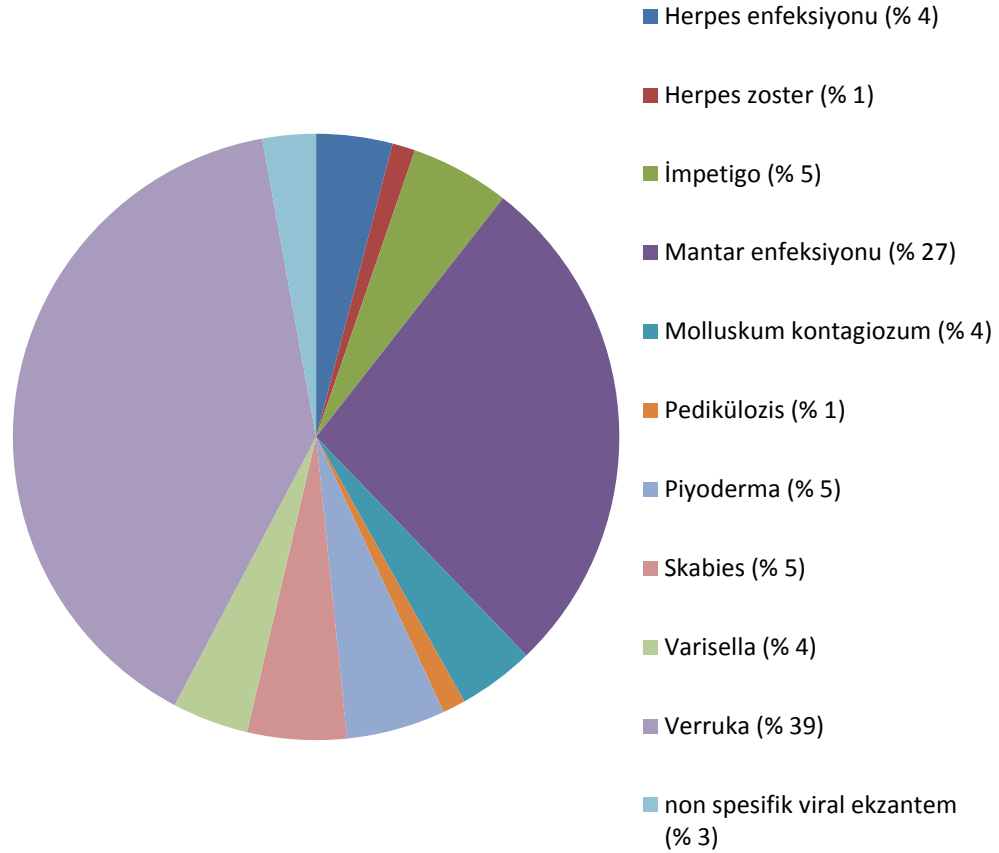
Tablo 5. Yaş gruplarına göre hastalıkların dağılımı

Hastalık grupları	0-2 yaş (n:50)	3-5 yaş (n:45)	6-10 yaş (n:69)	11-16 yaş (n:136)
Enfeksiyöz hastalıklar	n:15 (% 30)	n:14 (% 31,1)	n:21 (% 30,4)	n:24 (% 17,6)
Ekzema	n:19 (% 38)	n:13 (% 28,9)	n:20 (% 29)	n:17 (% 12,5)
Akne	n:0 (% 0,0)	n:0 (% 0,0)	n:1 (% 1,4)	n:50 (% 36,8)
Eritemli skuamlı dermatozlar	n:0 (% 0,0)	n:0 (% 0,0)	n:15 (% 10,5)	n:0 (% 0,0)
Pigmentasyon bozuklukları	n:4 (% 8)	n:3 (% 6,7)	n:2 (% 2,9)	n:4 (% 2,9)
Saç hastalıkları	n:0 (% 0)	n:2 (% 4,4)	n:3 (% 4,3)	n:6 (% 4,4)
Selim deri tümörleri	n:5 (% 10)	n:0 (% 0,0)	n:3 (% 4,3)	n:2 (% 1,5)
Ürtiker	n:1 (% 2)	n:2 (% 4,4)	n:5 (% 7,2)	n:2 (% 1,5)
Nevüs	n:2 (% 4)	n:2 (% 4,4)	n:1 (% 1,4)	n:2 (% 1,5)
Kserozis kutis	n:2 (% 4)	n:2 (% 4,4)	n:2 (% 2,9)	n:1 (% 0,7)
Foliküler bozukluklar	n:0 (% 0,0)	n:1 (% 2,2)	n:0 (% 0,0)	n:6 (% 4,4)
İnsect bite	n:1 (% 2)	n:1 (% 2,2)	n:3 (% 4,3)	n:0 (% 0,0)
Tırnak hastalıkları	n:0 (% 0,0)	n:1 (% 2,2)	n:0 (% 0,0)	n:2 (% 1,5)
Diğer	n:1 (% 2)	n:2 (% 4,4)	n:1 (% 1,4)	n:15 (% 11)

Enfeksiyöz hastalıklar 74 (% 24,7) hastada saptandı. En sık görülen enfeksiyöz hastalık 29 (% 9,7) hasta ile verruka idi. Mantar enfeksiyonu 20 (% 6,7) hastada, impetigo 4 (% 1,3) hastada, piyoderma 4 (% 1,3) hastada, skabies 4 (% 1,3) hastada, herpes enfeksiyonu 3 (% 1) hastada, molluskum contagiozum 3 (% 1) hastada, varisella 3 (% 1) hastada, non spesifik viral ekzantem 2 (% 0,7) hastada, herpes zoster enfeksiyonu 1 (% 0,3) hastada, pedikülozis 1 (% 0,3) hastada tespit edildi (Şekil 2).

Şekil 2. Enfeksiyöz hastalıkların dağılımı

Enfeksiyöz Hastalıklar



Mantar enfeksiyonlarından 4 (% 1,3) hastada tinea unguum, 3 (% 1) hastada pityriasis versikolor, 3 (% 1) hastada tinea corporis, 3 (% 1) hastada tinea kapitis, 2 (%

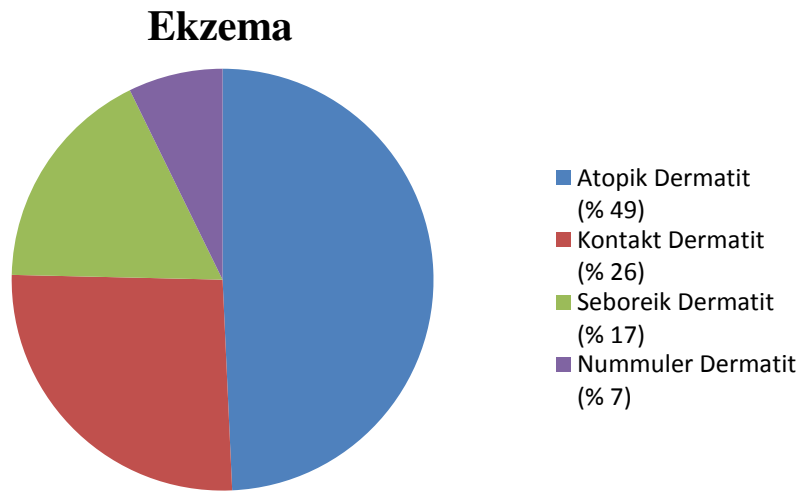
0,7) hastada tinea pedis, 1 (% 0,3) hastada kronik mukokutanöz kandidiyazis, 1 (% 0,3) hastada oral kandida, 1 (% 0,3) hastada tinea fasialis saptandı.

Enfeksiyöz hastalıklar kızların 41'inde (% 27), erkeklerin 33'ünde (% 22,3) tespit edildi. Cinsiyete göre enfeksiyöz hastalıkların dağılımında hem kızlarda hem de erkeklerde verruka 1.sıklıkta, mantar enfeksiyonları 2.sıklıkta gözlemlendi. Kızlarda ve erkeklerde enfeksiyöz hastalık görülme oranı benzerdi ($p=0,348$). Enfeksiyöz hastalıklar 0-2 yaş arasında % 30, 3-5 yaş arasında % 31,1, 6-10 yaş arasında % 30,4, 11-16 yaş arasında % 17,6 oranla saptandı. Yaş gruplarında enfeksiyöz hastalıklar açısından anlamlı düzeyde fark saptanmadı ($p=0,085$) (Tablo 4, 5).

Herpes enfeksiyonu 0-2 yaş arasında % 6 oranla en sık saptanan enfeksiyöz hastalıktı. Verruka 3-5 yaş arasında % 11,1, 6-10 yaş arasında % 15,9, 11-16 yaş arasında % 8,8 oranla en fazla gözlenen enfeksiyöz hastalıktı.

Ekzema toplam 69 hastada saptanmış olup oranı % 23'dür. Ekzematöz dermatitler içinde en sık görülen 34 (% 11,3) hasta ile atopik dermatit'dir. Bunu 18 (% 6) hasta ile kontakt dermatit, 12 (% 4) hasta ile seboreik dermatit ve 5 (% 1,7) hasta ile nummuler dermatit izledi (Şekil-3).

Şekil 3. Ekzema hastalarının dağılımı



Ekzema kızların 30'unda (% 19,7), erkeklerin 39'unda (% 26,4) saptandı. Kızlarda (% 8,6) ve erkeklerde (% 14,2) atopik dermatit en sık görülen ekzema çeşididir. Cinsiyetler arasında ekzema görülme sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=0,173$). Ekzema 0-2 yaş arasında % 38, 3-5 yaş arasında % 28,9, 6-10 yaş arasında % 29 ve 11-16 yaş arasında % 12,5 oranla saptandı (Tablo 4, 5).

Atopik dermatit 0-2 yaş arasında diğer yaş gruplarına göre anlamlı oranda yüksek tespit edildi ($p=0,001$). Atopik dermatit 0-2 yaş arasında % 32, 3-5 yaş arasında % 15,6 ve 6-10 yaş arasında % 13 oranla en sık görülen ekzematöz dermatit olarak saptandı. Seboreik dermatit ise 11-16 yaş arasında % 3,7 oranla en sık gözlenen ekzematöz dermatittir.

Akne toplam 51 hastada saptanmış olup oranı % 17'dir. Kızların 27'sinde (% 17,8), erkeklerin 24'ünde (% 16,2) tespit edildi. Cinsiyetler arasında akne görülme sıklığı benzerdi ($p=0,721$). Akne hastası 0-2 yaş ve 3-5 yaş grubunda gözlenmedi. Akne 6-10 yaş arasında % 1,4, 11-16 yaş arasında % 36,8 oranla saptandı. Adölesan dönemde diğer yaş gruplarına göre daha yüksek oranda saptandı (Tablo 4, 5).

Eritemli skuamli dermatozlar 15 (% 5) hastada saptandı. Eritemli skuamli dermatozlar içinde en sık gözlenen 8 (% 2,7) hasta ile psoriasis'dir. Pityriasis rosea 3 (% 1) hastada, eritema anulare sentrifigum 2 (% 0,7) hastada, pityriasis rubra pilaris 1 (% 0,3) hastada, liken planus 1 (% 0,3) hastada saptandı. Eritemli skuamli dermatozlar kızların 9'unda (% 4,6), erkeklerin 6'sında (% 5,4) tespit edildi. Psoriasis kızlarda % 2,6, erkeklerde % 2,7 oranla sadece 6-10 yaş arasında saptandı. Kız ve erkeklerde eritemli skuamli dermatoz görülme oranları benzerdi ($p=0,458$) (Tablo 4, 5).

Çalışmamızdaki hastaların 13 (% 4,3)'ünde pigmentasyon bozukluğu saptanmış olup en sık gözlenen pigmentasyon bozukluğu 9 (% 3) hasta ile vitiligo'dur. Pityriasis alba 2 (% 0,7) hastada, nevüs depigmentozus 1 (% 0,3) hastada ve nevüs anemikus 1 (% 0,3) hastada saptandı. Pigmentasyon bozuklukları kızların 7'sinde (% 4,6), erkeklerin

6'sında (% 4,1) tespit edildi. Cinsiyetler arasında anlamlı fark yoktu ($p=0,815$). Hastalığın 0-2 yaş arasında görülme sıklığı % 8, 3-5 yaş arasında % 6,7, 6-10 yaş arasında % 2,9 ve 11-16 yaş arasında % 2,9 idi. Yaş grupları arasında anlamlı fark saptanmadı ($p=0,337$) (Tablo 4, 5).

Hastaların 11 (% 3,7)'inde saç hastalıkları olup, 7 (% 2,3) hastada alopesi areata, 3 (%1) hastada yapısal saç bozukluğu, 1 (% 0,3) hastada telogen effluvium saptandı. Saç hastalıkları kızların 4 (% 2,6)'ünde, erkeklerin 7 (% 4,7)'sinde tespit edildi. Cinsiyetler arasında anlamlı fark tespit edilmedi ($p=0,334$). Saç hastalıkları 3-5 yaş arasında % 4,4, 6-10 yaş arasında % 4,3, 11-16 yaş arasında % 4,4 oranla tespit edildi. Saç hastalığı olan çocuk hasta 0-2 yaş arasında yoktu (Tablo 4, 5).

Selim deri tümörleri hastaların 10 (% 3,3)'unda saptandı. Deri tümörlerinden dermatofibrom 1 (% 0,3) hastada, hemanjiom 2 (% 0,7) hastada, apokrin hidrokistoma 1 (% 0,3) hastada, ksantogranülom 1 (% 0,3) hastada, mastositom 2 (% 0,7) hastada, pyojenik granülom 1 (% 0,3) hastada, siringom 1 (% 0,3) hastada, fibroepitelyal polip 1 (% 0,3) hastada saptandı. Kızların 4'ünde (% 2,6), erkeklerin 6'sında (% 4,1) saptandı. Cinsiyetler arasında anlamlı fark gözlenmedi ($p=0,493$). Selim deri tümörleri 0-2 yaş arasında % 10, 6-10 yaş arasında % 4,3, 11-16 yaş arasında % 1,5 oranla saptandı. 3-5 yaş arasında selim deri tümörü olan hasta yoktu (Tablo 4, 5).

Hastaların 10 (% 3,3)'unda ürtiker saptandı. Ürtiker kızların 6'sında (% 3,9), erkeklerin 4'ünde (% 2,7) tespit edildi. Cinsiyetler arasında anlamlı fark gözlenmedi ($p=0,548$). Hastalık 0-2 yaş arasında % 2, 3-5 yaş arasında % 4,4, 6-10 yaş arasında % 7,2 ve 11-16 yaş arasında % 1,5 oranla saptandı. Yaş grupları arasında anlamlı fark yoktu ($p=0,121$) (Tablo 4, 5).

Nevüsler 7 (% 2,4) hastada tespit edildi. Konjenital melanositik nevüs 5 (% 1,7) hastada, edinsel melanositik nevüs 2 (% 0,7) hastada saptandı. Kızların 3'ünde (% 2), erkeklerin 4'ünde (% 2,7) nevüs gözlemlendi. Cinsiyetler arasında anlamlı fark tespit

edilmedi ($p=0,485$). Nevüsler 0-2 yaş arasında % 4, 3-5 yaş arasında % 4,4, 6-10 yaş arasında % 1,4, 11-16 yaş arasında % 1,5 oranla saptandı. Yaş grupları arasında anlamlı düzeyde fark tespit edilmedi ($p=0,409$) (Tablo 4, 5).

Kserozis kutis 7 (% 2,3) hastada saptandı. Kızların 4'ünde (% 2,6), erkeklerin 3'ünde (% 2) tespit edildi. Cinsiyetler arasında görülme oranları benzerdi ($p=0,515$). Kserozis kutis 0-2 yaş arasında % 4, 3-5 yaş arasında % 4,4, 6-10 yaş arasında % 2,9, 11-16 yaş arasında % 0,7 oranla saptandı. Yaş grupları arasında anlamlı fark yoktu ($p=0,186$) (Tablo 4, 5).

Foliküler bozukluklar 7 (% 2,3) hastada saptanmış olup bunlardan 3 (% 1) hastada eritromelanozis folikularis fasiei, 4 (% 1,3) hastada keratozis pilaris vardı. Kızların 5'inde (% 3,3), erkeklerin 2'sinde (% 1,4) foliküler bozukluk gözlemlendi. Cinsiyetler arasında görülme oranları benzerdi ($p=0,448$). 3-5 yaş arasında % 2,2, 11-16 yaş arasında % 4,4 oranla saptandı (Tablo 4, 5).

İnsect bite 4 (% 1,3) hastada saptandı. Kızların 1'inde (% 0,7), erkeklerin 3'ünde (% 2) tespit edildi. Cinsiyetler arasında görülme sıklıklarında anlamlı fark tespit edilmedi ($p=0,366$). Hastalık 3-5 yaş arasında % 2,2, 6-10 yaş arasında % 4,3 oranla saptandı (Tablo 4, 5).

Tırnak bozukluğu 3 (% 1) hastada saptandı. Kızların 2'sinde (% 1,3), erkeklerin 1'inde (% 0,7) tespit edildi. Cinsiyetler arasında görülme oranları benzerdi ($p=0,510$). 3-5 yaş arasında % 2,2, 11-16 yaş arasında % 1,5 oranla saptandı (Tablo 4, 5).

Diğer deri hastalıklarından 2 (% 0,7) hastada anjioödem, 2 (% 0,7) hastada dishidroza, 2 (% 0,7) hastada tekrarlayan oral aft, 2 (% 0,7) hastada polimorf ışık erupsiyonu, 2 (% 0,7) hastada morfea, 1 (% 0,3) hastada eritema multiforme, 1 (% 0,3) hastada eritema nodozum, 1 (% 0,3) hastada eritema toksikum neonatarum, 1 (% 0,3) hastada keloid, 1 (% 0,3) hastada makülopapüler ilaç reaksiyonu, 1 (% 0,3) hastada malar rash, 1 (% 0,3) hastada henöch schönlein purpurası, 1 (% 0,3) hastada stria, 1 (%

0,3) hastada subkutan granüloma anülaré saptandı. Kızların 9'u (% 5,9), erkeklerin 10'u (% 6,8) bu grupta incelendi. İnfantil dönemde 1 hastada eritema toksikum neonatarum saptandı. Okul öncesi çağda 2 hastada dishidro z gözlendi. Okul çağı döneminde 1 hastaya henöch schönlein purpurası tanısı konuldu. Adölesan dönemde 2 hastada anjioödem, 2 hastada polimorf ışık erüpsiyonu, 2 hastada morfea, 2 hastada tekrarlayan oral aft, 1 hastada eritema multiforme, 1 hastada eritema nodozum, 1 hastada makülopapüler ilaç reaksiyonu, 1 hastada subkutan granüloma anulare, 1 hastada stria, 1 hastada keloid saptandı (Tablo 4).

Hastalar yaşadıkları çevreye göre değerlendirildiğinde 213'ünün (% 71) kent merkezinde, 87'sinin (% 29) kırsal bölgede yaşadığı saptanmıştır (Tablo 6).

Tablo 6. Yerleşim yerlerine ait dağılımlar

		Sayı	%
Yerleşim	Kırsal	87	29
	Kentsel	213	71
	Total	300	100

Kırsal bölgede en sık saptanan ilk 3 hastalık enfeksiyöz hastalıklar (% 39,1), ekzema (% 18,4) ve akne (% 12,6) idi. Kentsel bölgede ekzema (% 24,9) 1.sıklıkta gözlenirken, akne ve enfeksiyöz hastalıklar eşit oranda ve 2.sıklıkta tespit edildi (Tablo 7).

Tablo 7. Yerleşim yerine göre hastalıkların dağılımı

Tanı	Kentsel		Kırsal		p
	n	%	n	%	
Enfeksiyöz hastalıklar	40	18,8	34	39,1	<0,001
Ekzema	53	24,9	16	18,4	0,225
Akne	40	18,8	11	12,6	0,199
Eritemli skuamlı dermatozlar	11	5,2	4	4,6	0,838
Pigmentasyon bozuklukları	8	3,8	5	5,7	0,442
Saç hastalıkları	9	4,2	2	2,3	0,420
Ürtiker	9	4,2	1	1,1	0,178
Selim deri tümörleri	9	4,2	1	1,1	0,178
Kserozis kutis	6	2,8	1	1,1	0,348
Foliküler bozukluklar	5	2,3	2	2,3	0,671
Nevüs	5	2,3	2	2,3	0,671
İnsect bite	3	1,4	1	1,1	0,670
Tırnak bozuklukları	1	0,5	2	2,3	0,203
Diğer	14	6,6	5	5,7	0,790

Enfeksiyöz hastalıklar kırsal bölgeden gelen hastalarda % 39,1 oranında gözlenirken, bu oran kentte yaşayanlarda % 18,8'dir. Kırsal bölgelerde yaşayanlarda enfeksiyöz hastalık görülme oranı kentte yaşayanlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Verruka % 9,9 oran ile kent merkezinde en sık saptanan enfeksiyöz hastalık iken; % 12,6 oranla mantar enfeksiyonları kırsal bölgede en sık saptanan enfeksiyöz hastalık idi (Tablo 7).

Kırsal bölgede yaşayan hastalarda ekzema görülme oranı % 18,4 oranında iken, kent merkezinde bu oran % 24,9 olarak saptandı. İstatistiksel incelemede

sosyodemografik özelliklerden yaşanan çevre ile ekzema arasında anlamlı fark tespit edilmedi ($p=0,225$) (Tablo 7).

Atopik dermatit kırsal bölgede % 8 oranla ve kentsel bölgede % 12,7 oranla en sık gözlenen ekzematöz dermatit olarak tespit edildi. Yaşanılan çevre ile atopik dermatit arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi ($p=0,251$).

Kırsal kesimlerde akne görülme oranı % 12,6 iken, kent merkezinden gelen hastalarda bu oran % 18,8'dir. Yaşanılan çevre ile akne arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=0,199$) (Tablo 7).

Eritemli skuamli dermatozlar kırsal bölgede % 4,6 oranında saptanırken, bu oran kent merkezinde % 5,2'dir. Her iki çevrede de eritemli skuamli dermatozlar benzer oranda saptandı ($p=0,838$) (Tablo 7).

Pigmentasyon bozuklukları kırsal bölgede % 5,7 oranla saptanırken, kent merkezinde bu oran % 3,8'dir. Yaşanılan çevre ile pigmentasyon bozuklukları arasında anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p=0,442$) (Tablo 7).

Kırsal alanda saç hastalıkları % 2,3 oranda, kent merkezinde % 4,2 oranda saptanmıştır. Saç hastalıkları her iki çevrede de benzer sıklıkta saptandı ($p=0,420$) (Tablo 7).

Selim deri tümörleri kırsal alandan gelen hastalarda % 1,1 oranla gözlenirken, merkezde bu oran % 4,2'dir. Yaşanılan çevre ile selim deri tümörleri arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki tespit edilmedi ($p=0,178$) (Tablo 7).

Nevüs hem kırsal bölgede, hem de kent merkezinde eşit oranda (% 2,3) tespit edilmiştir. Her iki çevrede de nevüs görülme oranı benzer saptandı ($p=0,671$) (Tablo 7).

Ürtiker görülme oranı kırsalda % 1,1 iken kentsel bölgede bu oran % 4,2 idi. Ürtiker her iki çevrede de benzer sıklıkta tespit edildi ($p=0,178$) (Tablo 7).

Kırsal kesimlerde kserozis kutis görülme sıklığı % 1,1 iken bu oran kent merkezinde % 2,8 idi. Kserozis kutis ile yaşanan çevre arasında istatistiksel anlamlı ilişki tespit edilmedi ($p=0,348$) (Tablo 7).

Foliküler bozukluklar kentsel ve kırsal alanda yaşayan her iki hasta grubunda da eşit oranda (% 2,3) tespit edilmiştir. Yaşanılan çevre ile foliküler bozukluklar arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki tespit edilmedi ($p=0,671$) (Tablo 7).

İnsect bite kırsal alanda % 1,1 oranla, kent merkezinde % 1,4 oranla tespit edilmiştir. İnsect bite ile yaşanan çevre arasında anlamlı fark saptanmadı ($p=0,670$) (Tablo 7).

Tırnak hastalıklarının görülme sıklığı kırsalda % 2,3 iken, kent merkezinde yaşayan hastalarda % 0,5 idi. Yaşanılan çevre ile tırnak hastalıkları arasında anlamlı fark tespit edilmedi ($p=0,203$) (Tablo 7).

5. TARTIŞMA

Pediatric yaş grubunda dermatolojik hastalıklarla ilgili çalışma sayısı sınırlıdır. Bu alanda yapılan her çalışma verileri desteklemek ve farklılıkları ortaya koyabilmek açısından önemlidir. Dermatolojik hastalıkların görülme sıklığı ve dağılımı ülkeler arasında hatta aynı ülkede bölgeler arasında farklılıklar gösterebilmektedir. Polat ve ark. (169) 624 hasta ile yaptıkları çalışmalarında en sık karşılaşılan dermatolojik hastalığın % 26,92 ile enfeksiyöz dermatozlar olduğunu bunu, % 20,19 ile ekzemanın takip ettiğini bildirmişlerdir. Karaca ve ark. (170) gelir düzeyi yeterli ailelerin çocuklarının gittiği, okul öncesi eğitim merkezlerinde bulunan çocuklarda yaptıkları araştırmalarında enfeksiyon hastalıklarına daha az rastlamışlardır. İnanır ve ark. (171) sosyoekonomik düzeyi düşük aile çocuklarında enfeksiyöz hastalıklar, atopik dermatit, kseroz ve pityriasis alba prevalansını anlamlı düzeyde daha yüksek saptamışlardır. Wenk ve ark. (172) ise İsviçre’de 1105 hasta ile yaptıkları çalışmalarında; en sık % 25,9 ile atopik dermatitin, % 9,1 ile pigmente nevüsün ve % 5 ile verruka vulgarisin görüldüğünü bildirmişlerdir.

Çalışmamızda en sık saptanan hastalık enfeksiyöz hastalıklar (% 24,7)’dir. Bu bulgu ülkemizde yapılan bazı çalışmalarla benzerlik göstermektedir (169,173). Enfeksiyöz hastalıklar bazı ülkelerde % 16,4- % 59,6 arasında değişen oranlarda en sık saptanan hastalık olarak bildirilmiştir (174-177). Bu durum bu ülkelerdeki düşük sosyoekonomik yaşam, yetersiz hijyen ve temizlik koşulları ile ilişkili olabilir.

Çalışmamızda verruka vulgaris % 9,7 ile en sık görülen enfeksiyöz hastalık olarak saptandı. Bu bulgu ülkemizdeki diğer çalışmalara benzerdir (173,178-181). Popescu ve ark.’nın (91) 1114 hasta ile yaptıkları bir çalışmada ve ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda (92,182) verruka en sık okul çağı dönemindeki çocuklarda saptandığı bildirilmektedir. Bizim çalışmamızda da verruka en sık bu yaş grubunda tespit edildi. Bu durum enfeksiyöz etkenlerin kalabalık ortamlarda daha kolay bulaşabildiğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda mantar enfeksiyonu % 6,7 ile 2. sıklıkta saptanan enfeksiyöz hastalıktır. Tinea kapitis % 1,7 ile en sık görülen mantar enfeksiyonudur. Serarslan ve ark'nın (178) çalışmalarında ise mantar enfeksiyonları içinde en sık pityriasis versikolor (% 5,4) tespit edilmiştir. Ogunbiyi ve ark. 'nın (183) 1066 hasta ile yaptıkları çalışmalarında mantar enfeksiyonu % 15,2 ile en sık gözlenen dermatoz olarak saptanmıştır. Tinea kapitis'in %14,5 ile bu hastaların büyük çoğunluğunu oluşturduğu bildirilmiştir. Dogra ve Kumar'ın (174) 1436 hasta içeren çalışmalarında mantar enfeksiyonu % 25,4 ile enfeksiyöz hastalıklar içinde 2.sıklıkta saptanmıştır.

Çalışmamızda piyoderma 4 hastada (% 1,3) saptanmıştır. Emodi ve ark. 'nın (184) çalışmalarında piyoderma % 29.81 ile en sık görülen hastalık olarak bildirilmiştir.

Molluskum contagiosum çalışmamızdaki hastaların %1'ini oluşturmaktaydı. Akbaş ve ark. (181) çalışmalarında molluskum contagiosum prevalansını % 2,9, İnanır ve ark. (171) ise % 0,25 olarak bildirmişlerdir. Casanova ve ark.'nın (185) çalışmalarında ise bu oran % 8,4 olarak belirtilmektedir.

Çalışmamızda skabies % 1,3 oranında, pedikülozis % 0,3 oranında saptandı. Özcan ve ark. (186) bu hastalıkların oranlarını sırasıyla % 0,08 ve % 1,3 olarak bildirmişlerdir. Karataş ve ark.'nın (187) 1917 hasta ile yaptıkları çalışmalarında pedikülozis kapitis % 10,7 oranında, Serarslan ve ark.'nın (188) çalışmalarında % 8,7 oranında tespit edildiği belirtilmektedir. Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda hastalığın kız çocuklarında anlamlı düzeyde daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (171,187). Çalışmamızda nispeten düşük tespit edilmiş olmasını, hasta sayısının az olması ile ilişkili olduğunu düşünüyoruz.

Çalışmamızda enfeksiyöz hastalıklar en fazla okul çağı çocuklarında (% 30,4) ve infantil dönemde (% 30) saptandı. Çalışmamızdan farklı olarak Can ve ark. (180) enfeksiyöz hastalıkları en sık okul öncesi çağı çocuklarda tespit etmişlerdir. Akbaş ve

ark. (181) ise çalışmalarında enfeksiyöz hastalıkların infantil dönem dışındaki diğer yaş gruplarında anlamlı düzeyde yüksek olduğunu bildirmişlerdir.

Enfeksiyöz hastalıklar çalışmamızda, kırsal bölgeden gelen hastalarda % 39,1, kentsel bölgeden gelen hastalarda % 18,8 oranında saptandı. Kentsel bölgede yaşayanlarda enfeksiyöz hastalık görülme oranı kırsal bölgede yaşayanlara göre anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur ($p<0,001$). Bu farkın hijyen kurallarının kırsal ve kentsel bölge farklılığıyla ilişkili olduğunu düşünüyoruz.

Can ve ark.'nın (180) 850 hasta ile yaptıkları çalışmalarında ekzema % 32,7 oranla en sık görülen hastalık olduğu bildirilmektedir. Çalışmamızda en sık görülen 2. hastalık % 23 ile ekzema'dır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda benzer sonuçlar bildirilmiştir (169,173,189). Benjamin ve ark. (190) çalışmalarında ekzema oranını % 54,3 olarak tespit etmişlerdir.

Atopik dermatit 0-2 yaş arasında % 32 oranla, 3-5 yaş arasında % 15,6 oranla ve 6-10 yaş arasında % 13 oranla en sık gözlenen ekzematöz dermatit olarak tespit edilmiştir. Farklı çalışmalarda bu oran % 7- % 31,3 arasında saptanmış olup çalışmamızda saptanan oranlara benzerdir (180,191,192). Atopik dermatit prevalansının genellikle artan yaşla azaldığı belirtilmektedir. (193,194). Biz de çalışmamızda atopik dermatit prevalansının infantil dönemde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğunu ve yaş ilerledikçe giderek azaldığını saptadık. Atopik dermatit görülme sıklığı son yıllarda giderek artmaktadır. Bunun nedeni olarak hava kirliliği, ev tozu akarlarına maruziyet, batılı yaşam tarzı, hijyenin giderek artması, emzirmenin azalması, yiyeceklerdeki katkı maddelerinin artması, merkezi ısıtma gibi faktörlerin varlığı düşünülmektedir (195). Her ne kadar kentsel ve kırsal bölgede yaşayan çocuklar arasında yaşam standardı farklı olsa da, çalışmamızda kentsel ve kırsal bölgede yaşayan çocuklarda atopik dermatit görülme oranları arasında anlamlı fark saptanmadı. Bu durumun, Düzce'de kentsel alanda yaşayan insanların büyük bir kısmının, çeşitli nedenlerle kırsal hayatla da bağlantıları olmasından kaynaklandığını düşünüyoruz.

Çalışmamızda seboreik dermatit % 4 oranında tespit edildi. Serarslan ve ark. (178) çalışmalarında seboreik dermatiti kızlarda, nummuler dermatiti ise erkeklerde anlamlı düzeyde daha yüksek oranda tespit etmişlerdir. Çalışmamızda cinsiyet ile ekzematöz dermatitler arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Akne adölesan dönemin sık görülen bir dermatolojik hastalığıdır. Çalışmamızda akne % 17 oranla 3. sıklıkta ve en fazla 11-16 yaş arasında saptandı. Tamer ve ark.'nın (182) yaptığı çalışmada ise % 12,4 oranla en sık saptanan hastalık olarak bildirilmiştir. Ülkemizde yapılan birçok çalışmada akne prevelansı çalışmamızda saptadığımız orana yakın olup, benzer şekilde en yoğun adölesan dönemde gözlenmiştir (92,169,179). Adölesan dönemdeki bu yüksek oranın hormonal değişikliklerin başlamasıyla ilişkili olabileceği düşünüldü. İnandır ve ark. (171), Akbaş ve ark. (181) çalışmalarında akne prevelansını kızlarda, Güldü ve ark. (196) ise erkeklerde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek saptamışlardır. Bizim çalışmamızda cinsiyetler arasında anlamlı fark saptanmadı.

Eritemli skuamli dermatozlar çalışmamızda % 5 oranla ve 6-10 yaş arası okul çağı çocuklarında gözlendi. Psoriasis bu grupta % 2,2 ile en sık gözlenen hastalıktı. Bu bulgular ülkemizdeki bazı çalışmalarla benzerdir (179, 180). Akbaş ve ark. (181) çalışmamızdan farklı olarak seboreik dermatiti eritemli skuamli dermatozlar (% 8,8) başlığı altında değerlendirmiş ve bu grupta en sık seboreik dermatiti (% 4,3), 2.sıklıkta psoriazisi (% 1,3) tespit etmişlerdir. Serarslan ve ark. (178) çalışmalarında psoriazis prevelansını % 4,9 olarak bildirmişlerdir. Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda bildirilen değerler ise sonucumuzdan daha düşüktür (169,170,197). Psoriasis prevelansı farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda % 0,02-7,5 arasında değişmektedir (91,172,174,175,185,192,198). Genetik ve irksal faktörler ülkelerdeki bu farklı sonuçların oluşmasında etkili olabilir. Yaş grupları dağılımı çalışmamıza benzer olan 3 farklı çalışmada da psoriazis en sık okul çağı çocuklarında saptanmıştır (92,182,189). Bu yaş grubunda psoriazisin yüksek oranda ortaya çıkması, birbirleriyle yakın temas

içindeki çocuklarda ortaya çıkan enfeksiyonun tetikleyici etkisi ile ilişkili olabileceği düşünmekteyiz.

Çalışmamızdaki hastaların 13'ünde (% 4,3) pigmentasyon bozukluğu saptanmış olup en sık gözlenen pigmentasyon bozukluğu vitiligo (% 3) 'dur. Ülkemizde çocuklarda pigmentasyon bozukluklarını araştıran 2815 hasta ile yapılan bir çalışmada vitiligo (% 1,8) erkeklerde ve kentsel bölgede yaşayan çocuklarda daha fazla gözleendiği bildirilmiştir (199). Hindistan'da yapılan bir çalışmada ise vitiligo (% 2,6), kız çocuklarında anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır (174). Çalışmamızda cinsiyetler arasında anlamlı farklılık tespit edilmedi. Kırsal ve kentsel bölgede yaşayan çocuklarda vitiligo görülme sıklığı benzer olarak saptandı.

Çalışmamızda pityriasis alba (% 0,7) 11-16 yaş grubunda gözleendi. Ülkemizde yapılan birçok çalışmada bu hastalığın prevalansı % 0,1-4,2 arasında değişmektedir. (169,170, 73,178,181,182,189). Hatay'da yetimhanede yapılan bir çalışmada pityriasis alba % 12,4 oranla en sık saptanan deri bulgusu olmuştur (188). İnanır ve ark. (171) çalışmalarında sosyoekonomik düzeyi düşük çocuklarda pityriasis alba (% 12) sıklığını anlamlı düzeyde daha yüksek bildirmişlerdir. Uludağ ve ark. (197) pityriasis alba (% 5,2) prevalansını erkek çocuklarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla tespit etmişlerdir. Benzer şekilde farklı ülkelerde yapılan bazı çalışmalarda da erkeklerde anlamlı düzeyde daha yüksek oranda olduğu bildirilmiştir (174,175). Çalışmamızda cinsiyetler arasında istatistiksel fark saptanmadı. Kentsel ve kırsal bölgelerde yaşayan çocuklarda pityriasis alba benzer oranlarda tespit edildi.

Saç hastalıkları çalışmamızda % 3,7 oranla saptanmış olup en sık görülen tipi % 2,3 oranla alopesi areata olmuştur. Alopesi areata sıklığı ülkemizde % 0,1- 4,1 arasında değişmektedir (170,179,180,182,200). Nanda ve ark. 'nın (192) 10.000 hasta ile yaptıkları çalışmalarında alopesi areata % 6,7 oranla 3.en sık görülen dermatoz olarak bildirilmiştir.

Güler ve ark. (201) çalışmalarında alopesi areata prevalansını, istatistiksel olarak anlamlı derecede kızlarda daha fazla saptadıklarını bildirmişlerdir. Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda ise erkeklerde daha fazla olduğu bildirilmiştir (120,200). Çalışmamızda cinsiyetler arasında istatistiksel bir fark saptanmadı.

Ürtiker görülme sıklığı çalışmamızda % 3,3'dür. Ülkemizde yapılan birçok çalışmada saptanan değerler sonucumuzla benzerlik göstermekle birlikte (169,179,180) bazı çalışmalarda farklı oranlar bildirilmiştir (171,202).

Selim deri tümörleri çalışmamızda % 3,3 oranla saptandı. Casanova JM ve ark.'nın (185) yaptığı çalışmalarında hastaların % 2,2'sinde hemanjiom, % 0,4'ünde pyojenik granülom, % 0,6'sında dermatofibromun saptandığı bildirilmiştir. Çalışmamızda ise bu oranlar sırasıyla % 0,7, % 0,3 ve % 0,3 olarak tespit edildi.

Kserozis kutis çalışmamızda % 2,3 oranında tespit edildi. Tamer ve ark. (182) ile Akbaş ve ark.'nın (199) çalışmalarında saptadıkları kserozis kutis prevalansı sonucumuzla benzerlik göstermektedir. İnanır ve ark. (171) çalışmalarında kserozis kutis prevalansını % 11,8, Uludağ ve ark. (197) % 5,8 olarak tespit etmişlerdir. Çalışmamızda kentsel ve kırsal bölgede yaşayan çocuklar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

Çalışmamızda folliküler bozuklukların prevalansı % 2,3 oranında tespit edildi. Keratozis pilaris (% 1,3) daha çok 11-16 yaş grubu çocuklarda saptandı. Akbaş ve ark. (181) ise keratozis pilarisi (% 2,6) daha çok 6-11 yaş arasında tespit etmişlerdir. Bu farklılığın oluşmasında iki bölge arasındaki farklı iklim koşulları etkili olabilir.

Nevüsler değişik oranlarda da olsa dünya genelinde yaygın olarak görülmektedir. Çalışmamızda melanositik nevüs prevalansı % 2,3 idi. Ülkemizde yapılan çalışmalarda melanositik nevüs prevalansı % 0,2-8,9 arasında değişmektedir (169,170,173,178,182,189). İnanır ve ark. (171) çalışmalarında en sık görülen deri bulgusunun % 14,39 oranla konjenital pigmente nevüs olduğunu bildirmişlerdir.

Çalışmamızda konjenital pigmente nevüs % 1,7 oranında saptandı. İspanya’da Casanova ve ark. (185) % 19,8, İsviçre’de Wenk ve ark. (172) % 9,1 oranla tespit ettiklerini bildirmişlerdir. Bu durum batı toplumlarındaki malign melanom endişesiyle ilgili olabilir.

Çalışmamızda insect bite prevalansı % 2,3 oranında saptandı. Ülkemizde yapılan çalışmalarda hastalığın prevalansı % 0,3 ile % 3,6 arasında değişmektedir (170,181,197). Van’da Bilgili ve ark.’nın (173) yaptığı çalışmada prevalans % 5 olarak bildirilmiştir. Libya’da yapılan bir çalışmada insect bite (% 9,6) 3.sıklıkta görülen dermatoz olarak saptanmıştır (175). Bu durumun ülkedeki kötü hijyen koşullarının sivrisinek ve diğer böceklerin artışına sebep olmasıyla ilgili olduğu düşünülmektedir (175). Çalışmamızda kentsel ve kırsal alanda yaşayan çocuklar arasında istatistiksel fark saptanmadı. Bu durum, Düzce yöresindeki yeşil alanların kırsal kesimlerden şehir merkezine de uzanması ile ilgili olabilir.

Çocukluk döneminde tırnak bozuklukları bir sistemik bir hastalığın ya da bir sendromun bulgusu olabileceği için önemlidir. Çalışmamızda tırnak hastalıkları prevalansı % 1 oranında bulundu. Çalışmamıza benzer şekilde Seçkin ve ark. (179) % 1, Can ve ark. (180) % 1,6 oranında tespit etmişlerdir.

Sonuç olarak çalışmamız az sayıda hasta ile yapılmış, kısa süreli kesitsel bir çalışma olmakla birlikte Düzce ve yöresine ait pediatrik çağdaki dermatolojik hastalıkların prevalansını değerlendiren ilk çalışmadır. Çalışmamızın bölgemize ait bulguları sunarak, ülkemize ait çocukluk çağında görülen dermatolojik hastalıkların verilerinin toplanmasına katkı sağlayacağına inanıyoruz. Ülkemizdeki pediatrik dermatolojik hastalıkların prevalansını ortaya koymak için daha geniş epidemiyolojik çalışmalara ihtiyaç vardır.

6. SONUÇLAR:

Çalışmamızda en sık saptanan hastalık enfeksiyöz hastalıklardır. Enfeksiyöz hastalıklar içinde her iki cinsiyette en sık verruka daha sonra mantar enfeksiyonu tespit edildi

Kırsal bölgede enfeksiyöz hastalık sıklığı, kent merkezinde yaşayan çocuklara göre anlamlı düzeyde yüksek saptandı.

Kentsel bölgede en sık saptanan enfeksiyöz hastalık verruka iken; kırsal alanda mantar enfeksiyonları idi.

Akne hem kızlarda hem de erkeklerde 3.sıklıkta ve en fazla adolesan dönemde saptandı.

Kızlarda en sık görülen hastalık enfeksiyöz hastalıklar iken erkeklerde ekzema idi.

Kız ve erkek cinsiyet arasında hastalıkların dağılımı açısından anlamlı fark tespit edilmedi.

0-2 yaş arasında ekzema, 3-5 yaş ve 6-10 yaş arasında enfeksiyöz hastalıklar, 11-16 yaş arasında akne en sık tespit edilen hastalıklardır.

0-2 yaş grubunda atopik dermatit prevalansının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ve yaş ilerledikçe azaldığı tespit edildi.

Atopik dermatit hem kırsal bölgede, hem de kent merkezinde en sık gözlenen ekzema çeşidi olarak saptandı. Kırsal ve kentsel bölgede yaşayan çocuklar arasında anlamlı fark tespit edilmedi.

Çalışmamızın sonuçlarında ülkemizde yapılan bazı çalışmalar ile benzerlikler görülmesine rağmen, farklılıklar da vardır. Elde ettiğimiz verilerin ülke genelinde yapılacak olan geniş tabanlı epidemiyolojik çalışmalara ve çocuklara yönelik koruyucu sağlık hizmetlerine katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.



7. KAYNAKLAR

1. Jain N, Khandpur S. Pediatric dermatoses in India. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2010; 76 (5): 451-4.
2. Burton JL. The logic of dermatological diagnosis. Dowling oration 1980. *Clin Exp Dermatol.* 1981; 6 (1) :1-21.
3. Marks R. Skin problems in infancy and old age. *Roxburgh's common skin diseases.* pp.227-37, London, 2003.
4. Williams J, Coulson I. Xerosis. Ed: Lebwohl MG, Heymann WR, Jones JB, Coulson I, *Treatment of skin diseases.* pp. 793-795, Saunders elsevier, 2010.
5. Uzun S. Kaşıntılı hastaya yaklaşım, kaşıntılı deri hastalıkları. Uluslararası katılımlı X Ulusal Allerji ve Klinik İmmunoloji Kongresi, Adana, 2002.
6. Kutlubay Z, Küçüktaş M, Engin B, Serdaroğlu S. Atopik Dermatit Tedavisi. *Dermatoz.* 2012; 3(2):62-8.
7. Chiang C, Eichenfield LF. Quantitative assessment of combination bathing and moisturizing regimens on skin hydration in atopic dermatitis. *Pediatr Dermatol.* 2009; 26 (3): 273-8.
8. Kristal L, Klein PA. Atopic dermatitis in infants and children. An update. *Pediatr Clin North Am.* 2000;47(4):877-95.
9. Williams HC. Atopic Dermatitis. *N Engl J Med.* 2005; 352 (22) : 2314-24.
10. Darsow U, Wollenberg A, Simon D, Taieb A, Werfel T, Oranje A, et al. ETFAD/EADV eczema task force 2009 position paper on diagnosis and treatment of atopic dermatitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2010;24 (3) :317-28.
11. Bos JD. Atopiform dermatitis. *Br J Dermatol.* 2002;147 (3) :426-9.
12. Johansson SG, Hourihane JO, Bousquet J, Bruijnzeel-Koomen C, Dreborg S, Haahtela T, et al. A revised nomenclature for allergy. An EAACI position statement from the EAACI nomenclature task force. *Allergy.* 2001; 56 (9) :813-24.
13. Friedmann PS, Holden CA. Atopic dermatitis. Ed: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, *Rook's Textbook of Dermatology.* pp. 1-18, Blackwell Publishing,

Oxford, 2004.

14. Beltrani VS, Boguniewicz M. Atopic dermatitis. *Dermatol Online J.* 2003;9 (2) :1
15. Akdis CA, Akdis M, Bieber T, Bindslev-Jensen C, Boguniewicz M, Eigenmann P, et al. Diagnosis and treatment of atopic dermatitis in children and adults: European Academy of Allergology and Clinical Immunology/American Academy of Allergy, Asthma and Immunology/PRACTALL Consensus Report. *J Allergy Clin Immunol.* 2006;118 (1) :152-69.
16. Bieber T. Atopic dermatitis. *N Engl J Med.* 2008;358 (14) :1483-94.
17. Krakowski AC, Eichenfield LF, Dohil MA. Management of atopic dermatitis in the pediatric population. *Pediatrics.* 2008; 122 (4) :812-24.
18. Pigatto P, Martelli A, Marsili C, Fiocchi A. Contact dermatitis in children. *Ital J Pediatr.* 2010; 36:2.
19. Sharma VK, Asati DP. Pediatric contact dermatitis. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2010;76 (5) :514-20.
20. Önder M, Tektaş V. Diaper Dermatit ve Güncel Tedavi Yaklaşımları. *Actual Med* 2011;19: 18-24.
21. Bruckner AL, Weston WL, Morelli JG. Does sensitization to contact allergens begin in infancy? *Pediatrics.* 2000; 105 (1) : e3.
22. Adışen E, Önder M. Çocuklarda kontakt dermatitler. *Türkderm* 2011; 45: 87-9.
23. Bayazıt ÖE. Allerjik kontakt dermatit. Ed: Tüzün Y, Kotoğyan A, Serdaroğlu S, Çokuğraş H, Tüzün B, Mat CM, *Pediatric Dermatoloji.* pp. 121-43, Nobel tıp kitabevleri, İstanbul, 2005.
24. McAlvony JP, Sherertz EF. Contact dermatitis in infants, children and adolescents. . *Adv Dermatol* 1994; 9: 205-23.
25. Levy ML. Disorders of the hair and scalp in children. *Pediatr Clin North Am.* 1991; 38 (4) :905-19.
26. Bülbül EB, Tunalı Ş. Sık rastlanan pediatrik deri hastalıkları. *Güncel Pediatri* 2004; 2: 157-64.
27. Tüzün Y, Kutlubay Z, Zara T, Engin B. Çocukluk çağı psoriasis. *Dermatoz.* 2011;2 (2) :299-306.

28. Bowcock AM, Cookson WO. The genetics of psoriasis, psoriatic arthritis and atopic dermatitis. *Hum Mol Genet.* 2004;13 Spec No 1: R43-55.
29. Kumar B, Jain R, Sandhu K, Kaur I, Handa S. Epidemiology of childhood psoriasis: a study of 419 patients from northern India. *Int J Dermatol.* 2004; 43 (9) : 654-8.
30. Seyhan M, Coskun BK, Saglam H, Ozcan H, Karıncaoglu Y. Psoriasis in childhood and adolescence: evaluation of demographic and clinical features. *Pediatr Int.* 2006; 48 (6) : 525-30.
31. Swanbeck G, Inerot A, Martinsson T, Wahlstrom J, Enerback C, Enlund F, et al. Age at onset and different types of psoriasis. *Br J Dermatol.* 1995;133 (5) :768-73.
32. Benoit S, Hamm H. Childhood psoriasis. *Clin Dermatol.* 2007; 25 (6) :555-62.
33. Farber EM, Nall ML. The natural history of psoriasis in 5,600 patients. *Dermatologica.* 1974; 148 (1) : 1-18.
34. Nanda A, Kaur S, Kaur I, Kumar B. Childhood psoriasis: an epidemiologic survey of 112 patients. *Pediatr Dermatol.* 1990;7 (1) :19-21.
35. Sanfilippo AM, Barrio V, Kulp-Shorten C, Callen JP. Common pediatric and adolescent skin conditions. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2003;16 (5) :269-83.
36. Özden MG. Çocukluk çağında psoriasis. *Türkderm.* 2011; 45: 127-32.
37. Arndt KA. Lichen planus. Ed: Fitzpatrick TB, Eienssen A, Wolff E, Freedberg IM, *Dermatology in General Medicine.* pp. 967-73, McGraw-Hill, New York, 1999.
38. Hurwitz S. A textbook of skin disorders of childhood and adolescence. *Clinical Pediatric Dermatology.* pp. 83-105, Philadelphia, WB Saunders, 1982.
39. Schmidt H. Frequency, duration and localization of lichen planus. A study based on 181 patients. *Acta Derm Venereol.* 1961; 41:164-7.
40. Milligan A, Graham-Brown RA. Lichen planus in children--a review of six cases. *Clin Exp Dermatol.* 1990;15 (5) :340-2.
41. Handa S, Sahoo B. Childhood lichen planus: a study of 87 cases. *Int J Dermatol.* 2002;41 (7) : 423-7.

42. Sharma R, Maheshwari V. Childhood lichen planus: a report of fifty cases. *Pediatr Dermatol.* 1999; 16 (5) :345-8.
43. Nanda A, Al-Ajmi HS, Al-Sabah H, Al-Hasawi F, Alsaleh QA. Childhood lichen planus: a report of 23 cases. *Pediatr Dermatol.* 2001;18 (1) :1-4.
44. Kanwar AJ, Handa S, Ghosh S, Kaur S. Lichen planus in childhood: a report of 17 patients. *Pediatr Dermatol.* 1991; 8 (4) :288-91.
45. Cottoni F, Ena P, Tedde G, Montesu MA. Lichen planus in children: a case report. *Pediatr Dermatol.* 1993; 10 (2) :132-5.
46. Amold HL, Odom RB, James WD. *Andrews' disease of the skin clinical dermatology.* pp. 237-46, WB Saunders Company, 1990.
47. Kumar V, Garg BR, Baruah MC, Vasireddi SS. Childhood lichen planus (LP). *J Dermatol.* 1993; 20 (3) :175-7.
48. Levell NJ, Munro CS, Marks JM. Severe lichen planus clears with very low-dose cyclosporin. *Br J Dermatol.* 1992; 127 (1) :66-7.
49. Pigatto PD, Chiappino G, Bigardi A, Mozzanica N, Finzi AF. Cyclosporin A for treatment of severe lichen planus. *Br J Dermatol.* 1990; 122 (1) :121-3.
50. Pacor ML, Biasi D, Urbani G, Lombardo G, Lunardi C. [The efficacy of cyclosporin for topical use in oral lichen planus]. *Minerva Stomatol.* 1994; 43 (4) :129-32.
51. Drago F, Broccolo F, Rebora A. Pityriasis rosea: an update with a critical appraisal of its possible herpesviral etiology. *J Am Acad Dermatol.* 2009;61 (2) :303-18.
52. Polat M, Pelitli AÖ, Öztaş P, Gür G, Dikicier BS, Ercan H, Allı N. Palmoplantar Tutulumu da Olan Pityriasis Rosea. *Türkiye Klinikleri J Med.* 2007; 27: 115-7.
53. Chuh A, Lee A, Zawar V, Sciallis G, Kempf W. Pityriasis rosea--an update. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2005; 71 (5) :311-5.
54. Kempf W, Burg G. Pityriasis rosea--a virus-induced skin disease? An update. *Arch Virol.* 2000; 145 (8) :1509-20.
55. Chuh A, Chan H, Zawar V. Pityriasis rosea--evidence for and against an infectious aetiology. *Epidemiol Infect.* 2004; 132 (3) :381-90.
56. Turchin I, Adams SP, Enta T. Dermacase. Pityriasis rosea. *Can Fam Physician.*

2004; 50:41, 9-50.

57. Griffiths WAD. Pityriasis rubra pilaris. Ed: Harper J, Orange A, Prose N. Textbook of Pediatric Dermatology. pp.664-8, Blackwell Science Ltd, Oxford, 2000.

58. Williams ML, Shwayder TA. Ichthyosis and disorders of cornification. Ed: Schachner LA, Hansen RC. Pediatric dermatology. pp. 452-4, Churchill Livingstone New York, 1996.

59. Alpsoy E. Figüre eritemler. Ed: Tüzün Y, Kotoğyan A, Serdaroğlu S, Çokuğraş H, Tüzün B, Mat CM, Pediatrik Dermatoloji. pp.395-400, Nobel tıp kitabevleri, İstanbul, 2005.

60. Shelley WB. Erythema Annulare Centrifugum Due to Candida Albicans. Br J Dermatol. 1965; 77: 383-4.

61. Sterling JC. Virus infections. Ed: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C. Rook's Textbook of Dermatology. pp.1-33. Wilay-Blackwell, Oxford, 2010.

62. Paller AS, Mancini AJ. Hurwitz Clinical Pediatric Dermatology. pp. 397-42, Elsevier Saunders, Philadelphia, 2006.

63. Madkon V, Sra K, Brantley J, Carrasco D. Human Herpes viruses. Ed: Bologna JL, Jorizzo J, Rapini RP. Dermatology. pp. 1199-217, Mosby-Elsevier, 2008.

64. Todd G, Krause W. Sexually transmitted diseases. Ed: Schachner LA, Hansen RC. Pediatric Dermatology. pp. 1181-223, Mosby, Edinburg, 2003.

65. Bromberg K, Hammerschlag M, Rawstron SA, Bilo RAC, Oranje AP. Sexually transmitted disease in children and adolescents. Ed: Harper J, Orange A, Prose N. Textbook of Pediatric Dermatology. pp. 1510-29, Blackwell Sci, Oxford, 2002.

66. Theos A. Diagnosis and management of superficial cutaneous fungal infections in children. Pediatr Ann. 2007; 36 (1) : 46-54.

67. Seebacher C, Abeck D, Brasch J, Cornely O, Daeschlein G, Effendy I, et al. Tinea capitis. J Dtsch Dermatol Ges. 2006; 4 (12) : 1085-91.

68. Higgins EM, Fuller LC, Smith CH. Guidelines for the management of tinea capitis. British Association of Dermatologists. Br J Dermatol. 2000; 143 (1) : 53-8.

69. Mohrenschlager M, Seidl HP, Ring J, Abeck D. Pediatric tinea capitis: recognition and management. Am J Clin Dermatol. 2005; 6 (4) : 203-13.

70. Kakourou T, Uksal U, European Society for Pediatric D. Guidelines for the management of tinea capitis in children. *Pediatr Dermatol*. 2010; 27 (3) : 226-8.
71. Verna S, Heffernan MP. Superficial fungal infection: dermatophytosis, onychomycosis, tinea nigra, piedra. Ed: Wolff K, Goldsmith LA, Katz S, Gilchrest BA, Paller AS, Leffel DJ. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. pp. 807-21, McGrawhill, New York, 2008.
72. Andrews MD, Burns M. Common tinea infections in children. *Am Fam Physician*. 2008; 77 (10) :1415-20.
73. Bruch-Gerharz D, Ruzicka T. [Dermatomycoses of childhood]. *Hautarzt*. 2009; 60 (5) : 389-94.
74. Fernandes NC, Akiti T, Barreiros MG. Dermatophytoses in children: study of 137 cases. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo*. 2001; 43 (2) :83-5.
75. Gupta AK, Batra R, Bluhm R, Faergemann J. Pityriasis versicolor. *Dermatol Clin*. 2003; 21 (3) :413-29, v-vi.
76. Karakas M, Turac-Bicer A, Ilkit M, Durdu M, Seydaoglu G. Epidemiology of pityriasis versicolor in Adana, Turkey. *J Dermatol*. 2009; 36 (7) : 377-82.
77. Jena DK, Sengupta S, Dwari BC, Ram MK. Pityriasis versicolor in the pediatric age group. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2005; 71 (4) : 259-61.
78. Kose O, Bulent Tastan H, Riza Gur A, Kurumlu Z. Comparison of a single 400 mg dose versus a 7-day 200 mg daily dose of itraconazole in the treatment of tinea versicolor. *J Dermatolog Treat*. 2002 ;13 (2) : 77-9.
79. Samastı M. Bitler ve bitlenme. *T Parazit Derg*. 1993;17 (2) :87-90.
80. Oumeish I, Oumeish OY, Bataineh O. Acute bacterial skin infections in children. *Clin Dermatol*. 2000;18 (6) :667-78.
81. Angel TA, Nigro J, Levy ML. Infestations in the pediatric patient. *Pediatr Clin North Am*. 2000;47 (4) :921-35.
82. Burgess I. *Sarcoptes scabiei* and scabies. *Adv Parasitol*. 1994; 33: 235-92.
83. Arlian LG, Bruner RH, Stuhlman RA, Ahmed M, Vyszynski-Moher DL. Histopathology in hosts parasitized by *Sarcoptes scabiei*. *J Parasitol*. 1990;76 (6) :889-94.

84. Gershon AA, LaRussa P, Steinberg SP. Varicella zoster virus. Ed: Muray PR, Baron EJ, Pfaller MA, Tenover FC, Tenover FC, Tenover FC, Yolken HR. Manual of Clinical Microbiology. pp. 895-904, ASM Pres, Washington, 1995.
85. Arvin AM. Varicella-zoster virus: molecular virology and virus-host interactions. Curr Opin Microbiol. 2001; 4 (4) :442-9.
86. Rawson H, Crampin A, Noah N. Deaths from chickenpox in England and Wales 1995-7: analysis of routine mortality data. BMJ. 2001; 323 (7321) : 1091-3.
87. Seward JF. Update on varicella. Pediatr Infect Dis J. 2001; 20 (6) : 619-21.
88. Villasis-Keever MA, Pena LA, Miranda-Novales G, Alvarez y Munoz T, Damasio-Santana L, Lopez-Fuentes G, et al. Prevalence of serological markers against measles, rubella, varicella, hepatitis B, hepatitis C, and human immunodeficiency virus among medical residents in Mexico. Prev Med. 2001; 32 (5) :424-8.
89. Tüzün Y, Tüzün B. Derinin viral hastalıkları. Ed: Tüzün Y, Kotoğyan A, Aydemir EH, Baransü O. Dermatoloji. pp. 197-218, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 1994.
90. Lowy DR, Androphy E. Warts. Ed: Fitzpatrick BT, Eisen AZ, Wolff K, Freedberg IM, Austen KF. Dermatology in General Medicine. pp. 2611-21, McGraw-Hill, New York, 1993.
91. Popescu R, Popescu C, Williams H, Forsea D. The prevalence of skin conditions in Romanian school children. British journal of dermatology. 1999;140 (5) :891-6.
92. Özyurt K, Çınar SL, Avcı A. Frequency of Childhood Dermatological Diseases: An Analysis of 8551 Cases. Dermatit. 2016;2357:27.5.
93. Zuberbier T, Aberer W, Asero R, Bindslev-Jensen C, Brzoza Z, Canonica GW, et al. The EAACI/GA(2) LEN/EDF/WAO Guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria: the 2013 revision and update. Allergy. 2014;69 (7) :868-87.
94. Sahiner UM, Civelek E, Tuncer A, Yavuz ST, Karabulut E, Sackesen C, et al. Chronic urticaria: etiology and natural course in children. Int Arch Allergy Immunol. 2011;156 (2) :224-30.
95. Sackesen C, Sekerel BE, Orhan F, Kocabas CN, Tuncer A, Adalioglu G. The etiology of different forms of urticaria in childhood. Pediatr Dermatol. 2004; 21(2) :102-

- 8.
96. Bruske I, Standl M, Weidinger S, Klumper C, Hoffmann B, Schaaf B, et al. Epidemiology of urticaria in infants and young children in Germany--results from the German LISApplus and GINIplus Birth Cohort Studies. *Pediatr Allergy Immunol.* 2014; 25 (1) :36-42.
97. Cherrez Ojeda I, Cruz E, Leon R, Mantilla R, Guerrero T, Soria J, et al. Chronic autoimmune urticaria in children. *Allergol Immunopathol (Madr).* 2009; 37 (1) :43-7.
98. Kauppinen K, Juntunen K, Lanki H. Urticaria in children. Retrospective evaluation and follow-up. *Allergy.* 1984;39(6):469-72.
99. Thomas P, Perkin MR, Rayner N, Cox H, Fox AT, Leech S, et al. The investigation of chronic urticaria in childhood: which investigations are being performed and which are recommended? *Clin Exp Allergy.* 2008;38(6):1061-2.
100. Kaplan AP. Urticaria and angioedema. Ed: Adkinson NF, Yunginer JW, Busse WW. *Allergy principles and practice.* pp. 1537-59, Mosby-Year Book Inc, St. Louis, Missouri, 2003.
101. Zuberbier T, Asero R, Bindslev-Jensen C, Walter Canonica G, Church MK, Gimenez-Arnau AM, et al. EAACI/GA(2)LEN/EDF/WAO guideline: management of urticaria. *Allergy.* 2009;64(10):1427-43.
102. Düzova A, Adalıoğlu G. Ürtiker ve anjioödem. *Katkı Pediatri Dergisi (Astma ve Alerjik Hastalıklar).* 1997; 789-99.
103. Grattan CE, Sabroe RA, Greaves MW. Chronic urticaria. *J Am Acad Dermatol.* 2002;46(5):645-57; quiz 57-60.
104. Dibbern DA Jr, Dreskin SC. Urticaria and angioedema: an overview. *Immunol Allergy Clin North Am.* 2004; 24 (2) : 141-62, v.
105. Erkin G, Boztepe G. Akne vulgaris. *Hacettepe Tıp Dergisi.* 2004; 207-11.
106. Acar MA, Aksungur VL. Ed: Tüzün Y, Gürer MA, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur VL. *Dermatoloji.* pp. 1189-216, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2008.
107. Marcoux D, McCuaig CC, Powell J. Prepubertal acne: clinical presentation, evaluation, and treatment. *J Cutan Med Surg.* 1998;2 Suppl 3:2-6.
108. Ünal İ, Ertam İ. Akne ve benzeri hastalıklar. Ed: Tüzün Y, Kotoğyan A,

Serdaroğlu S, Çokuğraş H, Tüzün B, Mat MC. Pediyatrik Dermatoloji. pp. 524-8, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2005.

109. Thibaut DM, Strauss JS. Diseases of the sebaceous glands. Ed: Freedberg IM Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. pp. 672-87, McGraw-Hill, New York, 2003.

110. Cunliffe WJ. Acne. Ed: Harper J, Oranje A, Prose N. Pediatric Dermatology. pp. 639-53, Blackwell Scientific Publ, Oxford, 2000.

111. Altunay İK, Mercan S. Akne vulgariste psikopatolojik etkiler. Dermatose. 2005; (4) : 92-5.

112. Rigopoulos D, Ioannides D, Kalogeromitros D, Katsambas AD. Comparison of topical retinoids in the treatment of acne. Clin Dermatol. 2004;22(5):408-11.

113. Gollnick H, Schramm M. Topical therapy in acne. J Eur Acad Dermatol Venereol. 1998;11 Suppl 1:S8-12; discussion S28-9.

114. Oğuz O. Alopesi areata. Ed: Tüzün Y, Güner MA, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur VL. Dermatoloji. pp. 1318-24, Nobel Tıp kitabevi, İstanbul, 2008.

115. Lanthaler M, Plewing G, Wolff HH, Et al. Braun-Falco's Dermatology. pp. 1050-2, Springer Medizin Verlag Heidelberg, 2009.

116. Sharma VK, Dawn G, Kumar B. Profile of alopecia areata in Northern India. Int J Dermatol. 1996; 35 (1) :22-7.

117. De Waard-van der Spek FB, Oranje AP, De Raeymaecker DM, Peereboom-Wynia JD. Juvenile versus maturity-onset alopecia areata--a comparative retrospective clinical study. Clin Exp Dermatol. 1989;14 (6) :429-33.

118. Madani S, Shapiro J. Alopecia areata update. J Am Acad Dermatol. 2000;42(4):549-66; quiz 67-70.

119. Sharma VK, Kumar B, Dawn G. A clinical study of childhood alopecia areata in Chandigarh, India. Pediatr Dermatol. 1996;13 (5) :372-7.

120. Bilgili SG, Karadağ AS, Özdemir S, Çalka Ö. Çocukluk Çağı Alopesi Areatalı Hastaların Retrospektif Değerlendirilmesi. Dermatoz. 2012;3 (4) :127-31.

121. Sparling LC. Alopecias. Hair Disorders. Ed: Bologna J, Jorizzo JL, Rapini RP et al. Dermatology. pp. 987-1005, Mosby, 2008.

122. Kavala M, Türkoğlu Z, Can B. Sistemik hastalıklarda saç. Göztepe tıp dergisi. 2009; 26: 128-9.
123. Elise AO. Hair disorders. Ed: Harper J, Oranje A, Prose N. Textbook Of Pediatric Dermatology. pp. 1753-89, Blackwell Science, Slovenia, 2002.
124. Whiting DA, Dy LC. Office diagnosis of hair shaft defects. Semin Cutan Med Surg. 2006;25 (1) :24-34.
125. Serdar Z, Yaşar Ş, Aslan C, Nuhoglu C. Konjenital Trikoreksis Nodoza: İki Kardeş Olgu Sunumu. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi. 2008; 48:4.
126. Tüzün Y, Kotoğyan A, Serdaroğlu S, Onsun N. Tırnak Hastalıkları. pp. 9-172, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 1993.
127. Scheinfeld NS. Trachyonychia: a case report and review of manifestations, associations, and treatments. Cutis. 2003;71(4):299-302.
128. Wong DE, Brodtkin RH, Rickert RR, McFalls SG. Congenital melanonychia. Int J Dermatol. 1991;30 (4) :278-80.
129. Çayırılı M, Saydam M, Yeşil H. İdiyopatik Edinilmiş Parsiyel-Total Lökonişi. Türkiye Klinikleri J Dermatol. 2014;24(3):103-5.
130. Silverberg NB. Update on childhood vitiligo. Curr Opin Pediatr. 2010; 22(4):445-52.
131. Nordlund JJ, Lerner AB. Vitiligo. It is important. Arch Dermatol. 1982; 118 (1):5-8.
132. Mazereeuw-Hautier J, Taieb A. Vitiligo in childhood. Ed: Picardo M, Taieb A. Vitiligo. pp. 117-22. Springer, Berlin, 2010.
133. Halder RM, Grimes PE, Cowan CA, Enterline JA, Chakrabarti SG, Kenney JA, Jr. Childhood vitiligo. J Am Acad Dermatol. 1987;16(5 Pt 1):948-54.
134. Jaisankar TJ, Baruah MC, Garg BR. Vitiligo in children. Int J Dermatol. 1992;31(9):621-3.
135. Precic S, Djuran V, Mikov A, Mikov I. Vitiligo in children. Pediatr Dermatol. 2007;24(6):666.
136. Lee HS, Chun YS, Hann SK. Nevus depigmentosus: clinical features and

- histopathologic characteristics in 67 patients. *J Am Acad Dermatol.* 1999;40(1):21-6.
137. Nordlund JJ, CA. Disorders of pigmentation. Ed: Orkin M, Maibach HI, Dahl MW. *Dermatology.* pp. 261-93, Appleton & Lange, 1991.
138. Katugampola GA, Lanigan SW. The clinical spectrum of naevus anaemicus and its association with port wine stains: report of 15 cases and a review of the literature. *Br J Dermatol.* 1996; 134 (2) : 292-5.
139. Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH, Burgdorf WHC. *Dermatologie und Venerologie.* pp. 1418-1419, Springer Verlag, Berlin, 2000.
140. Jadotte YT, Janniger CK. Pityriasis alba revisited: perspectives on an enigmatic disorder of childhood. *Cutis.* 2011;87 (2) :66-72.
141. Rabinovitz SH, Barnhill LR. Benign melanocytic neoplasms. Ed: Bologna LJ, Jorizzo LJ, Schaffer VJ. *Dermatology.* pp. 1871-1872, Elsevier saunders, 2012.
142. Clemmensen OJ, Kroon S. The histology of "congenital features" in early acquired melanocytic nevi. *J Am Acad Dermatol.* 1988; 19 (4) :742-6.
143. Burgdorf WHC, Plewig G, Wolff HH, Landthaler M. Braun-Falco's *Dermatology.* pp. 1403-1413, Springer Verlag, 2009.
144. Banky JP, Kelly JW, English DR, Yeatman JM, Dowling JP. Incidence of new and changed nevi and melanomas detected using baseline images and dermoscopy in patients at high risk for melanoma. *Arch Dermatol.* 2005;141(8):998-1006.
145. Pfahlberg A, Kolmel KF, Gefeller O, Febim Study G. Timing of excessive ultraviolet radiation and melanoma: epidemiology does not support the existence of a critical period of high susceptibility to solar ultraviolet radiation- induced melanoma. *Br J Dermatol.* 2001;144(3):471-5.
146. Fitzpatrick TB, Johnson RA, Wolff K, Suurmond D. Insect bites and infestations. *Color Atlas and Synopsis of Clinical Dermatology.* pp. 820-857, McGraw-Hill, 2001.
147. Sardana K, Relhan V, Garg V, Khurana N. An observational analysis of erythromelanosis follicularis faciei et colli. *Clin Exp Dermatol.* 2008;33(3):333-6.
148. James WD, Berger TG. Diseases of the skin appendages. *Andrew's Disease of the Skin Clinical Dermatology.* pp. 775-6, Kanada, 2006.
149. James WD, Berger TG. Genodermatoses and congenital anomalies. *Andrew's*

Disease of the Skin Clinical Dermatology. pp. 547-580. Kanada, 2006.

150. Mulliken JB, Glowacki J. Hemangiomas and vascular malformations in infants and children: a classification based on endothelial characteristics. *Plast Reconstr Surg.* 1982;69 (3) :412-22.
151. Jacobs AH, Walton RG. The incidence of birthmarks in the neonate. *Pediatrics.* 1976;58 (2) : 218-22.
152. Bruckner AL, Frieden IJ. Hemangiomas of infancy. *J Am Acad Dermatol.* 2003; 48 (4) : 477-93; quiz 94-6.
153. Finn MC, Glowacki J, Mulliken JB. Congenital vascular lesions: clinical application of a new classification. *J Pediatr Surg.* 1983;18(6):894-900.
154. Drolet BA, Esterly NB, Frieden IJ. Hemangiomas in children. *N Engl J Med.* 1999; 341 (3) : 173-81.
155. Mulliken JB, Enjolras O. Congenital hemangiomas and infantile hemangioma: missing links. *J Am Acad Dermatol.* 2004; 50 (6) :875-82.
156. Braun Falco O, Plewig G, Wolff HH, Burgdorf WHC. Mesenchymal and neural tumors. pp. 1557-1558, Springer-Verlag, 1996.
157. Bigler C, Burgdorf WHC. Benign neoplasms, premalignant conditions, and malignancy. Ed: Schachner LA, Hansen R. *Pediatric Dermatology.* pp. 1001-2, Churchill Livingstone, 1995.
158. Graham GF. Advances in cryosurgery during the past decade. *Cutis.* 1993;52 (6) : 365-72.
159. El Demellawy D, Babay S, Elkhawaga S, Alowami S. A brief report of a rare case of giant apocrine hidrocystoma presenting as a scalp hematoma. *Pol J Pathol.* 2011;62(2):116-7.
160. Torsekar RG, Vishalakshi V. Multiple apocrine hidrocystomas. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2001;67(2):89-90.
161. Vashi N, Mandal R. Giant multi-loculated apocrine hidrocystomas. *Dermatol Online J.* 2010;16 (11) :16.
162. Cohen BA, Hood A. Xanthogranuloma: report on clinical and histologic findings in 64 patients. *Pediatr Dermatol.* 1989;6(4):262-6.

163. Prendiville JS, Krol AL. Disease of the dermis and subcutaneous tissues. Ed: Schachner LA, Hansen R. Pediatric Dermatology. pp. 713-67, Mosby, 2003.
164. Cemil B, Ataş H, Akış H, Erdoğan A, Şaşmaz R. Jeneralize Erüptif Siringom. Turk J Dermatol. 2015; 1: 42-4.
165. Jamalipour M, Heidarpour M, Rajabi P. Generalized eruptive syringomas. Indian J Dermatol. 2009; 54 (1) : 65-7.
166. Tsunemi Y, Ihn H, Saeki H, Tamaki K. Generalized eruptive syringoma. Pediatr Dermatol. 2005;22 (5) :492-3.
167. Banik R, Lubach D. Skin tags: localization and frequencies according to sex and age. Dermatologica. 1987;174 (4) :180-3.
168. Chan MM, Yong TT, Sittampalam K. Giant labial fibroepithelial stromal polyp. Malays J Pathol. 2013; 35 (1) : 91-4.
169. Polat M, Göksügür N, Parlak AH, Tahtacı Y, İbrahimbaş Y, Kılıç B, Şereflican B. Bolu Yöresinde Pediatrik Yaş Grubunda Görülen Deri Hastalıkları. Türkderm. 2008; 42: 22-5.
170. Karaca Ş, Kulaç M, Demirel R, Köken R, Hüsna Ö, Çetişli A. Afyonkarahisar okul öncesi eğitim merkezlerinde deri hastalıkları prevalansı. Türkiye Klinikleri J Dermatol. 2007;17 (1) : 4-8.
171. Inanir I, Sahin MT, Gunduz K, Dinc G, Turel A, Ozturkcan S. Prevalence of skin conditions in primary school children in Turkey: differences based on socioeconomic factors. Pediatr Dermatol. 2002;19 (4) : 307-11.
172. Wenk C, Itin PH. Epidemiology of pediatric dermatology and allergology in the region of Aargau, Switzerland. Pediatr Dermatol. 2003; 20 (6) : 482-7.
173. Bilgili SG, Calka O, Akdeniz N, Karadag AS, Akbayram S. The prevalence of pediatric skin diseases in Eastern Turkey. Int J Dermatol. 2014;53(1):e6-9.
174. Dogra S, Kumar B. Epidemiology of skin diseases in school children: a study from northern India. Pediatr Dermatol. 2003;20 (6) :470-3.
175. Elfaituri SS. Skin diseases among internally displaced Tawerghans living in camps in Benghazi, Libya. Int J Dermatol. 2016; 55 (9) :1000-4.
176. Neupane S, Pandey P. Spectrum of dermatoses among paediatric patients in a

teaching hospital of Western Nepal. Nepal Journal of Dermatology, Venereology & Leprology. 2012;10(1):20-6.

177. Muzaffar F. Pattern of skin diseases at The Children's Hospital, Lahore: comparison between 1996–1998 and 2011. Journal of Pakistan Association of Dermatologists. 2012;22(3):230-5.

178. Özer C, Akçalı C, Serarslan G. Çocukluk çağında karşılaşılan deri hastalıkları. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2007;11 (1) :13-6.

179. Seçkin HY, Kalkan G, Baş Y. Tokat Bölgesinde Çocukluk Çağında Görülen Deri Hastalıklarının Prevalansı. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2013;5(1):8-15.

180. Can B, Kavala M, Türkoglu Z, Zindanci I, Südogan S, Topaloglu F. Istanbul Bölgesinde Çocukluk Çağında Görülen Deri Hastalıklarının Prevalansı. Turkderm. 2011;45(1):10.

181. Akbaş A, Kılınç F, Yakut İ, Metin A. Çocuklarda Dermatolojik Hastalıklar: 4025 Hastanın Prospektif Analizi. Turkish Journal of Pediatric Disease. 2015; 1: 6-11.

182. Tamer E, İlhan MN, Polat M, Lenk N, Alli N. Prevalence of skin diseases among pediatric patients in Turkey. The Journal of dermatology. 2008;35 (7) :413-8.

183. Ogunbiyi A, Owoaje E, Ndahi A. Prevalence of skin disorders in school children in Ibadan, Nigeria. Pediatric dermatology. 2005;22(1):6-10.

184. Emodi I, Ikefuna A, Uchendu U, Duru A. Skin diseases among children attending the out patient clinic of the University of Nigeria teaching hospital, Enug. African health sciences. 2010;10(4).

185. Casanova J, Sanmartín V, Soria X, Baradad M, Martí R, Font A. Childhood dermatosis in a dermatology clinic of a general university hospital in Spain. Actas Dermo-Sifiliográficas (English Edition). 2008;99 (2) :111-8.

186. Doğan G, Özcan A, Şenol M, Şaşmaz S. Malatya'da ilk ve ortaokul öğrencilerinde derinin viral hastalıklarının prevalansı. Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi. 1997;4 (4).

187. Karataş E, Sarı C, Ertabaklar H, Okyay P, Ertuğ S. Aydın ilinde üç ilköğretim okulunda Pediculus capitis prevalansı. T Parazitol Derg. 2004;28 (1) :38-41.

188. Serarslan G, Savaş N. Prevalence of skin diseases among children and adolescents living in an orphanage in Antakya, Turkey. *Pediatric dermatology*. 2005;22(5):490-2.
189. Tekin NS, Sezer T, Altınyazar CH, Koca R, Çınar S. Zonguldak bölgesinde çocukluk çağında görülen deri hastalıklarının prevalansı: Beş yıllık retrospektif analiz. *Türkiye Klinikleri Journal of Dermatology*. 2007;17 (2) : 92-8.
190. Nwankwo BO, Amadi AN, Nwoga KS, Chukwuocha UM, Nwoke EA, Oguejiofor NC, Odom U. Common skin infections among secondary school students in Mbaise, Imo State, Nigeria: Proxy predictor of Environmental Hygiene Standards. *The Soc Sci*. 2009; 4: 223-8.
191. Naldi L, Parazzini F, Gallus S. Prevalence of atopic dermatitis in Italian schoolchildren: factors affecting its variation. *Acta derm Venerol*. 2009; 89 (2) : 122-5.
192. Nanda A, Al-Hasawi F, Alsaleh QA. A prospective survey of pediatric dermatology clinic patients in Kuwait: an analysis of 10,000 cases. *Pediatric dermatology*. 1999; 16 (1) : 6-11.
193. Sugiura H, Umemoto N, Deguchi H, Murata Y, Tanaka K, Sawai T, et al. Prevalence of childhood and adolescent atopic dermatitis in a Japanese population: comparison with the disease frequency examined 20 years ago. *Acta Derm Venereol*. 1998; 78 (4) : 293-4.
194. Marks R, Khilkenny M, Plunkett A, Merlin K. The prevalence of common skin conditions in Australian school students: 2. Atopic dermatitis. *Br J Dermatol*. 1999; 140: 468-73.
195. Williams HC. Is the prevalence of atopic dermatitis increasing? *Clin Exp Dermatol*. 1992; 17 (6) : 385-91.
196. Güldü A, Akyol M, Özçelik S, Marufihah M, Polat M. Sivas İl Merkezindeki ilköğretim Okullarında Akne Vulgaris Prevalansı. *Türkderm*. 2002; 36: 202-5.
197. Uludağ A, Kılıc SO, Isık S, Ertekin YH, Tekin M, Cevizci S, et al. Prevalence of skin disorders in primary and secondary school age children in Canakkale, Turkey: a community-based survey. *Advances in Dermatology and Allergology*. 2016; 33: 176-81.
198. Sciberras C, Boffa MJ. A review of a paediatric dermatology clinic in Malta.

Malta Medical Journal. 2013; 25.

199. Akbas A, Kılınç F, Yakut I, Metin A. Dermatologic Diseases Presenting with Pigmentation Disorders in Children: A Single Center Experience. Journal of Pediatric Sciences. 2015;7:e225.

200. Gönül M, Gül Ü, Pişkin E, Çakmak SK, Soylu S, Kılıç A, Bıyıklı Z. Alopesi areatalı hastaların geriye dönük değerlendirilmesi. Türk J Dermatol. 2011; 5: 43-7.

201. Güler Özden M BN, Aydın F, Şentürk N. Çocukluk çağı alopesi areatanın klinik özellikleri ve seyri. Türk J Dermatol. 2010; 4: 60-5.

202. Oruk Ş, İlter N, Atahan ÇA, Gürer MA. Çocuklarda dermatolojik problemler. Türkiye Klinikleri J Dermatol 2002; 12: 1-4.

8. EKLER

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU ONAYI
DÜZCE UNIVERSITY CLINICAL RESEARCHES ETHICS COMMITTEE APPROVAL

BAŞVURU BİLGİLERİ (APPLICATION INFORMATION)	ARAŞTIRMANIN ADI (TITLE OF THE PROJECT)	Düzce Bölgesinde Çocukluk Çağında Görülen Deri Hastalıklarının Prevalansı Prevalence of Skin Conditions Among Pediatric Patients in the Region of Düzce
	SORUMLU ARAŞTIRMACI (PRINCIPAL INVESTIGATOR)	Yrd. Doç. Dr. Ali İhsan GÜLEÇ
	DİĞER ARAŞTIRMACILAR (OTHER INVESTIGATORS)	Dr. Elife BAŞKAN
	ARAŞTIRMA MERKEZİ (RESEARCH CENTER)	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi

KARAR (DECISION)	Karar no (Decision No): 2014/30	Tarih (Date): 20/05/2014
	Sorumlu araştırmacının adı Yrd. Doç. Dr. Ali İhsan GÜLEÇ'in sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma dosyası ve ilgili belgelerin incelenmesi sonucunda araştırmanın gerçekleştirilmesinde etik yönden sakınca olmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir. After reviewing the research file and related documents designed to be performed under the responsibility of Sorumlu araştırmacının adı yazılacak Yrd. Doç. Dr. Ali İhsan GÜLEÇ'in, this project was approved by ethics committee (with unanimity).	

Üyeler (Members)	Uzmanlık alanı (Profession)	Kurumu (Institution)	İmza (Signature)
Prof.Dr.Ahmet ATAÖĞLU Başkan (Director)	Psikiyatri	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	
Prof.Dr.Enver ÖZDEMİR Bşk. Yrd. (Ass. Director)	Üroloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	
Prof.Dr.İlhan MAVİOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	
Prof.Dr.Handan ANKARALI	Biyoistatistik	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	
Prof.Dr.Erol AYAZ	Mikrobiyoloji	AlbÜ Tıp Fakültesi	
Doç.Dr.Hüseyin YÜCE	Tıbbi Genetik	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	
Doç.Dr.Mehmet YAŞAR (Bildirimlerden sorumlu üye)	Genel Cerrahi	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	
Doç.Dr.Seyit ANKARALI	Fizyoloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	
Yrd.Doç.Dr.Mete ÇAĞLAR	Kadın Doğum	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	
Uzm.Dr.Nuran PARLAK	Farmakoloji	Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi	
Mustafa Salih EROL	Elektronik Mühendisi Biyomedikal Teknikeri	Düzce Üniversitesi Araş.ve Uyg.Hastanesi	
Şerife SÜLEK	Avukat	Düzce Üniversitesi Hukuk Müşavirliği	
Sultan Ahmet DURDU	Sivil Üye	Hyundai Özenler Bayi	

30

T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
İNVAZİV OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

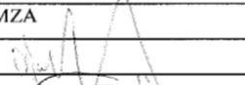
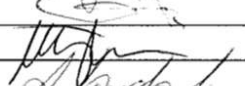
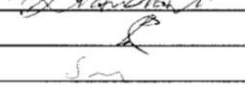
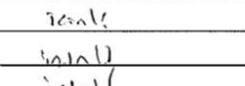
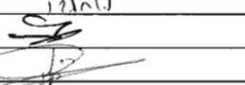
Toplantı No :2015/15
Toplantı Tarihi : 02.11.2015

K A R A R

Düzce Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 02.11.2015 tarihinde Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı Prof. Dr. Ahmet ATAÖĞLU başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararlar alındı.

2014/30-Arş. Gör. Elife BAŞKAN'ın 'Düzce Bölgesinde Çocukluk Çağında Görülen Deri Hastalıklarının Prevelansı' isimli tez çalışmasında Tez Danışmanı Prof. Dr. Ali İhsan GÜLEÇ'in kurumdan ayrılması nedeniyle Tez Danışmanının Doç. Dr. Hakan TURAN olarak belirlenmesi uygun görülmüştür.

Oy birliği ile karar verildi.

ADI SOYADI	İMZA
Prof. Dr. Ahmet ATAÖĞLU	
Prof. Dr. Hüseyin YÜCE	
Prof. Dr. İlhan MAVİOĞLU	
Prof. Dr. Handan ANKARALI	
Doç. Dr. Mehmet YAŞAR	
Doç. Dr. Seyit ANKARALI	
Doç. Dr. Mete ÇAĞLAR	
Uzm. Dr. Ufuk Turan Kürşat KORKMAZ	
Uzm. Dr. Muhsine Zeynep YAVUZ	
Av. Şerife SÜLEK	
Sultan Ahmet DURDU	