

T.C.  
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ

BİR İKİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞUNUN  
DERMATOLOJİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN  
HASTALARIN KLİNİK TANILARININ, YAŞ, CİNSİYET VE  
MEVSİMSSEL FARKLILIKLARININ AİLE HEKİMLİĞİ  
BAKIŞ AÇISI İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Mehmet KAYHAN

Aile Hekimliği Anabilim Dalı  
TIPTA UZMANLIK TEZİ

ESKİŞEHİR  
2015



T.C.  
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ

BİR İKİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞUNUN  
DERMATOLOJİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN  
HASTALARIN KLİNİK TANILARININ, YAŞ, CİNSİYET VE  
MEVSİMSSEL FARKLILIKLARININ AİLE HEKİMLİĞİ  
BAKIŞ AÇISI İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Mehmet KAYHAN

Aile Hekimliği Anabilim Dalı  
TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŐMANI  
Prof. Dr. İlhami ÜNLÜOĞLU

ESKİŞEHİR  
2015

**TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI**

T.C.

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Dr. Mehmet KAYHAN'a ait "Bir ikinci basamak sağlık kuruluşunun dermatoloji polikliniğine başvuran hastaların klinik tanılarının, yaş, cinsiyet ve mevsimsel farklılıklarının aile hekimliği bakış açısı ile değerlendirilmesi" adlı çalışma jürimiz tarafından Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda Tıpta Uzmanlık Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Tarih: .../.../2015

Jüri Başkanı

Prof. Dr. İlhami ÜNLÜOĞLU

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Üye

Prof. Dr. Murat ÜNALACAK

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Üye

Doç. Dr. Uğur BİLGE

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Fakülte Kurulu' nun .....Tarih ve .....Sayılı Kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. İrfan DEĞİRMENCİ

Dekan V.

## TEŞEKKÜR

Aile hekimliği uzmanlık eğitimim sırasında bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım Anabilim Dalı Başkanımız Sayın Prof. Dr İlhami ÜNLÜOĞLU'na; hocalarım Prof. Dr. Murat ÜNALACAK ve Doç. Dr. Uğur BİLGE'ye, İstatiksel değerlendirmelerdeki yardımlarından dolayı Hülya YILMAZ'a Asistanlığım süresince ve tez çalışmam sırasında yardımlarından dolayı Uzm. Dr. Serap KAYHAN'a teşekkür ederim.

## ÖZET

**Kayhan, M. Bir İkinci Basamak Sağlık Kuruluşunun Dermatoloji Polikliniğine başvuran hastaların klinik tanılarının, yaş, cinsiyet ve mevsimsel farklılıklarının aile hekimliği bakış açısıyla değerlendirilmesi Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir, 2015.** Deri hastalıklarının ortaya çıkmasında bir çok faktör rol oynar. Bunlar ırk, yaş, cinsiyet, heredite, kişisel hijyen, kültür düzeyi gibi kişisel faktörler ile iklim, coğrafi bölge, kırsal ya da kentsel yerleşim ve meslek gibi çevresel faktörlerdir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre en sık görülen ilk beş hastalık içinde yer alan deri hastalıklarının tedavisi büyük oranda dermatoloji uzmanı olmayan hekimlerce yürütülmektedir. Bu çalışma da bir ikinci basamak sağlık kuruluşunun dermatoloji polikliniğine başvuran hastaların klinik tanı, yaş, cinsiyet ve mevsimsel farklılıkları incelendi. En sık görülen 10 hastalık grubu belirlendi.

Anahtar Kelimeler: dermatoloji, klinik tanı, yaş, cinsiyet, mevsim

## ABSTRACT

**Kayhan, M. Assesment of clinical diagnosis, age, gender and seasonal differences of patients applying to dermatology clinic of a secondary health institute in family medicine aspect. Eskişehir Osmangazi University, Medicine Faculty, Department of Family Medicine, Speciality Thesis, Eskişehir, 2015.**

Occurrence of dermatological diseases can be affected by multiple factors. These factors are personal factors such as race, age, gender, heredity, personal hygiene, socioeconomic degree and environmental factors like climate, geographic region, rural or urban settling and profession. Treatment of dermatological diseases -which rank amongst first five common diseases according to the data of World Health Organization- are mostly treated by physicians who are not dermatology specialists. In this study, clinical diagnosis, age, gender and seasonal differences of patients admitted to dermatology clinic of a secondary health center are investigated. Most common 10 disease groups are identified.

Key Words: dermatology, clinical diagnosis, age, gender, season

**İÇİNDEKİLER**

	Sayfa
TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar DİZİNİ	viii
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER	2
2.1.Deri	2
2.2.Derinin Yapısı	2
2.3.Derinin Ekleri	3
2.4.Deri Hastalıkları	3
2.4.1.Deri Hastalıklarının Yüğü	3
2.5.Deri Hastalıklarının Birinci Basamak Hekimlerinde Tanınmasının Önemi	3
2.6.Sık Görülen Deri Hastalıkları	4
2.6.1.Adneksiyal Hastalıklar	4
2.6.2.Enfeksiyonlar ve Enfestasyonlar	5
2.6.3.Papüloskuamöz ve Ekzematöz Dermatozlar	15
2.6.4.Kaşıntı (pruritus)	19
2.6.5.Ürtiker, Eritem Ve Purpuralar	20
2.6.6.Saç Tırnak ve Müköz Membran Hastalıkları	20
2.6.7.Fiziksel Ajanlara Bağlı Hastalıklar	21
2.6.8.Pigmentasyon Bozuklukları	22
2.6.9.Deri Neoplazmları	23
2.6.10.Keratinizasyon Bozuklukları	23
3.GEREÇ VE YÖNTEM	24
3.1.İstatistiksel Analiz	24
4.BULGULAR	25
5.TARTIŞMA	38
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	45
KAYNAKLAR	46



**TABLULAR**

	Sayfa
3.1. Klinik Tanı Grupları	24
4.1. Hastaların cinsiyete göre dağılımı	25
4.2. Hastaların klinik tanı gruplarının sıklık sırasına göre dağılımı	26
4.3. Hastaların klinik tanı gruplarının cinsiyete göre kişi sayıları ve yüzdelik dağılımı	27
4.4. Hastaların klinik tanı gruplarının yaş ortalamaları	28
4.5. Klinik tanı gruplarının yaş gruplarına göre dağılımı	29
4.6. Klinik tanı gruplarının mevsimlere göre dağılımı	30
4.7. Papüloskuamöz ve Ekzematöz Dermatozlar tanı grubunun klinik tanı dağılımı	31
4.8. Adneksiyal Hastalıklar tanı grubunun klinik tanı dağılımı	32
4.9. Enfeksiyonlar, Enfestasyonlar tanı grubunun klinik tanı dağılımı	32
4.10. Saç Tırnak Ve Müköz Membran Hastalıkları tanı grubunun klinik tanı dağılımı	33
4.11. Pruritus tanı grubunun klinik tanı dağılımı	34
4.12. Deri Neoplazmları tanı grubunun klinik tanı dağılımı	34
4.13. Ürtiker, Eritem Ve Purpuralar tanı grubunun klinik tanı dağılımı	35
4.14. Fiziksel Ajanlara Bağlı Hastalıklar tanı grubunun klinik tanı dağılımı	36
4.15. Pigmentasyon Bozuklukları tanı grubunun klinik tanı dağılımı	36
4.16. Keratinizasyon Bozuklukları tanı grubunun klinik tanı dağılımı	37

## 1.GİRİŞ

Deri vücudumuzun en büyük organıdır. Deri hastalıklarının mortalite hızı pek çok hastalığa göre düşüktür. Fakat yakınmaları ile sık karşılaşılır ve bu nedenle birinci basamak hekimi deri ve ekleri ile ilgili birçok sorun ve hastalığa tanı koyarak, gerek bakımı gerekse tedavisini uygun şekilde yapabilmelidir.

Deri hastalıklarının ortaya çıkmasında birçok faktör rol oynar. Bunlar ırk, yaş, cinsiyet, heredite, kişisel hijyen, kültür düzeyi gibi kişisel faktörler ile iklim, coğrafi bölge, kırsal ya da kentsel yerleşim ve meslek gibi çevresel faktörlerdir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre en sık görülen ilk beş hastalık içinde yer alan deri hastalıklarının tedavisi büyük oranda dermatoloji uzmanı olmayan hekimlerce yürütülmektedir.

Yapılan araştırmalarda birinci basamağa başvuru nedenleri arasında dermatolojik hastalıkların oranı %10-73 arasında değişmektedir. Bu oran bölgeler, ülkeler, başvuran hastanın yaş grubu farklılıkları nedeniyle değişmektedir. Genel ortalamalarda %10-15 arasında olduğu bildirilmektedir. Birinci basamağa başvuru nedenleri arasında solunum sistemi hastalıkları %31 oranla birinci sıradayken deri ve derialtı dokunun hastalıkları %15 ile dördüncü sırada almaktadır.

Bu çalışma da bir ikinci basamak sağlık kuruluşunun dermatoloji polikliniğine başvuran hastaların klinik tanı, yaş, cinsiyet ve mevsimsel farklılıklarının aile hekimliği bakış açısı ile incelenmesi amaçlandı.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Deri

Deri, vücudun en büyük organıdır ve temel fonksiyonu vücudu dış etkenlerden korumaktır. Toplam vücut ağırlığının yaklaşık %16'sını oluşturarak vücudun en ağır organı olma özelliğine de sahiptir. Epidermis, dermis ve subkutan yağ doku olmak üzere derinin 3 tabakası vardır. Bunlara deri ekleri eşlik eder. Derinin tüm tabakaları ya ektodermden veya mezodermden gelişir(1,2).

### 2.2. Derinin Yapısı

Deri; epidermis, dermis ve subkutis olmak üzere 3 tabakadan oluşmaktadır. Epidermis; derinin en dış tabakasıdır. Başlıca çok katlı yassı keratinize epitelden meydana gelir. Dermisten dışa doğru epidermis, keratin üreten beş hücre tabakasından meydana gelir .

- a) Stratum Korneum: Bu tabaka 15-20 nükleussuz ve yassılaştırmış keratinize hücre tabakasından meydana gelmiştir.
- b) Stratum Lusidum: Kalın deride daha belirgin olan bu tabaka, oldukça yassı eozinofilik hücrelerin oluşturduğu yarı saydam ince bir tabakadır.
- c) Stratum Granülosum: Sitoplazması keratohyalin granülleri denen kaba bazofilik granüllerle dolu üç ile beş yassılaştırmış poligonal hücre tabakasının bulunmasıyla karakterizedir.
- d) Stratum Spinozum: Bu tabaka merkezi nükleuslu ve sitoplazmik uzantıları filament demetleri ile dolu kübik, poligonal ya da hafifçe yassılaştırmış hücreden oluşur.
- e) Stratum Bazale: Dermal epidermal birleşme yerinde bazal lamina üzerine oturmuş bazofilik prizmatik ya da kübik hücreden oluşan tek hücre tabakasından meydana gelir ve dermisi epidermisten ayırır(3).

Dermis; epidermisi destekleyen ve bunu alttaki komşu subkutan dokuya bağlayan bağ dokusundan meydana gelir.

- a) Papiller: En dışta yerleşen kısmı; bol miktarda sinir sonlanması ve damar bulunur.
- b) Retiküler: Fibroblastik bağ dokusudur; bantlardan oluşur.

Subkutan Doku; bu tabaka deriyi alttaki komşu organlara gevşekçe bağlayan

ve onların üzerinde kayabilmesini sağlayan bir gevşek bağ dokusudur.

### **2.3. Derinin Ekleri**

Derinin ekleri tırnak, kıl, ter ve yağ bezleridir.

Tırnak; parmakların dorsal kısımlarında yer alır. 0,5-0,75 mm kalınlığında, yassı, boynuzumsu elastik yapılardır. Tırnak yaz aylarında daha fazla olmak üzere, günde ortalama 0,1 mm uzar. Uzun parmaklarda uzama daha fazladır(4).

Kıl; kıllar epidermal epitelin invajinasyonlarından türeyen, uzun, keratinize yapılardır. Renk, boyut ve yerleşimi ırk, yaş, cinsiyet ve bulunduğu vücut bölgesine göre değişir. Kıllar; el ayaları, ayak tabanları, dudaklar, glans penis, klitoris ve labia minör hariç vücudun her yerinde bulunur.

Deri Bezleri

a) Yağ bezleri

b) Ter bezle

### **2.4. Deri Hastalıkları**

#### **2.4.1. Deri Hastalıklarının Yükü**

Dermatolojik hastalıklar, mortalitesi düşük hastalıklar olmasına rağmen toplumda sık görülmesi ve morbiditesinin yüksek olması nedeniyle önem verilmesi gereken hastalıklardır. Deri hastalıkları yaşam kalitesi, iş ve gelir kayıplarına yol açabilir. Deri patolojileri toplumun üçte biri kadarını etkileyebilmektedir. Deri hastalığı olan hastaların % 10-73'ü birinci basamak kurumlarına başvurumaktadırlar (5). Bu oran bölgeler, ülkeler, başvuran hastanın yaş grubu farklılıkları nedeniyle değişmektedir. 2008 yılında Türkiye'de hastanelerde ortalama yatılan gün sayısı 5,3 ayrıca deri ve derialtı dokunun hastalıklarından dolayı hastanelerde ortalama yatılan gün sayısı 1,7'dir. Bu hastalıklar ölüm nedenleri arasında da son sıralardadır(6). Bununla birlikte deri hastalıklarının uzun süre devam etmesi, kronikleşmesi böylece ortaya çıkan hastalık yükü ve çevresel etkenlere maruz kalmakla beraber artan risk faktörleri nedeniyle deri hastalıkları görülme sıklığının artması birinci basamağın önemini artırmaktadır.

### **2.5. Deri Hastalıklarının Birinci Basamak Hekimlerin Tanınmasının Önemi**

Dermatolojik şikâyetleri olan hastaların %83,4'ü birinci basamak hekimine,

%17'si dermatoloğa ve %5,2'si alternatif tıp uygulayanlara başvurmaktadır(7). Birinci basamağa dermatolojik sorunla başvuran hastaların % 37,5'i dermatoloğa sevk edilmektedir. Birinci basamak hekimlerinin dermatolojik hastalara koydukları tanılarla aynı hastalara dermatologlar tarafından konulan tanılar arasında %57 tutarlılık saptanmıştır(8). Hiletework'un Kazakistan'da yaptığı çalışmada dermatoloji polikliniğine başvuran hastaların %31'i öncesinde birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurmuş ve bu hastaların %90'a yakınına yanlış tedavi uygulanmış ve/veya hastalıkları gözden kaçmıştır (10). Gelişmekte olan ülkelerdeki birinci basamak kurumlarını içeren çalışmalarda deri hastalıklarına verilen tedavinin %80-90'den fazlasının hatalı olduğu gösterilmiştir(9,10).

Deri hastalıklarının yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilediği, sık görüldüğü ve yanlış tedaviler uygulandığı için doğru teşhis edilememesi birinci basamak sağlık kuruluşlarında önemli bir sağlık problemidir(11).

## **2.6. Sık Görülen Deri Hastalıkları**

### **2.6.1. Adneksiyal Hastalıklar**

#### **Akne**

Akne vulgaris kıl folikülü ve buna bağlı yağ bezlerinin inflamasyonu sonucu oluşan komedon, papül, püstül ve nodüller ile seyreden, skatris bırakabilen, kronik bir hastalıktır. En sık yerleşim yerleri yüz, omuz, sırtın üst kısmı, ense ve göğüsün ön bölgesidir. Başlıca geç çocukluk ve ergenlik dönemlerinde görülmekle beraber, her yaşta başlayabilir veya nüks edebilir. Lezyonlar genellikle 12-14 yaş arasında başlar ve en yoğun olarak 16-19 yaş arasında bulunur. 12-24 yaş arası kişilerin yaklaşık %85'inde akne vulgaris bulunur. 35-44 yaş arasındaki kişilerin yaklaşık %3'ünde akne vulgaris sorun olmayı sürdürür(12). Genç erkekler genç kızlara göre daha yağlı bir cilde sahiptirler ve hastalık daha yaygın ve şiddetli seyreder. Sistemik ve topikal retinoidler, sistemik ve topikal antimikrobiyaller ve sistemik hormon tedavisi mevcut olan ana tedavi sınıflarıdır. Tedavideki başarısızlığın en sık ve en önemli sebebi tedaviye uyumsuzluktur(13).

#### **Rozasea**

Rozasea, papül ve püstüller ile akut şişkinlik ataklarının olduğu inatçı eritem

ve telenjektazi ile karakterize, yüzün çıkıntılı bölgelerini tutan kronik yangısal bir hastalıktır. Yanaklar, alın, burun ve çene en çok etkilenen bölgelerdir(14). Perioriküler deri genellikle tutulmamaktadır. En sık 30-50 yaşlarındaki açık ten renkli kadınlarda orta çıkmaktadır fakat şiddetli fimatöz değişiklikler erkeklerde meydana gelmektedir(13). Topikal metronidazol, sistemik antibiyotikler, oral isotretinoin ve güneşten koruyucular başlıca tedavi seçenekleridir(15).

### **Hiperhidroz**

Ektrin ter bezlerinin hiperaktivitesine bağlı olarak deri yüzeyine salınan ter miktarının artmasıdır. Bireyleri sosyal açıdan oldukça rahatsız eden bu durum altta yatan bir hastalığın varlığına göre primer ya da sekonder olabilir. Primer hiperhidroz nedeni bilinmeyen bir hastalık olup çoğunlukla avuç içi, ayak tabanı veya aksiller bölgeyi etkiler (16). Tedavi seçenekleri arasında antiperspiranları içeren lokal ya da antikolinerjikleri içeren sistemik ilaçlar, iyontoforez, intradermal botulinum toksin A enjeksiyonları, psikoterapi ve cerrahi teknikler bulunmaktadır(17).

## **2.6.2. Enfeksiyonlar Ve Enfestasyonlar**

### **Bakteriyel Deri Enfeksiyonları**

#### **İmpetigo**

Derinin yüzeysel bulaşıcı enfeksiyonudur. Büllöz ve büllöz olmayan iki ana klinik formu bulunur. Büllöz impetigoya genellikle Staphylococcus aureus neden olur, bununla birlikte nadiren streptokokların da neden olabildiği rapor edilmiştir. Büllöz olmayan formuna Staphylococcus aureus, streptokoklar (özellikle grup A) neden olur(18-20).

Klinik olarak büllöz olmayan impetigo, impetigoların %70'den fazla kısmını oluşturur. Eritemli zemin üzerinde çok ince duvarlı vezikül olarak başlar ve çok hızlı rüptüre olur, bu yüzden çoğu zaman vezikül görülemeyebilir. Rüptüre olan lezyonda serum kurur ve sarı yeşil renkli kabuklanma oluşur. Zamanla bu kabuklanma, eritem ve iz bırakmadan kaybolur. Streptokokların neden olduğu lezyonlarda bu kabuklanmalar daha belirgindir. Şiddetli olgularda bölgesel lenfadenit ve ateş gibi semptom ve bulgular da eşlik edebilir. Özellikle ağız ve burun çevresi olmak üzere yüz ve ekstremiteler en sık tutulan alanlardır(18,21).

Büllöz impetigoda büller daha büyüktür ve daha yavaş rüptüre olurlar. Büller, stratum granulosum tabakasının tam aşağı kısmında epidermisten ayrılarak oluşur. Başlangıçta berrak olan sıvı zamanla nötrofil ve lenfosit birikimine bağlı bulanıklaşır. Staphylococcus Aureus, bül sıvısından alınan örneklerde genellikle izole edilir. Büller 2-3 gün içinde kendiliğinden rüptüre olurlar ve gerisinde ince kahverengimsi kabuklanmalar bırakır. Lezyonlar sıklıkla yüzde yerleşmekle birlikte vücudun herhangi bir yerinde de oluşabilir(22). Hafif ve orta şiddetli lokalize vakalarda yerel mupirosin ve fusidik asit her iki bakteri grubuna da etkili olup tedavi için yeterlidir. Yaygın, şiddetli olgularda penisilin, tetrasiklin veya kinolon grubu antibiyotiklerin sistemik olarak eklenmesi gerekebilir(18,19).

### **Folikülit**

Kıl foliküllerinin yüzeysel subakut veya kronik infeksiyonudur. Etken S.aureus 'lardır. Bununla birlikte mantarlar (dermatofitler, pityrosporum, kandida), Herpes simpleks virüsü, Pseudomonas Aeruginosa, Gram negatif bakteriler, demodex akarı da folikülite neden olabilmektedir. Sık karşılaşılan lezyonlardır. Yüzeysel infeksiyonlar olduklarından genellikle ciddi sorunlara yol açmadan ve sikatris bırakmadan iyileşirler. Nadiren daha derine yayılarak furonkül ve sikozise yol açabilirler. Lezyonlar küçük toplu iğne başı büyüklüğünde püstül veya foliküler papüller olarak karşımıza çıkarlar. Ayırıcı tanıda miliaria, akne vulgaris, akneiform erüpsiyonlar, akne rozasea, eozinofilik folikülit, papülopüstüler erüpsiyonlar ve pseudofolikülit vardır. Çocukluk çağında ve özellikle de saçlı deride sık görülür. Erişkinlerde ise sakal bölgesi, aksilla, kalçalar ve ekstremiteler sık yerleşim alanlarını oluşturur. Hafif olgularda yerel temizleyici veya antiseptikler yeterli olurken orta ve şiddetli olgularda ise yerel veya sistemik antibiyotikler uygulanmalıdır. Günlük % 6.25'lik alüminyum klorid uygulamasının kronik folikülit olgularda oldukça etkili olduğu bildirilmiştir(18,19).

### **Furonkül**

Staphylococcus Aureus'un neden olduğu özellikle vellüs tipi kıl köklerinin akut infeksiyonudur. Furonküller ilk olarak küçük foliküler, inflamatuvar nodül olarak başlar ve kısa zaman içinde püstüler lezyonlara ve sonrasında da nekrotik lezyona dönüşür. Lezyonlarda ağrı ve hassasiyet eşlik edebilir. Bazen ateş ve sistemik

semptomlar da eşlik edebilir. Lezyonlar tek olabileceği gibi multipl yerleşimli de olabilirler. Furonküllerin en yaygın yerleşim yerleri yüz, boyun, kollar, kalça ve anogenital bölgelerdir. Üst dudak ve yanak bölgesi yerleşimli lezyonlarda nadir ve tehlikeli bir komplikasyon olan kavernöz sinüs trombüsü gelişebilir. Tekrarlayıcı furonkül lezyonlarda altta yatabilecek diabetes mellitus, immünsüpresyon, malnütrüsyon gibi durumlar sorgulanmalı ve S.aureus için nazal ve perianal bölge taşıyıcılığını azaltmak için uygun antibiyotik kremler verilmelidir. Yerel antibiyotikler ile birlikte sistemik penisilinaz dirençli antibiyotikler veya kinolon grubu antibiyotikler uygun tedavi seçenekleridir(18,19,25).

### **Karbonkül**

Birden fazla kıl folikül grubunun S. Aureus'lar tarafından oluşturulan derin yerleşimli infeksiyonudur. İnflamasyon çevre doku, konnektif doku ve subkutan yağ dokusununa kadar yayılabilir. Karbonküller özellikle orta veya yaşlı erkeklerde daha sık görülmektedir. Karbonkül lezyonları başlangıç evresinde ağrılı, hassas, sert, kırmızı bir şişlik şeklindedir. Birkaç gün içinde lezyon büyüyerek 3-10 cm boyutlarına ulaşabilir. Multipl folikül deliklerinden püy boşalabilir. Lezyonlar çoğunlukla ense, omuz, kalça, kasık gibi bölgelerde yerleşirler. Genellikle tekli yerleşim göstermekle birlikte multipl lezyonlar da görülebilir. Ateş, halsizlik, yorgunluk gibi sistemik komplikasyonlar beraberinde eşlik edebilir. Özellikle hastanın genel durumu bozuk ya da karbonkül lezyonu büyükse septisemi gibi daha ciddi komplikasyonlara yol açabilir(18,25).

### **Selülit ve Erizipel**

Selülit, subkutan yumuşak dokuda bakteriyel infeksiyon sonucu oluşan inflamasyondur. Erizipel, subkutan dokunun üst kısımlarını ve derinin dermal tabakasını tutar. Erizipel, eritemin ve inflamasyonun daha belirgin gözlemlendiği bir klinik tablodur. Bununla birlikte her iki tablo birçok vakada iç içe geçebilmektedir. Bu nedenle ikisi arasında kesin ayırım yapabilmek bazen imkansızdır ve gereği de yoktur. Her iki klinik tablonun etkeni sıklıkla A grubu streptokoklardır. Selülitlerde nadiren Staphylococcus Aureus neden olabilmekte, erizipel de ise Staphylococcus Aureus'lar çok daha nadir etkendirler.

Erizipel gelişmiş ülkelerde yüz bölgesinde daha sık karşımıza çıkmaktadır.



Bununla birlikte ufak çocukların yüz bölgesinde görülen erizipel olgularında H. İnfluenza önemli bir etkindir. Eritem, şişlik, bölgesel ısı artışı, ağrı, hassasiyet hemen hemen her lezyonda görülen ortak klinik özelliklerdir. Erizipelde etkilenmiş alanın üzerinde büllöz lezyonların eşlik etmesi yaygın bir tablodur. Hatta bu büller bazen hemorajik de olabilirler. Şiddetli selülit olgularında büller ve dermal nekroz gelişebilir. Nadiren fasiit ve miyozite ilerleyebilir. Lenfanjit ve lenfadenit sıktır. Bacaklar en sık yerleşim alanlarıdır. Ayak parmak aralarındaki mantar ve bakteriyel infeksiyonlar bu klinik tablonun oluşmasında sorumlu bakterilerin başlıca giriş kapısını oluşturmaktadır.

Çocukluk çağı yüz bölgesindeki selülitler çoğunlukla H. İnfluenza'ya bağlıdır, genellikle tek taraflı tutulum ve beraberinde eşlik eden otitis media infeksiyonu bulunmaktadır(23,24). Göz çevresi selülitleri genellikle bir travmayı takip eder ve etken genellikle streptokoklar olup nadiren stafilokoklar da işe karışabilir. Göz çevresi selülitlerini takiben kavernoöz sinüz trombozu, orbital ve serebral abseler, menenjit gelişebilmektedir. Tekrarlayıcı infeksiyonlar sonucu çevre dokuda lenfatik hasara bu da infeksiyonun kronikleşmesine ve lenfödeme yol açabilmektedir. Venöz yetmezlik de sıklıkla tekrarlayıcı bacak selülitine ve erizipeline neden olabilmektedir. Mastektomi gibi aksiller lenf düğümü diseksiyonları da üst ekstremitelerde selülit ve erizipele yol açabilmektedir. Kronik bası yaraları, böcek ısırıkları, açık yaralar selülit ve erizipelin oluşmasında kolaylaştırıcı faktörlerdir. Hafif olgularda ağız yoluyla verilen penisilinler genellikle tedavi için yeterli olup alternatif olarak makrolid grubu antibiyotikler de başlanabilir. Şiddetli olgularda en az 10 gün kas içi veya damar içi penisilinler başlamak gerekir. Antikoagülan tedavi olaya tromboflebitin eşlik ettiği olgularda eklenebilir(18,24).

### **Mantar Hastalıkları**

Deride oluşan mantar hastalıklarından en sık görüleni yüzeyel mantar infeksiyonlarıdır. Derinin yüzeyel mantar infeksiyonlarına üç cins dermatofit neden olur: Trichophyton, Microsporum ve Epidermophyton. Daha az sıklıkta nondermatofit mantarlar ve kandida türleri yüzeyel deri infeksiyonu etkenleri olarak karşımıza çıkmaktadır(26–28).

### **Dermatofitozis**

Epidermis, saç, tırnak gibi keratinize dokuların yüzeysel mantar infeksiyonlarına dermatofitozis adı verilir(26). Dermatofitozis tutulan vücut bölgesine göre isimlendirilir. Derinin mantar infeksiyonları toplumda oldukça sık görülür. Derinin yüzeysel mantar infeksiyonlarında en sık görülen form tinea pedisdir. Yüzeysel mantar infeksiyonlarında en sık görülen klinik formları sırasıyla tinea pedis, pityriasis versicolor ve tinea cruris olarak bildirilmiştir. Yapılan pekçok çalışmada yüzeysel mantar infeksiyonlarında en sık rastlanan etkenin ise Trichophyton rubrum olduğu gösterilmiştir(27–32).

Mantar infeksiyonlarının klinik belirtileri birçok deri hastalığının belirtileriyle karışabilir. Kesin tanı, klinik görünüm ve etyolojik tanı yöntemleri ile konulur (26). Potasyum hidroksit (KOH), mikroskop ile hifaların gösterilmesinde ve dermatofit infeksiyonun tanısını doğrulamada yardımcıdır. Wood ışığı, mantar kültürü, deri veya tırnak biyopsisi diğer tanı yöntemleri arasında yer almaktadır(27).

### **Tinea Kapitis**

Tinea kapitis saçlı derinin ve saçların yaygın mantar hastalığıdır. Genellikle hijyen koşulları ve ekonomik durumları kötü olan kalabalık ailelerin çocuklarında rastlanır. Direkt temasın yanı sıra kontamine şapka, tarak, makas vb. eşyalarla kolayca bulaşabilir(26,27).

Tinea kapitis klinik olarak kırık saçlar, düzensiz ve bölgesel alopesi, deskuamasyonla karakterizedir. Tek ya da çok sayıda olabilir. Tinea kapitise inflamatuvar değişiklikler eklenince “kerion” denilen steril, tümör görünümü veren kitle ortaya çıkar. Kerion, ağrılı, üzeri püstüllü, pis kokulu ve akıntılı bir lezyondur, sekonder infeksiyonu bağlı skatrisyel alopesi gelişebilir. Servikal ya da oksipital lenfadenopati görülebilir(27, 34).

Tinea kapitiste tanı, genellikle klinikle ve KOH ile mikroskopik incelemede dallanmış hifalar ve sporların görülmesiyle konur. Wood ışığının tanıda yeri çok kısıtlıdır çünkü tinea kapitis etkenlerinin çoğu floresan vermez. KOH testi ve Wood ışığının negatif olduğu durumlarda mantar kültürü kullanılabilir(27). Topikal antifungal tedavi tinea kapitiste etkili değildir, asemptomatik taşıyıcılarda önerilebilir. Sistemik antifungal tedavi ile saç folliküllerine penetrasyon sağlanabilir. Griseofulvin başta olmak üzere ketokonazol, itrakonazol, flukonazol, terbinafin

tedavi seçenekleri arasında yer almaktadır(26,27,34).

### **Tinea Korporis**

Saçlı deri, sakal, el ya da ayak dışında vücudun herhangi bir bölgesinde görülen mantar infeksiyonlarıdır. Tropikal bölgelerde daha yaygındır. Tipik olarak tek ya da çok sayıda anuler, ortası soluk, kenarı kırmızı, deskuame, deriden hafif kabarık ve keskin sınırlı lezyon görülür. Lezyon kenarında püstüller ya da follikuler papüller olabilir. Tanı klinik ve aktif olan lezyon kenarından alınan materyalin KOH ile incelenmesiyle konur. Topikal antifungal kremler ve nadiren sistemik tedavi gerekebilir(27,28,34).

### **Tinea Barba**

Sakal ve bıyık bölgelerinde lokalize yüzeysel mantar infeksiyonudur. Bu dermatofit infeksiyonu erişkin erkeklerde ve hirsütizmi olan kadınlarda ortaya çıkar. Çoğunlukla hayvancılıkla uğraşanlarda ve çiftçilerde görülür. Klinikte pullanma, foliküler püstüller ve kızarıklıkla seyreder. Tinea kapitise benzer şekilde oral antifungaller kullanılır(27).

### **Tinea Manum**

Tek ya da her iki elin dermatofit infeksiyonudur. Sıklıkla tinea pedisi olan hastalarda görülür (27). Genellikle tek taraflıdır. Palmar yüz diffüz olarak kuru ve hiperkeratotiktir. Tırnak tutulumu olduğunda veziküller ve az miktarda pullanma görülebilir(27-34). Topikal antifungal ajanlar kullanılır(27).

### **Tinea Kruris**

Kasık, perianal ve pubik bölgenin dermatofit infeksiyonudur. Genellikle tinea pedisle birlikte ve erkeklerde daha sık görülür. Ter, sıcaklık, ıslak ve sıkı kıyafetler, şişmanlık hastalığa uygun ortam yaratmaktadır. Tropikal iklimlerde hastalık daha sık görülür(27,28). İnfeksiyon kasık ya da perianal bölgelerden başlayarak uyluğa ve genital organlara hızla yayılır. Yanma ve kaşıntı ön plandadır. Genellikle her iki kasık bölgesi de tutulur. Yarım ay şeklinde kırmızı veya kahverengi plaklar şeklindedir. Lezyon kenarında püstül veya vezikül görülebilir(26,27-34). Genellikle

hastalar, 2–4 hafta içinde topikal antifungal tedaviye yanıt verirler. Ek olarak ilk birkaç gün düşük doz kortikosteroid eklenebilir. Tinea kruris %20–25 oranında tekrarlar. Hastalara kasık bölgesinin kuru kalması ve sıkı kıyafetler giyilmemesi konusunda eğitim verilmelidir(27,34).

### **Tinea Pedis**

Ayıklarda görülen dermatofit infeksiyonudur. Erkeklerde daha sık görülür, çocuklarda nadirdir. Nemli, ıslak kalan ayaklar ve sıkı ayakkabılar tinea pedise yatkınlık oluşturur(26,35). Tek taraflı görülebilse de genellikle her iki ayak da tutulur (34). Antifungal kremler kullanılır. Nadiren refrakter infeksiyonlarda sistemik tedavi kullanılabilir.

### **Tinea Unguim (Onikomikoz)**

El ve ayak tırnaklarında görülen mantar hastalığıdır. Her yaşta görülse de 4. ve 6. dekatta daha sık karşımıza çıkar. Travma, nemli ortam ve uzun süreli ayakkabı giyilmesi onikomikoz için predispozan faktörler arasındadır(36). Hastalık genellikle tırnak yanlarında başlar, tüm tırnağa yayılabilir. Sadece tırnak matriksi tutulmaz. Tırnak parlaklığını kaybeder, tebeşir kıvamında sarı kirli bir görüntü alır(26). Tedavi öncesi tanı doğrulanmalıdır. KOH ile mikroskopik incelemenin duyarlılığı %50–60, mantar kültürünün %20–70, Periyodik asit- schiff boyamanın duyarlılığı ise %90–95 oranında belirtilmektedir. Dermatofitozlar içinde en zor tedavi edilen formudur. Uzun süreli sistemik antifungal tedavi gerekir(26,27,34).

### **Pitriyazis Versikolor (Tinea Versikolor)**

Derinin *Malassezia* türü mayalar tarafından oluşturulan yaygın, benign, tekrarlayan, kronik bir infeksiyonudur. Pitriyazis versikolor genellikle asemptomatiktir. Daha çok hastaları kozmetik açıdan rahatsız eder. Nadiren hafif bir iritasyon ya da kaşıntı olabilir. Bulaşıcı değildir. Pitriyazis versikolorlarda küçük (1-1.5 cm), yuvarlak ya da oval, ince pullanma gösteren, hipo/hiperpigmente (sarı-kahverengi) lezyonlar görülür. Genellikle lekeler, açık tenlilerde hiperpigmente, esmerlerde ya da güneşten yanmışlarda hipopigmentedir (Pitriyazis versikolor alba). Güneşe maruziyetle infeksiyonun şiddeti ve pullanmanın yoğunluğu artar. Sert bir cisimle lezyonların üzeri kazınırsa kepekler kolayca etrafa dökülür, bu pitriyazis versikolor için karakteristiktir ve “talaş ya da yonga belirtisi” adı verilir. Lezyonlar

genellikle vücudun üst kısmında görülür(26,37,38). Lokal ajanlar kullanılır. Yanıt alınamayan, tekrarlayan ağır vakalara sistemik antifungal tedavi önerilmektedir(37,38).

### **Kandida İntertrigosu**

Derinin kıvrım yerlerinin kandidozudur. Etken genellikle Candida albicans' dır. Lezyonlar kasık, intergluteal kıvrımlar, koltuk altı, meme altı, el ve ayak parmakları arasında görülür. Diyabetik ve kilolu kişilerde daha sıktır. Kaşıntı ve ağrı görülebilir. İntertrigonun prognozu iyidir, kendiliğinden geçebilir.Topikal antifungal ajanlar kullanılır. Nadiren topikal steroidler ya da antifungaller gerekebilir (39,40).

### **Viral Enfeksiyonlar**

Herpes Simpleks Virüs Enfeksiyonları dünyada en sık enfeksiyon yapan viruslardan birisidir. Herpes Simpleks Virüslerin tip 1 ve tip 2 olmak üzere iki ayrı tipi vardır. En sık görülen (toplumun %85' i) Herpes Simpleks Virüs -1 enfeksiyonu, genital bölge dışındaki deri ve mukozalarda hastalığa neden olur. Herpes Simpleks Virüs -2 ise genital ve anal bölge mukoza ve derisinde hastalık yapar(41-43).

### **Primer Herpes Simpleks Virüs Enfeksiyonları**

Semptomatik primer herpes simpleks enfeksiyonları az görülür, fakat rekürren enfeksiyonlara göre daha şiddetli ve daha uzun sürelidir. İnokülasyon yerinde vezikül gelişir ve bölgesel adenopati vardır. Aynı zamanda lezyonlardan 3-4 gün sonra ateş, baş ağrısı, kırıklık gibi semptomlar da olur. Genellikle 2-4 haftada yatışırlar. İnkübasyon süreleri 2-20 gündür (ortalama 5 gün). Primer Herpes Simpleks Virüs enfeksiyonları: Herpetik gingivostomatit, primer herpes genitalis, herpetik keratokojonktivit, herpetik dolama ve neonatal Herpes Simpleks Virüs enfeksiyonlarıdır(41).

### **Rekürrent Herpes Simpleks Virüs Enfeksiyonları**

Daha hafif seyrederler, vezikül grupları daha küçüktür. Ateş, yorgunluk, stres, menstruasyon, travma, güneş, soğuk, diş çekimi, intrakranial veya nöral cerrahi müdahale gibi tetikleyici etkenlerle daha çok mukokutanöz bölgelerde ortaya çıkarlar. En çok yüz ve ağız bölgesinde görülür. 7-10 günde skar bırakmaksızın iyileşirler(41,42).

### **Varicella Zoster Virüs Enfeksiyonları**

Varicella Zoster Virüs'un primer enfeksiyonudur. Genellikle çocukluk döneminde (olguların %90'ı 10 yaşından küçüktür) ortaya çıkar. Virüs, damlacık enfeksiyonu ile üst solunum yolundan girer. Bulaştırıcılık, deri lezyonlarının ortaya çıkışından 4 gün önce başlar ve deri lezyonlarının çıkışından 5 gün sonraya kadar devam eder. Klinik belirtiler, iki haftalık inkubasyondan sonra sekonder viremi ile başlar. Ateş, kırıklık ve başağrısı gibi prodromal belirtiler çocuklarda hafif, erişkinlerde belirgindir. Prodromal belirtilerin 2.-3. gününde ortaya çıkan deri belirtileri, oldukça kaşıntılıdır. Lezyonlar, önce yüz ve saçlı deride başlayıp hızla gövdeye yayılım gösterirler. Belirtiler, el içi ve ayak tabanı dışında tüm deride görülebilir Hastalığın tedavisi, semptomatik ve komplikasyonları önlemeye yönelik olmalıdır. Antipruritik ve antipiretik ilaçlara ek olarak, profilaksi amacıyla topikal antibiyotikli kremler kullanılmaktadır(41-43).

### **Papillomavirus Enfeksiyonları**

Human Papillomavirus; deri ve mukozalarda benign epitelyal proliferasyonla karakterize, akut belirti veya semptom vermeyen ve yavaş seyirli verruka olarak tanımlanan hastalığa neden olur(44).

### **Verruka Vulgaris (Siğil)**

Sübjektif semptom vermeyen, deri renginde, üzeri karnabahar görünümünde keratozik vejetasyonla karakterize yuvarlak papüllerle seyir gösterir. Ortalama 5 mm çapında olan lezyonlar, birleşerek geniş plaklar yaparlar. Hastaların büyük çoğunluğu 5-20 yaş arasındadır. Verrüler sıklıkla el içi ve el parmaklarına lokalize olur. Lezyonların gelişimi, haftalar veya aylarca sürer. Genellikle önce tek büyük bir papül (ana siğil), ardından çok sayıda yeni verrüler ortaya çıkar. Verrü yüzeyinde tromboze, dilate kapillerlerin neden olduğu siyah noktacıklar önemli bir tanı kriteridir. Verrü, hastaların yarısında bir yıl içinde, 2/3'ünde ise 2 yıl içinde kendiliğinden iyileşirler.

### **Verruka Plana**

Sıklıkla çocuklarda ve genç erişkinlerde görülmektedir. Sübjektif belirti

vermeyen hastalık, çoğunlukla yüze, daha az olarak el ve ön kola yerleşim gösterir. Deriden hafif kabarık, üzeri düz, çoğunlukla yuvarlak, bazen çok köşeli, toplu iğne başı ile mercimek büyüklüğünde, deri renginde veya gri-sarı renkte papüllerdir. Otoinokülasyon ile yayılan papüller, genellikle çok sayıdadırlar ve İrritasyonla yayılma (Koebner fenomeni pozitif) eğilimi gösterirler.

### **Verruka genitalis (Kondiloma aküminatum)**

Veneryal bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Batı ülkelerinde, erişkin yaş grubunun yaklaşık yarısında saptanmıştır. Enfeksiyon bazen subklinik veya latent halde olabilir. Hastalık, her iki cinste anogenital bölgede yassı hücreli karsinomaya neden olabilmektedir. Ayrıca, kadınlarda servikal displazi riskini oldukça arttırmaktadır. Erkeklerde penis ve perianal bölgede, kadınlarda ise vulva, serviks, perine ve anüs çevresinde daha sık gözlenir. Perianal bölge, inguinal kıvrımlar ve vulvada papüller birleşir ve büyüyerek karnabahar görünümü alırlar. Hastalık tedavilere dirençli olup, sık nüks gösterir. Bu nedenle bazı tedaviler kombine olarak uygulanmaktadır. Kriyoterapi, elektrokoterizasyon, lazer ve cerrahi küretaj veya eksizyon yapılabilir(42-45).

### **Molluskum**

Etken poxvirus grubundan bir DNA virüsü olan Molluscum Contagiosum virüstür. Sıklıkla çocuklarda görülen hastalıkta bulaşma, direk deri teması ile olmaktadır. Erişkinlerde bulaşma, çoğunlukla cinsel ilişki yoluyla olur. Ortası göbekli papüllerle karakterize, deri ve mukozaların benign viral bir hastalığıdır. Yüz, göz çevresi, genital bölge ve gövde en sık gözlenen lokalizasyondur. Lezyonlar, 3-5 mm çapında papüller olarak başlar. Papüller nadiren 3 cm çapa ulaşabilir. Parlak, açık-renkte, yarım küre şeklinde ve tek tek olan papüllerin en önemli özelliği ortalarının çökük olmasıdır. Papüller pens ile sıkıldıklarında ortalarından peynirimsi oluşumun çıktığı görülür. Papüller, topikal anestesi sonrasında, pens ile koparılır ve iyot solüsyonu uygulanır(44-47).

### **El-Ayak-Ağız Hastalığı**

El-ayak-ağız hastalığına bazı tip Cocksackievirus'lar neden olurlar. Çocuklarda daha sık görülür ve bulaşıcılığı yüksektir. Solunum yolu ile bulaşır. Kısa süren hafif prodromal dönemden sonra lezyonlar önce ağızda başlar. Daha sonrada el ve ayak

lezyonları ortaya çıkar. Elemanter lezyon eritemli zemin üzerine yerleşmiş oval veziküldür. Ayak tabanı, avuç içi ve ağza yerleşir. Ağızdaki veziküller patlar ve erozyon ortaya çıkar. Klinik olarak bu erozyonlar aft gibi görünürler. Tedavi gerekmez, kendiliğinden iz bırakmadan 7-10 gün içinde iyileşir(41-44).

### **2.6.3. Papüloskuamöz Ve Ekzematöz Dermatozlar**

#### **Psoriasis**

Psoriasis çoğunlukla diz, dirsek, saçlı deride ve gövdede keskin sınırlı eritemli skuamlı plaklarla karakterize, yaygın görülen kronik inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Lezyonlar genellikle eritem üzerinde gümüş renkli skuamlar şeklindedir. Skuamların renginden dolayı halk arasında “Sedef hastalığı” adıyla anılmaktadır (48).

Psoriasis dünyanın her yerinde görülebilir, ancak sıklığı çevresel ve coğrafik faktörlere bağlı olarak değişir. Psoriasisin toplumda görülme sıklığı % 1-3 arasındadır. Dermatoloji polikliniklerine başvuran hastaların %6-8’ini oluşturur. Her iki cinsi eşit oranda tutar fakat kadınlarda başlangıç yaşı daha erken olma eğilimindedir. Psoriasis vulgaris olgularının yaklaşık üçte biri pediyatrik yaş grubunda görülür. Psoriasis insidansı hem çocuklarda hem erişkinlerde olmak üzere beyaz ırkta en fazladır(49-52).

Normal deride travmaya bağlı yeni psoriatik lezyonların oluşması izomorfik yanıt veya Köbner fenomeni olarak bilinmektedir. Fiziksel, kimyasal, termal, inflamatuvar veya cerrahi travmalar psoriasisin şiddetlenmesine neden olabilir.

Erişkin hastalarda B-bloker ajanlar ve lityum iyi bilinen tetikleyici faktörler iken çocuklarda antimalaryal ilaçlar ve oral ve yerel kortikosteroidlerin kesilmesi psoriasis gelişmesinde önemli rol oynar(48,53).

Başlangıç lezyonu genellikle eritemli makül veya makülopapüller olup, 2 mm gibi çok küçük çapta olabilirler. Bu lezyonların giderek genişlemesiyle sonunda üzeri skuamla kaplı büyük plaklar ortaya çıkar. Bu lezyonlar normal deriden keskin bir kenar ile ayrılırlar. Psoriatik skuamın rengi gümüş beyazı, gümüşümsü gri veya sedef rengi olarak tanımlanmıştır(48,49).

Skuam hafifçe kazınacak olursa gevrek ve tozumsu bir hal alır (Mum lekesi belirtisi). Skuam tamamen kaldırılırsa altında nemli, ince, saydam bir deri tabakası



görülür. Lezyon bir sonraki tabakaya ulaşılan dek kuru kalır. (İnce zar belirtisi) Kazıma sürdürülür ve küçük kanama odakları (Auspitz belirtisi) gözlenir(54). Bu kanama alanlarının uzamış dermal papillaların uçlarına uyduğu söylenir(48,49).

### **Guttat Psoriasis**

Guttat psoriasis daha çok çocuklarda görülen psoriasis tipidir ve sıklığı çeşitli çalışmalarda %6.4, % 9.7 ve % 44 olarak bulunmuştur(55,56,57). Çoğu zaman grup A beta-hemolitik streptokokun neden olduğu faranjitden sonra veya daha az olarak perianal streptokok dermatitinden sonra aniden ortaya çıkan, minimal skuamlı nokta şeklinde papüllerle karakterizedir(58).

### **Numuler Psoriasis**

En sık görülen psoriasis formu olup plaklar daha çok diz, dirsek, kalça, gövde ve saçlı deride yerleşir.

### **Anüler Psoriasis**

Anüler psoriasis, kenarlarında eritem ve deskuamasyonun eşlik ettiği püstüllerden oluşan sirsine şekilli lezyonlardan oluşur ve çocuklarda erişkinlere göre daha sık görülür(59).

### **Lineer Psoriasis**

Nadir rastlanan bir tiptir ve varlığı tartışmalıdır. Blascko çizgilerini takip eden eritamoskuamöz lezyonlar doğuştan beri vardır. Bu lezyonların İLVEN (inflamatuvar lineer verükoz epidermal nevüs)'den ayrımında subjektif olarak kaşıntının daha az veya hiç olmaması, histolojisine psoriasiform patern saptanması ve psoriasis için aile öyküsü pozitifliği önemlidir(60).

### **Eritrodermik Psoriasis**

Psoriatik eritrodermi çocuklarda erişkinlerden daha nadir görülür, tüm deri yüzeyinde yaygın eritem vardır, ödem ve deskuamasyon da eşlik eder.

### **Püstüler Psoriasis**

Püstüler psoriasis, steril püstüllerle seyreden inatçı bir klinik tablodur.

En uygun tedavi yöntemini belirlemek için hastanın yaşı, cinsiyeti, psoriasisin klinik prezentasyonu, yaygınlığı, süresi, tipi, eşlik eden semptomlar, hastalıklar, daha önce uygulanan tedaviler göz önüne alınmalıdır(61). Halen en sık kullanılan tedavi yöntemleri yerel kortikosteroidler, immunosupresifler (genellikle siklosporin), psoralenle birlikte veya salt ultraviyole irradyasyonu, sistemik retinoidler ve sistemik metotreksattır(62-64).

### **Liken Planus**

Deri ve mukozaları tutan nedeni bilinmeyen inflamatuvar bir hastalıktır. Ekstremiteelerde yerleşim gösteren, kaşıntılı, morumsu papüller ile karakterizedir (65). Etiyolojisi ve patogenezi tam olarak anlaşılamamıştır ancak hastalığın viral enfeksiyonlar, otoimmün hastalıklar, ilaçlar, aşılar ve diş tedavi materyalleri gibi çok sayıda hastalık ve ajanla ilişkisi bulunmaktadır. En sık başlangıç yaşı 5 - 6 . dekadlar arasında olup hastaların 2/3'ünde başlangıç 30-60 yaş arasındadır. Hastalık kadın ve erkeklerde eşit oranda görülür. Topikal, intralezyonel ve sistemik kortikosteroidler, retinoidler, dar band UV-B, PUVA, topikal kalsinorin inhibitörleri ve oral siklosporindir.

### **Atopik Dermatit**

Atopik dermatit, kronik inflamasyonla karakterize, epidermal bariyer fonksiyon bozukluğu ve immün disregülasyonun neden olduğu kaşıntılı bir deri hastalığıdır. Genellikle erken çocukluk döneminde başlar. On yaşına kadar çocuklarda %10-20 oranında, yetişkinlerde ise %1-3 oranında görülmektedir.

Klinik bulgular yaşa bağlı olarak değişmektedir. Bebeklik döneminde yanaklarda, alın ve saçlı deride eritemli, skuamlı, kaşıntı papüloveziküler lezyonlar görülür. Çocukluk döneminde papüler veya prurigo benzeri lezyonlar ve likenifikasyon görülür. El, ayak, bilekler, antekübital bölge, ve popliteal bölgeler etkilenir. Erişkin dönemde fleksural kıvrımlar, yüz, boyun, el ve ayaklar etkilenir. Likenifiye alanlar meydana getiren papüller görülür. Kaşıntı çok şiddetlidir. Topikal ve sistemik kortikosteroidler, retinoidler, dar band UV-B, PUVA, topikal kalsinorin inhibitörleri ve oral siklosporindir(66-68).

### **Seboreik Dermatit**

Seboreik dermatit, kronik seyirli, eritemli, skuamlı inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Saçlı deri, yüz ve gövde gibi sebace bezlerden zengin bölgelere yerleşir. Yetişkinlerin %1-3'ünde seboreik dermatit gözlenir. Yaşamın ilk 3 ayında ve 30-60 yaşlar arası en sık görüldüğü yaş grubudur. Saçlı deri, kaşlar, nazolabial oluklar, kulaklar, glabella, göğüs gibi bölgelerde eritemli, skuamlı, yağlı ve sarı skuamların görüldüğü hastalıktır. Hastalık kronik ve tekrarlayıcıdır. Topikal tedavide; selenyum sülfid, ketokonazol, çinko piriton, katran, sikloproksolamin içeren preparatlar kullanılabilir. Lokal steroidler ve antifungaller kullanılabilir. Diğer tedavilere dirençli olgularda dar bant UVB etkili bir tedavi yöntemidir. Sistemik olarak antifungaller, kısa süreli sistemik kortikosteroidler, oral isotretinoin faydalı bulunmuştur(66,69,70).

### **Allerjik Kontakt Dermatit**

Alerjik kontakt dermatit, dışarıdan deriye temas eden çeşitli yabancı maddelerin etkisi ile ortaya çıkabilen allerjik veya inflamatuvar deri reaksiyonlarıdır. Bu reaksiyonlar hiperpigmentasyon, hipopigmentasyon, akne, ürtiker, atrofi, fototoksik reaksiyon ve ekzema gibi çok çeşitlidir. Hastalık, özellikle belirli mesleklerde çalışan kişilerde daha fazla yoğunlaşmakta, çeşitli çevresel faktörlerin etkisinin de artması sonucunda giderek daha büyük oranlarda görülmektedir. Alerjik kontakt dermatit gelişimi için genetik olarak duyarlı bir bireyin allerjen ile tekrarlayan temasının olması gerekmektedir. Antijene özgüllük gösteren edinsel immunitenin etkinleşmesi ve efektör T hücrelerinin yönlendirdiği bir deri inflamasyonu sonucunda oluşur. Allerjenle yeniden temastan 48-96 saat sonra gelişebilmektedir(66,71,72).

Klinik görünüm hastalığın lokalizasyonuna ve süresine bağlıdır. Akut reaksiyonlarda eritem, papül, vezikül, bül reaksiyonun yoğunluğuna bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Kronik olgularda likenifiye, skuamlı ve bazen fissüre lezyonlar görülür. Palmoplanter ve saçlı deri göreceli olarak dirençli bölgelerdir(66,72,73).

Tanıda ışık-yama testi kullanılır. Kontakt allerjenleri ortaya koyabilecek en iyi tanı yöntemi olarak kabul edilen yama testinde deride uygulanan bir deneysel kontakt dermatit oluşturulması söz konusudur(66,71,74). Allerjenin saptanması ve

etkenden uzaklaştırılması en önemli basamaktır. Topikal tedavide nemlendiriciler, topikal steroidler, topikal immunomodülatörler kullanılabilir. Şiddetli olgularda fototerapi, sistemik kortikosteroidler, oral Retinoidler, Biyolojik Ajanlar Kullanılabilmektedir(66,72).

### **İrritan Kontakt Dermatit**

İrritan kontakt dermatit, derinin kimyasal maddeler veya fiziksel travmaya karşı nonimmunolojik, nonspesifik inflamatuvar bir cevabıdır ve sabun, deterjan, su, friksiyon gibi iritanlara maruziyet sonucunda akut ya da kümülatif olarak gelişir. Kontakt dermatitler içinde en sık rastlanan formdur. El tutulumu %80, yüz tutulumu ise %10 oranında görülür. El ekzeması olgularının %35'inde nedenin iritan faktörler olduğu bulunmuştur.

Bebek ve yaşlılar, daha zayıf epidermal bariyerden dolayı irritan kontakt dermatitten daha fazla etkilenirler. Kadınlar iki kat daha fazla etkilenirler. Akut gelişen olaylarda eritem, ödem, vezikül, bül ve erozyonlar gelişebilirken, kronik olaylarda likenifikasyon, hiperkeratoz ve fissürler görülür(66,74). Akut gelişen olaylarda reaksiyon dakikalar veya saatler içinde başlayıp şiddetlenebilir. İrritan maddenin temas ettiği bölgede keskin, net sınırlı, eritem ve ödemin eşlik ettiği ekzema tablosu görülür. Akut gecikmiş irritan kontakt dermatitte; iritanların temasından 8-24 saat sonra inflamasyon görülür. Kaşıntıdan daha çok yanma hissi ön plandadır. Kronik, fissürlü ve tüm vüde bölgeyi tutan form yaklaşık %45, yalnızca parmak uçlarında kuruma ve fissür oluşumuyla karakterize formun da %42 oranında görüldüğü saptanmıştır(75). En önemli basamak etkenin saptanması ve temasın engellenmesidir. Lokal tedavide topikal steroidler, emolyentler ve topikal kalsinörin inhibitörleri kullanılabilir. Sistemik tedavide akut dönemde ve şiddetli reaksiyonlarda sistemik steroid kullanılabilir. Kronik ve hiperkeratotik tiplerde sistemik retinoidler, kronik ve şiddetli seyreden olgularda PUVA, azatioprin, siklosporin ve metotreksat gibi sistemik tedaviler de kullanılabilir (66,73,76).

### **2.6.4. Kaşıntı (pruritus)**

Pruritus sübjektif olarak; iyi lokalize olmayan, ölçülemeyen, genellikle hoş olmayan ve kaşıma arzusu uyandıran bir duygu olarak tanımlanabilir. Pruritus en sık dermatolojik belirtidir. Primer bir deri hastalığından kaynaklanabildiği gibi , %10-50

arasında altta yatan bir sistemik hastalığa bağlı olabilir(77). Düşünülmesi gereken tanılar metabolik hastalıklar, hematolojik hastalıklar, maligniteler, HIV enfeksiyonları, farmakolojik bir tedavinin komplikasyonu ve nöropsikiyatrik hastalıkları içerir. Bugün için pruritusu yönelik klinik özelliklere veya patofizyolojiye dayanan tanımlayıcı bir sınıflama yoktur(78,79).

### **2.6.5. Ürtiker, Eritem ve Purpuralar**

#### **Ürtiker**

Deri ve mukazalardaki küçük kan damarlarından çevredeki konnektif dokuya geçici olarak plazma sızması sonucu oluşan ve kısa süren şişlikler ile seyreden hastalıktır. Eritemli, ödemli, çevresine göre biraz daha kabarık, kaşıntılı papül ve plaklar tipik deri lezyonlarını oluşturur. İnsanların %15-20'si yaşam boyunca en az bir kez ürtiker atağı geçirir. Oral antihistaminikler, sistemik kortikosteroidler (kısa süreli)doksepin, lökotrien antegonistleri (montelukast, zafirlukast), siklosporin, dapson ve omalizumab tedavi seçenekleridir(80).

### **2.6.6. Saç Tırnak ve Müköz Membran Hastalıkları**

Saç bozuklukları dermatologların sıklıkla karşılaştıkları bir durumdur ve birçok sistemik hastalıkta saçlarda dökülme, artma ve saç renginde değişiklikler görülür. Beslenme bozuklukları, hastalıklar, ilaçlar, şiddetli fiziksel ve emosyonel stres ile dahabirçok neden saç uzamasını etkiler(81). Saç kaybı birçok sistemik hastalığın göstergesi olarak ortaya çıkar ve telogen effluvium, anagen effluvium, saç foliküllerinin yıkımı, saç folikülü minyatürleşmesi ve saç shaftı defektlerini içeren beş mekanizmanın birine bağlı olarak gelişir(82). Normalde her kıl folikülü bağımsız sikluslarla seyreder, bazıları büyürken, diğerleri istirahat eder veya dökülür. Böylece saç yoğunluğu değişmez ve yeterli, aynı miktarda saç korunmuş olur(84). Foliküllerin yaşamı boyunca bu siklus 10-30 kez tekrarlanır ve normal kıl siklusu bütün saçların ortalama 3-5 yılda bir tamamen değişimiyle sonuçlanır. Telogen fazda günde ortalama 100 saç teli kaybı normal kabul edilirken anagen fazda bu miktardaki saç kaybı patolojiktir(85).

### **Telogen Effluvium**

Diffüz saç kaybının sık görülen nedenlerinden biri olan telogen effluvium noninflamatuvar bir saç kaybıdır ve yaygın telogen saçların kaybı ile karakterizedir. Telogen effluvium sistemik hastalıklarla birlikte en çok görülen saç kaybı formudur. Tüm saçlı deride diffüz olarak saçlar incelmıştır(82). Telogen effluvium 6 aydan kısa sürerse akut, 6 aydan uzun olursa kronik telogen effluvium adını alır. Akut telogen effluyumu tam iyileşme takip eder(83). Yüksek ateşe neden olan herhangi bir hastalık telogen effluyuma yol açar. Kronik diffüz telogen effluvium ise tiroid hastalıkları, Fe esikliği anemisi ve akrodermatitis enteropatikada görülür. Hipertiroidizmde %50, hipotiroidizmde %33 telogen effluvium görülür(82,86).

### **Anagen Effluvium**

Anagen effluvium büyüme fazındaki saçların difüz kaybıdır. Anagen büyümenin erken duraklaması, telogen ve katagen fazlara erken geçiş sonucu meydana gelir. Saç taranması, başın yastığa konması gibi minör travmalarda saç distal kısmından koparak dökülür. Dökülen saçlar saç siklusunun anagen fazında olduğundan buna anagen effluvium denir. Noninflamatuvar anagen effluviumun en sık nedeni kemoteropatik ve toksik ilaçlar ile radyasyon tedavisidir(81,82).

### **Saç Folikülünün Minyatürleşmesi (Androjenetik Alopesi)**

Saçların minyatürleşmesi ile meydana gelen androjenetik alopesi nonskatrisyel bir saç dökülmesidir ve sistemik hastalıklarla birlikte görülebilir. Androjenetik alopesi, otozomal dominant geçiş gösterir ve aile hikayesi olan kişilerin 1/3'ünde görülür. Testesteron, dihidrotestesteron ve dihidroepiandrotestesteron sulfat saç dökülmesine neden olur. Bu androjenlerin fazlalığında görülen hiperandrojenizmde bazı kıl folikülleri minyatürleşerek kısa ve ince saçların oluşmasına yol açar. Saç hacminin kaybı klinik olarak saçlı derinin frontal ve taç bölgesindeki saçların difüz incilmesi şeklinde karşımıza çıkar(81-83). Polikistik over, konjenital adrenal hiperplazi, Cushing sendromu ve HAİR-AN sendromu (hiperandrojenizm, insulin direnci ve akantozis nigrikans) gibi androjen fazlalığı ile seyreden sendromlarda da androjenetik alopesi görülür

### 2.6.7. Fiziksel Ajanlara Bağlı Hastalıklar

#### Korn ve kalluslar

Ayak için uygun olmayan malzemeler, anatomik farklılıklar, iş veya serbest aktivitelerden dolayı ayaklara tekrarlayan mekanik travma hiperkeratoz oluşturur. Kalluslar geniş tabanlı iken kornlar daha dar tabanlı ve keskin sınırlıdır(87). Sert kornlar katı, küçük, merkezde yerleşmiş yarı saydam özü olan kubbe şeklinde papüller olup, 5'nci ayak parmağının dorsolaterali ve diğer ayak parmaklarının dorsalinde yerleşmişlerdir . Yumuşak kornlar parmak arası perdelerdeki ağrılı keratozlardır(87). Tedavi hem semptomatik rahatlama hem de biomekanik uyumsuzluğun düzeltilmesine yöneliktir. Salisilik asit veya üre gibi topikal ajanlar çoğunlukla kallusu yumuşatmaya yardımcıdır(87,88).

### 2.6.8. Pigmentasyon Bozuklukları

#### Melasma

Melasma en sık yüzde ortaya çıkan, düzensiz sınırlara sahip simetrik hiperpigmente yamalar ile karakterize yaygın edinsel bir hastalıktır(89). Bu hiperpigmentasyon daha çok ultraviyole etkisiyle olur. Klinik olarak güneşe maruz kalan bölgeler de özellikle yüz ve önkolun dorsalinde de açık kahverenginden griye kadar değişik tonlarda maküller ile karakterizedir(90). Lezyonlar kış aylarında solar. Daha çok gebelik, oral kontraseptif veya antikonvülzan (fenitoin) kullanımı ile bağlantılı olabileceği gibi idiopatik de olabilir. Topikal olarak hidrokinon(%2-4), tretinon(%0.05-0.1) ve kortikosteroid kullanılabilir. Melasmadan korunmak için ultraviyole maruziyetini azaltıcı önlemler alınmalıdır(91).

#### Efelidler (Çil)

Efelidler çocukluk çağında başlayabilen, genellikle yüzde, boyunda, göğüs ve kollarda bulunan, küçük, uniform, 1-3 mm çaplı, keskin sınırlı maküler lezyonlardır. Renkleri bronz ve kahverenginin tonlarında olabilir. Tedavisi gerekmez, ancak kozmetik olarak istenmeyen lezyonlar için trikloroasetik asit, kriyoterapi, lazer, topi-

kal hidrokinon ve retinoidler kullanılır(92,93).

### **Vitiligo**

Sınırları belirgin depigmente makül ve yamalar ile karakterize idiyopatik edinsel bir bozukluktur. Henüz tanımlanmamış mekanizmalarla, tutulan deride fonksiyonel melanositler ortadan kaybolur. Doğum zamanı ile yaşlılık dönemi arasında herhangi bir zamanda ortaya çıkabilir(92). Ortalama başlangıç yaşı 20 yaş civarındır. Vitiligonun en sık formu normal deri ile çevrelenmiş tamamen amelanotik, belirgin sınırlı, oval, yuvarlak veya lineer şekilli makül veya yamadır.

Hastaların

çoğu bahar veya yaz aylarında depigmente maküllerin farkına varırlar.

Tedavinin

amacı repigmentasyon ve depigmentasyon sürecini stabilize etmektir. Dar band

UVB, psoralenli fototerapi, topikal PUVA, kortikosteroid, topikal immünsüpresifler

ve lazer kullanılabilir.

### **2.6.9. Deri Neoplazmları**

#### **Aktinik Keratoz**

Aktinik keratoz, anormal keratinositik proliferasyon ile skuamoz hücreli karsinom gelişme potansiyeline sahip bir lezyondur. Orta yaş ve üstü grupta, özellikle açık tenli kişilerde, derinin güneş ışınlarına maruz kalan bölgelerin de görülür. Çapı 1 cm'den az, keratotik, ayırık pürüzlü yüzeye sahip kirli kahverengi, pembe ve ya gri, makül veya papül tarzındadır. Güneşten ve ultraviyeye ışıktan koruyucu önlemler tedavide en önemli yaklaşımdır. Sıvı nitrojen veya karbondioksitle dondurma, küretaj, cerrahi, 5-florourasil verme gibi tedavi seçenekleri vardır(94,95).

#### **Bazal Hücreli Karsinom**

Bazal hücreli karsinom bazal keratonisitlerden köken alır. Metastazı çok nadirdir, lokal yayılım ile harabiyete neden olur(96,97).



### **Skuamoz Hücreli Karsinom:**

Skuamoz hücreli karsinomlar intradermal invazyon ve belirgin keratin üretimi ile birlikte keratinositlerin lobüler çoğalması ile karakterizedir(97).

### **2.6.10. Keratinizasyon Bozuklukları**

Keratin genlerindeki mutasyonlar deri ve iç epitelyumda ki birkaç otozomal dominant doku fragilite bozukluğunun nedenidir. Mutasyonlar sıklıkla baskın-negatif bir şekilde hareket ederler ve normal ara filament oluşumuna müdahale ederler.

## **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

Bu çalışma 01 Ocak 2013 ile 31 Aralık 2013 tarihleri arasında bir ikinci basamak devlet hastanesi dermatoloji polikliniklerine başvuran hastaların retrospektif olarak elektronik kayıtlarından faydalanılarak incelendi. Hastaların klinik tanıları, yaşı, cinsiyeti ve başvuru tarihleri elektronik veri tabanına kaydedilerek incelendi. Toplam 353 farklı tanı mevcuttu. Bu hastalılardan 10 klinik tanı grupları oluşturuldu. Sıklık sırasına göre tanı grupları aşağıda listelenmiştir.

**Tablo3.1.** Klinik Tanı Grupları.

1	PAPÜLOSKUAMÖZ VE EKZEMATÖZ DERMATOZLAR
2	ADNEKSİYAL HASTALIKLAR
3	ENFEKSİYONLAR, ENFESTASYONLAR
4	SAÇ TIRNAK VE MÜKÖZ MEMBRAN HASTALIKLARI
5	PRURİTUS

6	DERİ NEOPLAZMLARI
7	ÜRTİKER, ERİTEM VE PURPURALAR
8	FİZİKSEL AJANLARA BAĞLI HASTALIKLAR
9	PİGMENTASYON BOZUKLUKLARI
10	KERATİNİZASYON BOZUKLUKLARI

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'ndan alınan onay tarihi ve sayısı: 21/04/2014 / 09'dur.

### 3.1. İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analiz için IBM SPSS-21.0 paket programı kullanıldı. Kategorik değişkenler arasındaki ilişki Ki-kare analizi ile araştırılmıştır. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi ile, bağımsız grupların karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenler frekans ve yüzde olarak, sürekli değişkenler ise medyan (Q1-Q3) olarak verilmiştir.  $P < 0.05$  olarak bulunan sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

## 4. BULGULAR

Çalışmaya 1 Ocak 2013 ile 31 Aralık 2013 tarihleri arasında toplam 63.231 hasta alındı. Bu hastaların 38.569'u (%61) kadın, 24.662'si (%39) erkek hastaydı. Hastaların cinsiyete göre dağılımı Tablo4.1.'de gösterilmiştir.

**Tablo 4.1.** Hastaların cinsiyete göre dağılımı

CİNSİYET	BAŞVURAN HASTA SAYISI	(%)
KADIN	38569	61,0
ERKEK	24662	39,0
TOPLAM	63231	100,0

Hastaların tanıları cilt hastalıkları gruplarına göre 10 klinik tanı grubu olarak tanımlandı. Tanı grupları sıklık sırasına göre ilk üç hastalık grubu, papüloskuamöz ve ekzematöz dermatozlar (% 23,4) , adneksiyal hastalıklar (% 23 ), enfeksiyonlar, enfestasyonlar (% 22,9 ). Başvuran hastaların klinik tanı gruplarının sıklık sırasına göre dağılımı Tablo 4.2. 'de gösterilmiştir.

**Tablo 4.2.** Hastaların klinik tanı gruplarının sıklık sırasına göre dağılımı.

<b>TANI GRUPLARI</b>	<b>TANI ALAN KİŞİ SAYISI</b>	<b>%</b>
PAPÜLOSKUAMÖZ VE EKZEMATÖZ DERMATOZLAR	14775	23,4
ADNEKSİYAL HASTALIKLAR	14513	23,0
ENFEKSİYONLAR, ENFESTASYONLAR	14453	22,9
SAÇ TIRNAK VE MÜKÖZ MEMBRAN HASTALIKLARI	4145	6,6
PRURİTUS	3882	6,1

DERİ NEOPLAZMLARI	2528	4,0
ÜRTİKER, ERİTEM VE PURPURALAR	2314	3,7
FİZİKSEL AJANLARA BAĞLI HASTALIKLAR	1929	3,1
PİGMENTASYON BOZUKLUKLARI	1794	2,8
KERATİNİZASYON BOZUKLUKLARI	507	0,7
DİĞER HASTALIKLAR	2391	3,7
TOPLAM	63231	100,0

Klinik tanı grupları ile cinsiyet dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki mevcuttur. ( $\chi^2 = 1160.436$   $p < 0,001$ ) Klinik tanı grupları ile cinsiyet arasındaki kişi sayıları ve yüzdelik dağılımı Tablo 4.3.'de gösterilmiştir.

**Tablo 4.3.** Hastaların klinik tanı gruplarının cinsiyete göre kişi sayıları ve yüzdelik dağılımı.

KLİNİK TANI GRUPLARI	CİNSİYET		TOPLAM
	KADIN	ERKEK	
PAPÜLOSKUAMÖZ VE EKZEMATÖZ DERMATOZLAR	8811	5964	14775
	59,6%	40,4%	100,0%
ADNEKSİYAL HASTALIKLAR	9762	4751	14513
	67,3%	32,7%	100,0%
ENFEKSİYONLAR, ENFESTASYONLAR	7375	7078	14453
	51,0%	49,0%	100,0%
SAÇ TIRNAK VE MÜKÖZ MEMBRAN	2746	1399	4145

HASTALIKLARI	66,2%	33,8%	100,0%
PRURİTUS	2398	1484	3882
	61,8%	38,2%	100,0%
DERİ NEOPLAZMLARI	1598	930	2528
	63,2%	36,8%	100,0%
ÜRTİKER, ERİTEM VE PURPURALAR	1515	799	2314
	65,5%	34,5%	100,0%
FİZİKSEL AJANLARA BAĞLI HASTALIKLAR	1059	870	1929
	54,9%	45,1%	100,0%
PİGMENTASYON BOZUKLUKLARI	1385	409	1794
	77,2%	22,8%	100,0%
KERATİNİZASYON BOZUKLUKLARI	338	169	507
	66,7%	33,3%	100,0%

Hastaların klinik tanı gruplarının ilk üç grup için yaş ortancası, papüloskuamöz ve ekzematöz dermatozlar 34 yıl, adneksiyal hastalıklar 21 yıl, enfeksiyonlar ve enfestasyonlar 33 yıl olup diğer gruplar için yaş ortanca değeri Tablo 4.4 de gösterilmiştir. Bu istatistiksel olarak anlamlıydı ve gruplar arasında yaş ortanca değeri alındığında anlamlı fark bulundu(  $P<0,001$ ).

**Tablo 4.4.** Hastaların klinik tanı gruplarının yaş ortalamaları.

TANI GRUPLARI	YAŞ MEDİAN	(Q1-Q3)
PAPÜLOSKUAMÖZ VE EKZEMATÖZ DERMATOZLAR	34	(21 -- 51)
ADNEKSİYAL HASTALIKLAR	21	(18 -- 25)

ENFEKSİYONLAR, ENFESTASYONLAR	33	(20 -- 51)	P<0,001
SAÇ TIRNAK VE MÜKÖZ MEMBRAN HASTALIKLARI	27	(21 -- 40)	
PRURİTUS	47	(32 -- 61)	
DERİ NEOPLAZMLARI	49	(29 -- 64)	
ÜRTİKER, ERİTEM VE PURPURALAR	38	(24 -- 52)	
FİZİKSEL AJANLARA BAĞLI HASTALIKLAR	38	(26 -- 55)	
PİGMENTASYON BOZUKLUKLARI	32	(21 -- 43)	
KERATİNİZASYON BOZUKLUKLARI	43	(27 -- 53)	

Hastaların yaş aralıkları 1 ile 100 arasındaydı. Yaşlar onarlı olarak gruplandırıldı. Ayrıca 18 yaş altı ve 65 yaş üstü yaş dağılımına bakıldı. Klinik tanı gruplarının 10'arlı yaş gruplarına göre dağılımı ve ayrıca 18 yaş altı ve 65 yaş üstü Tablo 4.5'de gösterilmiştir

**Tablo 4.5.** Klinik tanı gruplarının yaş gruplarına göre dağılımı.

KLİNİK TANILAR	YAŞ ARALIKLARI											
	1-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81-90	91-100	< 18	> 65
PAPÜLOSKUAMÖZ VE EKZEMATÖZ DERMATOZLAR	1294 %8,8	2296 %15,5	3012 %20,4	2238 %15,1	2182 %14,8	1874 %12,7	1167 %7,9	540 %3,7	159 %1,1	13 %0,1	2694 %25,7	1328 %27
ADNEKSİYAL HASTALIKLAR	52 %0,4	6971 %48	5552 %38,3	1102 %7,6	445 %3,1	190 %1,3	146 %1	43 %0,3	11 %0,1	1 %0,0	3277 %31,3	141 %2,8
ENFEKSİYONLAR, ENFESTASYONLAR	1077 %7,5	2589 %17,9	3094 %21,4	2198 %15,2	1866 %12,9	1830 %12,7	1062 %7,3	533 %3,7	197 %1,4	7 %0,0	2708 %25,8	1282 %26

SAÇ TIRNAK VE MÜKÖZ MEMBRAN HASTALIKLARI	194 %4,7	840 %20,3	1354 %32,7	733 %17,7	489 %11,8	282 %6,8	153 %3,7	72 %1,7	27 %0,7	1 %0,0	626 %5,9	179 %3,6
PRURİTUS	96 %2,5	262 %6,7	524 %13,5	581 %15	755 %19,4	674 %17,4	446 %11,5	341 %8,8	194 %5	9 %0,2	220 %2,1	802 %16,3
DERİ NEOPLAZMLARI	80 %3,2	211 %8,3	380 %15	328 %13	325 %12,9	448 %17,7	355 %14	275 %10,9	121 %4,8	5 %0,2	204 %1,9	623 %12,7
ÜRTİKER, ERİTEM VE PURPURALAR	88 %3,8	304 %13,1	442 %19,1	426 %18,4	446 %19,3	304 %13,1	198 %8,6	80 %3,5	26 %1,1	0 %0	250 %2,3	222 %4,5
FİZİKSEL AJANLARA BAĞLI HASTALIKLAR	63 %3,3	185 %9,6	414 %21,5	366 %19	311 %16,1	271 %14	181 %9,4	95 %4,9	41 %2,1	2 %0,1	141 %1,3	233 %4,7
PİGMENTASYON BOZUKLUKLARI	138 %7,7	287 %16	401 %21,5	449 %25	271 %15,1	158 %8,8	65 %3,6	17 %0,9	8 %0,4	0 %0	302 %2,8	50 %1
KERATİNİZASYON BOZUKLUKLARI	13 %2,6	56 %11	76 %15	94 %18,5	109 %21,5	99 %19,5	36 %7,1	18 %3,6	6 %1,2	0 %0	45 %0,4	38 %0,7
TOPLAM	3095	14001	15249	8515	7199	6130	3809	2014	790	38	10467	4898

Klinik tanı gruplarının mevsimlere göre dağılımı Tablo 4.6'da gösterilmiştir. Son tanı grupları ile mevsimsel farklılıklar arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktaydı. ( $\chi^2 = 667.934$   $p < 0,001$  )

**Tablo 4.6.** Klinik tanı gruplarının mevsimlere göre dağılımı.

KLİNİK TANILAR	MEVSİM			
	KIŞ	İLKBAHAR	YAZ	SONBAHAR
PAPÜLOSKUAMÖZ VE EKZEMATÖZ DERMATOZLAR	4070 26,1%	3623 26,0%	3309 23,2%	3773 22,1%
ADNEKSİYAL HASTALIKLAR	3960 25,4%	3637 26,1%	2998 21,0%	3918 23,0%

ENFEKSİYONLAR, ENFEKASYONLAR	3387 21,8%	3003 21,5%	3801 26,7%	4262 25,0%
SAÇ TIRNAK VE MÜKÖZ MEMBRAN HASTALIKLARI	1082 7,0%	759 5,4%	911 6,4%	1393 8,2%
PRURİTUS	1113 7,2%	824 5,9%	868 6,1%	1077 6,3%
DERİ NEOPLAZMLARI	625 4,0%	540 3,9%	564 4,0%	799 4,7%
ÜRTİKER, ERİTEM VE PURPURALAR	560 3,6%	493 3,5%	525 3,7%	736 4,3%
FİZİKSEL AJANLARA BAĞLI HASTALIKLAR	373 2,4%	483 3,5%	568 4,0%	505 3,0%
PİGMENTASYON BOZUKLUKLARI	276 1,8%	434 3,1%	581 4,1%	503 2,9%
KERATİNİZASYON BOZUKLUKLARI	119 0,8%	155 1,1%	136 1,0%	97 0,6%
TOPLAM	15565 100,0%	13951 100,0%	14261 100,0%	17063 100,0%

Papüloskuamöz ve Ekzematöz Dermatozlar tanı grubu içerisinde bulunan hastalıkların sıklık sırasına göre dağılımı Tablo 4.7’de gösterilmiştir.

**Tablo 4.7.** Papüloskuamöz ve Ekzematöz Dermatozlar tanı grubunun klinik tanı dağılımı.

<b>PAPÜLOSKUAMÖZ VE EKZEMATÖZ DERMATOZLAR</b>	<b>TANI ALAN KİŞİ SAYISI</b>	<b>GRUP İÇİNDEKİ YÜZDESİ</b>
KONTAKT DERMATİT	3523	23,8



DERMATİT	3001	20,3
KSEROSİS KÜTİS	2535	17,2
SEBOREİK DERMATİT	1977	13,4
PSÖRİASİS	1640	11,1
PİTYRİASİS ROSEA	495	3,4
ATOPIK DERMATİT	370	2,5
LİKEN PLANUS	256	1,7
NUMMULER DERMATİT	190	1,3
ALLERJİK KONTAKT DERMATİT	128	0,9
DİĞER HASTALIKLAR	660	4,4

Adneksiyal Hastalıklar tanı grubu içerisinde bulunan hastalıkların sıklık sırasına göre dağılımı Tablo 4.8’de gösterilmiştir.

**Tablo 4.8.** Adneksiyal Hastalıklar tanı grubunun klinik tanı dağılımı.

ADNEKSİYAL HASTALIKLAR	TANI ALAN KİŞİ SAYISI	GRUP İÇİNDEKİ YÜZDESİ
AKNE	13569	93,3
HİPERHİDROZ	531	3,6
ROSACEA	330	2,3

MİLİARİA	65	0,6
PERİFOLLİKÜLİTİS KAPİTİS ABSENDANS	9	0,1
BROMHİDROZ	3	,07
RİNOFİMA	1	,03

Enfeksiyonlar, Enfestasyonlar tanı grubu içerisinde bulunan hastalıkların sıklık sırasına göre dağılımı Tablo 4.9'da gösterilmiştir.

**Tablo 4.9.** Enfeksiyonlar, Enfestasyonlar tanı grubunun klinik tanı dağılımı.

ENFEKSİYONLAR, ENFESTASYONLAR	TANI ALAN KİŞİ SAYISI	GRUP İÇİNDEKİ YÜZDESİ
VİRAL SİĞİLLER	4179	28,9
TİNEA UNGUİUM	1662	11,5
TİNEA PEDİS	1626	11,3
PİTYRİASİS VERSİCOLOR	767	5,3
ERİTEMA İNTERTRİGO	739	5,1
PİYODERMA	618	4,3
ZOSTER (HERPES ZOSTER)	569	3,9
ZEHİRSİZ BÖCEK VE ARTROPOT TARAFINDAN ISIRILMA VE SOKULMA	506	3,5
FOLLİKÜLİT	501	3,5
DERİNİN APSE, FURONKÜL VE KARBONKÜLÜ	349	2,4
DİĞER HASTALIKLAR	2937	20,3

Saç Tırnak ve Müköz Membran Hastalıkları tanı grubu içerisinde bulunan hastalıkların sıklık sırasına göre dağılımı Tablo 4.10 de gösterilmiştir.

**Tablo 4.10.** Saç Tırnak ve Müköz Membran Hastalıkları tanı grubunun klinik tanı dağılımı.

SAÇ TIRNAK VE MÜKÖZ	TANI ALAN	GRUP İÇİNDEKİ
---------------------	-----------	---------------

<b>MEMBRAN HASTALIKLARI</b>	<b>KİŞİ SAYISI</b>	<b>YÜZDESİ</b>
TELOGEN EFFLUVİUM	1118	27,0
TIRNAK BOZUKLUKLARI	872	21,3
ALOPEŞİA AREATA	758	18,3
ANDROJENİK ALOPEŞİ	504	12,2
TEKRARLAYAN ORAL AFTLAR	330	8,0
DUDAK VE ORAL MUKOZANIN HASTALIKLARI	165	3,9
HİRSUTİZM	154	3,7
SKAR YAPMAYAN SAÇ KAYBI	28	0,7
HİPERTRİKOZ	13	0,3
ALOPEŞİA (KAPİTİS) TOTALİS	3	0,1
DİĞER HASTALIKLAR	200	4,5

Pruritus tanı grubu içerisinde bulunan hastalıkların sıklık sırasına göre dağılımı Tablo 4.11’de gösterilmiştir.

**Tablo 4.11.** Pruritus tanı grubunun klinik tanı dağılımı.

<b>PRURİTUS</b>	<b>TANI ALAN KİŞİ SAYISI</b>	<b>GRUP İÇİNDEKİ YÜZDESİ</b>
PRURİTUS	3320	85,7

LİKEN SİMPLKS KRONİKUS VE PRURİGO	519	13,3
ANOGENİTAL PRURİTUS, TANIMLANMAMIŞ	34	0,8
PRURİTUS VULVA	9	0,2

Deri Neoplazmları tanı grubu içerisinde bulunan hastalıkların sıklık sırasına göre dağılımı Tablo 4.12’de gösterilmiştir.

**Tablo 4.12.** Deri Neoplazmları tanı grubunun klinik tanı dağılımı.

<b>DERİ NEOPLAZMLARI</b>	<b>TANI ALAN KİŞİ SAYISI</b>	<b>GRUP İÇİNDEKİ YÜZDESİ</b>
DERİ BENİGN NEOPLAZMI	789	31,5
NEVÜS,NEOPLASTİK OLMAYAN	595	23,5
AKTİNİK KERATOZ	424	16,8
EPİDERMAL KİST	327	12,8
HEMANJİOM	194	7,7
LİPOMATOZİS	111	4,4
DERİ MALİGN NEOPLAZMI	83	3,3

Ürtiker, Eritem ve Purpuralar tanı grubu içerisinde bulunan hastalıkların sıklık sırasına göre dağılımı Tablo 4.13’de gösterilmiştir.

**Tablo 4.13.** Ürtiker, Eritem ve Purpuralar tanı grubunun klinik tanı dağılımı.

<b>ÜRTİKER, ERİTEM VE PURPURALAR</b>	<b>TANI ALAN KİŞİ SAYISI</b>	<b>GRUP İÇİNDEKİ YÜZDESİ</b>
--	----------------------------------	--------------------------------------

ÜRTİKER	1786	77,2
ERİTEMA MULTİFORME	100	4,3
LOKALİZE DERİ DÖKÜNTÜSÜ, İLAÇ VE TIBBİ MADDELERE BAĞLI	71	3,1
PİGMENTE PURPURİK DERMATOZ	55	2,4
YAYGIN DERİ DÖKÜNTÜSÜ, İLAÇ VE TIBBİ MADDELERE BAĞLI	50	2,2
SPONTAN EKİMOZLAR	46	2,0
DERİYE SINIRLI VASKÜLİT	45	1,9
PURPURA VE DİĞER HEMORAJİK DURUMLAR	38	1,6
GRANÜLOMA ANULARE	31	1,3
ANJİONÖROTİK ÖDEM	28	1,2
DİĞER HASTALIKLAR	64	2,8

Fiziksel Ajanlara Bağlı Hastalıklar tanı grubu içerisinde bulunan hastalıkların sıklık sırasına göre dağılımı Tablo 4.14’de gösterilmiştir.

**Tablo 4.14.** Fiziksel Ajanlara Bağlı Hastalıklar tanı grubunun klinik tanı dağılımı.

FİZİKSEL AJANLARA BAĞLI HASTALIKLAR	TANI ALAN KİŞİ SAYISI	GRUP İÇİNDEKİ YÜZDESİ
BOYNUZLAŞMA VE NASIRLAŞMALAR	1315	68,7

POLİMORFÖZ İŞİK ERÜPSİYONU	328	17,5
İNSEKTİSİTLERİN TOKSİK ETKİSİ, DİĞER	120	6,2
BİR DEN FAZLA VÜCUT BÖLGESİNİN YANIK VE KOROZYONLARI	63	3,3
SOĞUĞA MARUZİYET NEDENİYLE ENFLAMASYON GELİŞMESİ (PERNİO)	35	1,8
GÜNEŞ YANIĞI	35	1,8
ERİTEMA AB İGNE	7	0,4
CİVATTE POİKİLODERMASI	5	0,3

Pigmentasyon Bozuklukları tanı grubu içerisinde bulunan hastalıkların sıklık sırasına göre dağılımı Tablo 4.15’de gösterilmiştir.

**Tablo 4.15.** Pigmentasyon Bozuklukları tanı grubunun klinik tanı dağılımı.

PİGMENTASYON BOZUKLUKLARI	TANI ALAN KİŞİ SAYISI	GRUP İÇİNDEKİ YÜZDESİ
MELANİN HİPERPİGMENTASYONU	972	54,2
VİTİLİGO	405	22,6
PİTYRİASİS ALBA	149	8,3
ÇİLLER	121	6,7
POSTENFLAMATUVAR HİPERPİGMENTASYON	64	3,6
KLOASMA	45	2,5
PİGMENTASYON BOZUKLUKLARI	37	2,1

Keratinizasyon Bozuklukları tanı grubu içerisinde bulunan hastalıkların sıklık sırasına göre dağılımı Tablo 4.16’de gösterilmiştir.

**Tablo 4.16.** Keratinizasyon Bozuklukları tanı grubunun klinik tanı dağılımı

<b>KERATİNİZASYON BOZUKLUKLARI</b>	<b>TANI ALAN KİŞİ SAYISI</b>	<b>GRUP İÇİNDEKİ YÜZDESİ</b>
KERATODERMA	414	81,7
PALMARİS ET PLANTARİS	43	8,5
AKANTOZ NİGRİKANS	28	5,5
İKTİYOZİS VULGARİS	20	3,9
KONJENİTAL İKTİYOZİS	2	0,4

## **5.TARTIŞMA**

Deri vücudumuzun en büyük organıdır. Deri hastalıklarının mortalite hızı pek çok hastalığa göre düşüktür. Fakat yakınmaları ile sık karşılaşılır ve bu nedenle

birinci basamak hekimi deri ve ekleri ile ilgili birçok sorun ve hastalığa tanı koyarak, gerek bakımı gerekse tedavisini uygun şekilde yapabilmelidir (1,2)

Deri hastalıklarının ortaya çıkmasında birçok faktör rol oynar. Bunlar ırk, yaş, cinsiyet, heredite, kişisel hijyen, kültür düzeyi gibi kişisel faktörler ile iklim, coğrafi bölge, kırsal ya da kentsel yerleşim ve meslek gibi çevresel faktörlerdir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre en sık görülen ilk beş hastalık grubu içinde yer alan deri hastalıklarının tedavisi büyük oranda dermatoloji uzmanı olmayan hekimlerce yürütülmektedir(1,2).

Çalışmamız 01 Ocak 2013 ile 31 Aralık 2013 tarihleri arasında bir ikinci basamak devlet hastanesi dermatoloji polikliniklerine başvuran hastaların retrospektif olarak elektronik kayıtlarından faydalanılarak incelendi. Hastaların klinik tanıları, yaşı, cinsiyeti ve başvuru tarihleri elektronik veri tabanına kaydedilerek incelendi. Toplam 353 farklı tanı mevcuttu. Bu hastalılardan 10 klinik tanı grubu oluşturuldu.

Baysal ve ark. yaptığı çalışmada hastaların 6292 (%62.30)'si kadın 3808 (%37.70)'inin erkek olduğunu belirtmişler(98). Özcan ve ark. yaptıkları çalışmada incelenen 67.800 hastanın 2514'ün de (%3.70) deri hastalığı olduğu ve deri hastalığı tanısı alan hastaların %60.5'inin kadın, %39.5'inin ise erkek olduğunu belirtmişler(99). Bilen ve ark. yaptığı çalışmada 182 'si (% 72,8) kadın, 68 'i (% 27,2) erkek olarak belirtmişler(100). Bu çalışmada ise hastaların 38.569'u ( % 61 ) kadın, 24.662'si ( % 39 ) erkek olup literatür bilgileri ile uyumluydu. Kadınların dış görünüşlerine daha fazla önem vermeleri nedeni ile dermatolojik hastalıkların psikososyal etkilerinden daha fazla etkilenecekleri düşünülmektedir. Bu durum da erkeklere göre kadınların daha fazla tedavi kullanmasına ve daha sık hekime başvurmasına yol açmaktadır.

Özcan ve ark. hastaların yaşlarını 0-6, 7-12, 13-19, 20-30, 30-40, 40-50, 50-60, 60 ve üzeri olarak gruplandırmış ve her yaş grubunun görülme oranları sırası ile % 11.3, %10.2, % 17, % 20.6, % 13.1, %10.8, %7.4, % 9.3 olarak belirtmiş olup en sık yaş grubu 20-30 yaş grubu olduğunu belirtmişler(99).

Bilen ve ark. araştırma grubundaki bireylerin %38,0'i 0-9 yaş grubunda, %15,2'si 10-19 yaş grubunda % 16,4'ü 20-29 yaş grubunda , %14'ü 30-39 yaş



grubunda, %6,8'i 40-49 yaş grubunda, %5.2'si 50-59 yaş grubunda, %3,2'si 60-69 yaş grubunda, %1,2'si ise 70-89 yaş grubunda olduğunu belirtmişler(100).

Çelik ve ark. deri hastalığı tanısı alanların yaş grupları oranlarının %26.1'i 1-9 yaş grubunda, %24'ü 30-39 yaş grubunda ve %18.6'sı 20-29 yaş grubunda olmak üzere 40 yaş altında kümelenme olduğu belirtmişler(101).

Bu çalışmada hastaların yaş gruplandırılması 1-10, 11- 20, 21-30, 31-40, 41-50, 51-60, 61-70, 71-80, 81-90, 91-100 ayrıca < 18 ve > 65 şeklinde gruplandırılmıştır. Her yaş grubunun görülme oranları sırası ile %5, %22.8, %24.9, %14.1, %12, %10.1, %6.3, %3.3, %1.3, %0.1, %17, %8.1 olup bu çalışmada da en sık görülen yaş grubu 21-30 yaş grubudur. Bizim bulgularımızda literatür bilgileri ile uyumluydu. Çelik ve ark. (101) yaptığı çalışmada olduğu gibi 40 yaş altında kümelenme mevcut olup en sık başvuru yaşı Özcan ve ark.(99) yaptığı çalışmada olduğu gibi 21-30'lu gruptaydı.

Çelik ve ark. deri hastalığı tanısı alanların mevsimsel dağılımına baktığımızda Yaz aylarında başvuru oranını %28.6 İlkbahar aylarında başvuru oranı %27.4, Sonbahar aylarında başvuru oranı %23 ve Kış aylarında başvuru oranın ise %21 olduğu belirtmekteydi(101).

Baş ve ark. deri hastalığı tanısı alan geriatric hasta grubunun mevsimsel dağılımına baktığımızda İlkbahar aylarında başvuru oranını %27.5 Sonbahar aylarında başvuru oranı %27, Yaz aylarında başvuru oranı %24.5 ve Kış aylarında başvuru oranın ise %21 olduğunu belirtmişler(102).

Bu çalışmada deri hastalığı tanısı alanların mevsimsel dağılımına baktığımızda Sonbahar aylarında başvuru oranını %28 Kış aylarında başvuru oranı %25.5, Yaz aylarında başvuru oranı %23.5 ve İlkbahar aylarında başvuru oranın ise %23 olarak görüldü. Bulgularımız literatür bilgileri ile farklılık göstermekteydi. Mevcut literatürlere bakıldığında mevsimsel başvurularda farklılık bulunmaktadır bunun da yaşam bölgelerinde ki farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Özcan ve ark. deri hastalıklarını sıklık sırasına göre dağılım oranları Ekzema/dermatit % 30.5, Fungal enfeksiyonlar % 16.9, Bakteriyel enfeksiyonlar % 13.9, Akne vulgaris % 8.23, Ürtiker % 4.77, Aftöz stomatit % 4.23, Viral enfeksiyonlar % 4.17, İlaç reaksiyonları % 3.46, Alopesi % 2.26, Skabies %2.22, Psoriasis %2.1, Pedikülozis % 1.71, Deri tümörü % 1.27, Kallus % 1.19 ,

Hirsutismus % 1.11, Pruritus % 0.83 ve Behçet Hastalığı % 0.23 olarak bulmuşlar(99).

Kökçam ve ark. yaptıkları çalışmada dermatozlar görülme sıklıklarına göre ilk üç sırayı %22.94 oranla mantar hastalıkları, %20.08 ile ekzamalar ve %9.56 ile enfeksiyöz deri hastalıklarının aldığını ve bu üç grup dermatozun, tüm olguların %52.58'ini teşkil ettiğini belirtmişler(103).

Seçkin ve ark. yaptıkları çalışmada sık görülen deri hastalıkları ve sıklıkları; ekzema % 27, enfeksiyöz hastalıklar % 22, akne % 15.7, sınıflanamayan diğer grup % 11.1, eritemli skuamlı hastalıklar % 4.5, saç hastalıkları % 4.4, pigmentasyon bozuklukları % 3.4, nevus/hamartomlar % 3, ürtiker % 3, ter bezi hastalıkları % 2.4, kseroderma % 1.3, tırnak hastalıkları % 1, genodermatozlar % 0.4 olarak tespit edilmiş(104).

Bu çalışmada sık görülen deri hastalıkları ve sıklıkları Papüloskuamöz ve Ekzematöz Dermatozlar % 23.4, Adneksiyal Hastalıklar % 23 Enfeksiyonlar, Enfestasyonlar % 22.9, Saç Tırnak ve Müköz Membran Hastalıkları % 6,6 Pruri-tus % 6,1 Deri Neoplazmları % 4, Ürtiker, Eritem ve Purpuralar % 3,7 Fiziksel Ajanlara Bağlı Hastalıklar % 3,1 Pigmentasyon Bozuklukları % 2,8 Keratinizasyon Bozuklukları % 0,8 olarak bulundu. Bu çalışmada tanıları gruplandırılarak incelendiğinden dolayı tek tanı olarak değilde hastalık grupları olarak ele alınmıştır. Bizim çalışmamızda elde edilen bulgular mevcut literatür ile uyumlu değildi.

Erkek cinsiyette en sık Enfeksiyonlar, Enfestasyonlar klinik tanı grubu görülür iken bu grupta en sık hastalık olarak karşımıza Viral Siğiller çıkmaktadır.

Kadın cinsiyette en sık Papüloskuamöz Ve Ekzematöz Dermatozlar klinik tanı grubu görülür iken bu grupta en sık hastalık olarak karşımıza Kontakt Dermatit çıkmaktadır.

Türkiye ve bir çok ülkedeki ulusal sağlık sisteminde gerek koruyucu hekimlik, gerekse tedavi hizmetleri bakımından aile hekimlerinin rolü ön planda bulunmaktadır. Toplumda gelişen sağlık bilinci ile birlikte hastaların doktordan beklenti düzeyleri de artmıştır. Yapılan araştırmalarda birinci basamağa başvuru nedenleri arasında dermatolojik hastalıkların oranı %10-73 arasında değişmektedir. Bu oran bölgeler, ülkeler, başvuran hastanın yaş grubu farklılıkları nedeniyle

değişmektedir. Genel ortalamalarda %10-15 arasında olduğu bildirilmektedir. Birinci basamağa başvuru nedenleri arasında solunum sistemi hastalıkları %31 oranla birinci sıradayken deri ve derialtı dokunun hastalıkları %15 ile dördüncü sırada almaktadır. Bu hastalıkların büyük bir çoğunluğu hayatı tehdit edici boyutlarda olmayıp, genellikle fazla laboratuvar testi ve çok fazla girişimsel işlemler gerektirmediğinden, hastalar çoğu zaman dermatoloğa görünmek ihtiyacı duymamaktadır. Aile hekimlerine başvurma kolaylığı da, hastaların tercihinde önemli bir faktörü oluşturmaktadır. Böyle olunca deri hastalıklarının büyük çoğunluğu öncelikle aile hekimleri tarafından görüldüğünden, öğrencilik döneminde ve mezuniyet sonrası verilen dermatoloji eğitimi önem kazanmaktadır.

Ramsay ve Fox'un yaptığı bir çalışmada, değişik konularda deri hastalıklarının yer aldığı 20 slayta genel pratisyenlerin %60'ı doğru cevap vermişler(105).

Whitaker-Worth ve ark. yaptığı çalışmada ise; öğrenciler ve iç hastalıkları ile aile hekimliği asistanlarından oluşan gruplara sık görülen deri hastalıklarını kapsayan 25 slayt gösterilmiş, öğrenci ve asistanların doğru cevap ortalamaları yaklaşık %45 bulunmuştur. Aynı gruplarda, 1 aylık dermatoloji rotasyonundan sonra doğru cevap oranları %70'e yükselmiş(106).

Özcan ve ark. yaptıkları çalışmada pratisyen doktorların en çok doğru cevap verdikleri soru konuları; akne, ürtiker, psoriasis ve bakteriyel deri hastalıkları gibi oldukça sık karşılaşılan hastalıklarla ilgili olmuştur. Sık görülen hastalıklarla ilgili bilgi yenileme ihtiyacı, bu sonucu açıklayabilir. Sistemik kortikosteroidler ile ilgili sorulara doğru cevap verme oranı (%63.2), topikal steroidlerle ilgili doğru cevaplardan (%12.2) çok yüksek bulunmuştur. Bunun sebebi sistemik kortikosteroidlerin dermatoloji dışında da sıklıkla kullanılması, topikal kortikosteroidlerin ise dermatolojiye özgü olması olabilir. Dermatoloji pratiğinde oldukça sık kullanılan bu ilaçlar hakkındaki bilgi düzeyinin düşüklüğü ve yanlış kullanımları, istenmeyen bazı yan etkilerin ortaya çıkmasına ve tedavi maliyetinin yükselmesine yol açmaktadır. En az doğru cevap verilen konular arasında yer alan topikal steroid kullanımının eğitim gereksinimi duyulan tedaviler arasında üst sıralarda yer almamasının da önemli olduğunu belirtmişler(107).

Özcan ve ark. Türkiye’de, tıp fakültelerinde verilmekte olan Deri ve Zührevi Hastalıklar eğitimi dönem 5 öğrencilerine verilen zorunlu 1 aylık staj süresi ile sınırlı olmaktadır. Staj süresi boyunca öğrencilere teorik ders anlatılmakta ayrıca öğrencilerin poliklinik ve klinik çalışmalarına katılımı sağlanmaktadır. Tıp fakültesi mezunları ise büyük çoğunlukla birinci basamak sağlık hizmetleri veren kuruluşlarda çalışmakta olduğunu belirtmişler(107).

Benton ve ark. İngiltere’de yaptıkları bir çalışmada üçüncü basamak sağlık kuruluşu kapsamındaki Deri ve Zührevi Hastalıklar polikliniğine başvuran hastaların %88’inin birinci basamak sağlık kuruluşlarından sevk edildiği saptanmıştır(108).

Aybal ve ark. yaptıkları çalışmada hekimlerin büyük bölümü dermatolojik yakınması olan hastalarda tanı koymada zorluk çektiğini bildirirse de oldukça az bir bölüm hastanın sevk edilmesi ilginç bir saptama olmuştur. Dermatolojik hastalıkların büyük bölümü hayati tehlike taşımayan hastalıklardır. Bu nedenle hekimler tanıda sıkıntı yaşasalar bile tedavi vermekte çekinceli davranmıyor olabileceklerini ayrıca hekimlerin 1. basamak sağlık kuruluşlarında henüz kullanılmamakta olan tanı ve tedaviye yönelik girişimleri kullanma gereksinimleri, ASM koşulları da göz önüne alındığında, fazla değildir, ancak yurt dışında dermatoskopik muayene, kriyoterapi ve koterizasyon işlemleri pratisyen hekimler tarafından da yapılmakta olduğunu belirtmişler(109).

Aybal ve ark. dermatoskopik muayenenin en çok kullanma gereksinimi duyulan girişim olduğunu saptanmıştır. Girişimsel yöntemlerin eğitiminin mezuniyet öncesi yeterli düzeyde verilebilmesi mümkün değildir. Ancak mezuniyet sonrası eğitim programlarında dermatolojide yapılan tanı ve tedaviye yönelik girişimlere de yer verilmesi gerektiğine, çalışmalar işaret etmektedir. Sistemik steroid kullanımı mezuniyet sonrası bilgi güncellenmesi istendiği belirtilen konuların başında yer almaktadır. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında kolaylıkla kullanılacak tanısal yöntemler olan potasyum hidroksit ile direkt mantar bakışının ve Wood incelemesinin mezuniyet öncesi eğitimde daha fazla önemsenmesinin gerekliliği de saptanmıştır. Yine sistemik steroid ve sistemik antifungal kullanımı da en sık eğitim gereksinimi duyulan konuların başında geldiğini belirtmişler(109).

Özcan ve ark. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı’nda staj gören dönem 5 öğrencileri üzerinde yapılan çalışmada

öğrencilerin büyük bölümü dermatoloji staj süresinin yetersiz olduğu şeklinde görüş bildirmişler(110).

Aybal ve ark. yaptıkları çalışmada 1. basamak sağlık kuruluşlarında çalışan hekimlerin de tıp fakültesinde okumakta olan öğrencilerle benzer görüşte olduğunu göstermiştir. Poliklinikte öğrencilerin aktif katılımının olduğu eğitim etkinliklerinin pratik yaklaşıma daha fazla katkı sağlayabileceğinin düşünüldüğü belirtmişler(109).

Lam ve ark. mezuniyet sonrası eğitim programlarında güncel bilgiler ve pratik uygulamalar verilirken, teorik bilgiler tekrarlanabilir. Mezuniyet sonrası eğitimlerinin, aile hekimlerinin dermatolojik hastalıkların yönetimindeki başarısını artıracığını belirtmişler(111).

Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan birinci basamağa yönelik tanı ve tedavi rehberinde sık görülen dermatolojik hastalıklar olarak akne vulgaris, derinin yüzeysel mantar enfeksiyonları ve ürtiker hastalıklarının tanı ve tedavileri hakkında bilgiler verilmiştir.

Özyurt ve ark. yaptıkları çalışmada, çalışmaya katılan hekimlerin çoğunluğu, psoriasis, liken planus gibi inflamatuvar deri hastalıkları yönetiminde zorlandıklarını ve psoriasis ön tanısı olan hastaları tedaviye başlamadan sevk ettiklerini ifade ettiklerini belirtmişler(112).

Aybal ve ark.'nın araştırmasında psoriasis en sık sevk edilen hastalık ve eritemli skuamlı hastalıklar direkt sevk edilen başlıca hastalık grubu olarak bulunduğunu belirtmişler(109).

Özyurt ve ark. yaptıkları çalışmada, aile hekimlerinin verdikleri yanıtlardan saç dökülmesi şikayeti olan hastaları büyük oranlarda sevk ettikleri ayrıca siğil tedavisinde genellikle medikal tedaviler verildiğini ve dirençli olguların dermatolojiye sevk edildiği belirtmişler(112)

Özcan ve ark. yaptıkları çalışmada sonuç olarak; öğrencilik döneminde genellikle teorik ağırlıklı bir dermatoloji eğitimi verilmektedir. Çalışmamızın sonuçları, teorik bilgi yanında, pratik eğitim ve uygulamaların daha ön planda dikkate alınması gerektiğini göstermektedir. Mezuniyet sonrası pratisyen doktorların beklenti ve taleplerini karşılamak için belirli aralıklarla toplantılar, seminerler, kurslar düzenlenmesi ve tartışma toplantıları yapılması gerekmektedir. Mezuniyet sonrası dermatoloji eğitiminde, dermatoloji anabilim dallarının; kendi aralarında

oldugu kadar, sağlık müdürlükleri ve tabip odaları gibi meslek kuruluşları ile de işbirliği içinde çalışmaları uygun olacaktır. Bu uygulamaların, pratisyen hekimlerin tanı ve tedavi yeteneklerini olumlu yönde etkileyeceğini düşündüklerini belirtmişler(107).

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Hastalarımızın tanıları cilt hastalıkları gruplarına göre 10 klinik tanı grubu olarak tanımlandığında ilk 3 sıklıkta yer alan hastalıklar sırasıyla; ilk üç hastalık grubu, papüloskuamöz ve ekzematöz dermatozlar (% 23,4) , adneksiyal hastalıklar (% 23) , enfeksiyonlar, enfestasyonlardır (% 22,9) .
2. Hastaların klinik tanı gruplarının ilk üç grup için yaş ortancası hesaplandığında sırasıyla; papüloskuamöz ve ekzematöz dermatozlar için 34 yıl, adneksiyal hastalıklar için 21 yıl, enfeksiyonlar ve enfestasyonlar için 33 yıl bulunmuştur.
3. Son tanı grupları ile mevsimsel farklılıklar arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. ( $\chi^2 = 667.934$   $p < 0,001$  )
4. Çalışma populasyonunda; deri hastalığı tanısı alanların mevsimsel dağılımına bakıldığında: Sonbahar aylarında başvuru oranını %28, Kış aylarında başvuru oranı %25.5, Yaz aylarında başvuru oranı %23.5 ve İlkbahar aylarında başvuru oranını ise %23 olarak görülmüştür.
5. Erkek cinsiyette en sık Enfeksiyonlar ve Enfestasyonlar klinik tanı grubu görülür iken bu grupta en sık rastlanan hastalık olarak karşımıza “Viral Siğiller” çıkmaktadır.
6. Kadın cinsiyette en sık Papüloskuamöz Ve Ekzematöz Dermatozlar klinik tanı grubu görülür iken bu grupta en sık hastalık olarak karşımıza “Kontakt Dermatit” çıkmaktadır.
7. Türkiye ve bir çok ülkedeki ulusal sağlık sisteminde gerek koruyucu hekimlik, gerekse tedavi hizmetleri bakımından aile hekimlerinin rolü ön planda bulunmakta ve birinci basamağın önemi artmaktadır.
8. Toplumda gelişen sağlık bilinci ile birlikte hastaların doktordan beklenti düzeyleri de artmıştır. Yapılan araştırmalarda birinci basamağa başvuru nedenleri arasında dermatolojik hastalıkların oranı %10-73 arasında değişmektedir.
9. Çalışmamızın sonuçları, teorik bilgi yanında, pratik eğitim ve uygulamaların daha ön planda dikkate alınması gerektiğini göstermektedir. Mezuniyet sonrası pratisyen doktorların beklenti ve taleplerini karşılamak için belirli aralıklarla sıklıkla görülen dermatolojik hastalıkların birinci basamak, tanı ve tedavisi hakkında toplan-tılar, seminerler, kurslar düzenlenmesi ve tartışma toplantıları yapılması bu hastaların erken, tanı ve tedavisinde önem taşıyabilir.

## KAYNAKLAR

1. Tüzün Y. Derinin yapısı ve gelişmesi. Dermatoloji Ed. Tüzün Y, Gürer MA, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur V. 3. Baskı. İstanbul, Nobel, 2008; 17-32.
2. Chu DH. Devolepment and structure of skin. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine'de. Ed. Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, Paller AS, Leffell DJ. 7. Baskı. New York, Mc Graw Hill, 2008; 57-73.
3. Junqueira LC, Carneiro J. Temel Histoloji. ( Çeviri ed: AYTEKİN Y.)1998; 346-350.
4. Arıncı K, Elhan A. Anatomi. Cilt 2,1995; 498-500.
5. Mevsim V. Dermatolojik Hastalıkların Epidemiyolojisi, Hastalık Yükü ve Birinci Basamaktaki Yeri. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2010; 1(2):15-20.
6. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2008, TC Sağlık Bakanlığı. Yayın No:790: Ankara; 2010.
7. Verhoeven EWM, Kraaimaat FW, Van Weel C, Van de Kerkhof PC, Duller P, Van der Valk PG. Annals of Family Medicine 2008; 6:4.
8. Lowell BA, Froelich CW, Federman DG, Kirsner RS. Dermatology in primarycare: Prevalence and patient disposition. J Am Acad Dermatol 2001; 45(2):250-255.
9. Özcan A, Senol M, Bayram N, Akı T, Sağlam H, Çıkım AÇ. Sağlık ocaklarına başvuran hastalarda deri hastalıklarının durumu.T Klin Dermatol 2005;15(3):129-135.
10. Hiletework M. Skin diseases seen in Kazanchis health center. Ethiop Med J1998; 36(4):245-254.
11. McCormick A, Fleming D, Charlton J. Morbidity Statistics from General Practice: 4th National Study 1991; 1: 92. London: HMSO; 1995.
12. Baykal, C. Dermatoloji Atlası 3. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti. 2012; 171-185.



13. Antonov M. Akne. Andrews' Deri Hastalıkları. Ed. Aydemir HE. İstanbul Medikal Yayıncılık 1. Baskı. İstanbul, 2008; 231-250.
14. İnalöz S. Akne, Rozasea ve benzer durumlar . Roxburgh Sık Görülen Deri Hastalıkları Nobel Tıp Kitabevleri. 17. Baskı. İstanbul, 2003; 149-170.
15. Acar MA, Aksungur LV, Akne ve Benzeri Durumlar. Dermatoloji Ed. Tüzün Y, Gürer MA, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur V. 3. Baskı. İstanbul, Nobel, 2008;1189-1216.
16. Cheung JS, Solomon BA. Disorders of sweat glands: hyperhidrosis: unapproved treatments. Clin Dermatol 2002;20(6):638-42.
17. Shrivastava SN, Singh G. Tap water iontophoresis in palmoplantar hyperhidrosis. Br J Dermatol 1977;96(2):189-95.
18. Hay R.J, Adriaans B.M. Bacterial infections. Rook's Text Book Dermatology'de. Ed. Burns T, Breathnach S, Griffiths C, Cox N. 7. Baskı. Oxford: Blackwell Science; 2004; 27.1-27.85
19. Berger T.G. Bacterial Diseases. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine'de. Ed. Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, Poller AS, Leffell DJ. 7. Baskı. New York: Mc Graw Hill; 2008; 1689-1767
20. Helsing P, Gaustad P. Bullous impetigo caused by group A streptococci. Acta Derm Venereol Suppl 1992; 72: 50-51.
21. Dajani AS, Ferrieri P, Wannamaker LW. Natural history of impetigo: Etiologic agents. J Clin Invest. 1972; 51: 2863-2871
22. Elias PM, Levy SW. Bullous impetigo. Arch Dermatol 1976; 112: 856-858.
23. Pedler SJ, Hawkey PM. Cellulitis in children caused by Haemophilus influenzae type b. J infect 1983; 6: 269-272.
24. Bernard P, Bedane C, Mounier M et al. Streptococcal cause of erysipelas and cellulitis in adults.arch Dermatol 1989; 125: 779-782.
25. Noble WC. Skin bacteriology and the role of Staphylococcus aureus in infection. Br J Dermatol. 1998; 139 Suppl 53: 9-12.
26. Kölemen F. Derinin mantar hastalıkları. Tüzün Y, Kotoğyan A, Aydemir EH,

- Baransu O (editörler). *Dermatoloji*. 2. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, 1994: 81-96.
27. Hainer BL. Dermatophyte infections. *Am Fam Physician*. 2003;67: 101-8.
  28. Weinstein A, Berman B. Topical treatment of common superficial tinea infections. *Am Fam Physician*. 2002;65:2095-102.
  29. Sahin I, Oksuz S, Kaya D et al. Dermatophytes in the rural area of Duzce, Turkey. *Mycoses*. 2004;47:470-4.
  30. Metintas S, Kiraz N, Arslantas D et al. Frequency and risk factors of dermatophytosis in students living in rural areas in Eskisehir, Turkey. *Mycopathologia*. 2004;157:379-82.
  31. Tan HH. Superficial fungal infections seen at the National Skin Centre, Singapore. *Nippon Ishinkin Gakkai Zasshi*. 2005;46:77-80.
  32. Hapcioglu B, Yegenoglu Y, Disci R et al. Epidemiology of superficial mycosis (tinea pedis, onychomycosis) in elementary school children in Istanbul, Turkey. *Coll Antropol*. 2006;30:119-24.
  33. Altindis M, Bilgili E, Kiraz N et al. Prevalence of tinea capitis in primary schools in Turkey. *Mycoses*. 2003;46: 218-21.
  34. Richardson MD, Warnock DW. Dermatophytosis. Richardson MD, Warnock DW (eds.). In: *Fungal infection diagnosis and management*. 3th ed. Blackwell Publishing, 2003: 80-108.
  35. Ilkit M, Tanir F, Hazar S et al. Epidemiology of tinea pedis and toenail tinea unguium in worshippers in the mosques in Adana, Turkey. *J Dermatol*. 2005; 32: 698-704.
  36. Ilkit M. Onychomycosis in Adana, Turkey: a 5-year study. *Int J Dermatol*. 2005;44: 851-4.
  37. Crespo-Erchiga V, Florencio VD. Malassezia yeasts and pityriasis versicolor. *Curr Opin Infect Dis*. 2006;19:139-47.
  38. Hilmioğlu S. Deri ve deri altı dokusunun mantar infeksiyonları. Topçu AW, Söyletir G, Doğanay M (editörler). *İnfeksiyon Hastalıkları ve*

- Mikrobiyolojisi. 1. Cilt. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, 2002: 910-28.
39. Tümbay E. Candida türlerinin neden olduğu deri hastalıkları. Topçu AW, Söyletir G, Doğanay M (editörler). İnfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi. 1. Cilt. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, 2002: 915-7.
  40. Richardson MD, Warnock DW. Superficial candidosis. Richardson MD, Warnock DW (eds.). In: Fungal infection diagnosis and management. 3th ed. Blackwell Publishing, 2003: 109-28.
  41. Timmins D, Whittaker M, Woolley P. European guideline for the management of genital herpes. International Journal of STD & AIDS 2001;12: 34-39.
  42. Kalaycıyan A, Tüzün Y. Herpesvirus enfeksiyonlarının deri ve mukoza tutulmalarında tedavi yaklaşımları. Tüzün Y, Kotogyan A. İstanbul, Arset Matbaacılık 2002: 133-141.
  43. Maccato ML, Kaufman RH. Herpes Genitalis. Dermatologic Clinics 1992;10:15-422.
  44. Odom RB, James WD, Berger TG. Viral Disease. Andrews' Disease of The Skin, Clinical Dermatology, ninth edi. W.B.Saunders Com philadelphia. 2000: 473-525.
  45. Lowy, RD. Viral and Rickettsial Diseases. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI editors: Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine.6th ed. New York, The McGraw-Hill Companies, Inc, 2003, p1806-36.
  46. Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH et al. Sexually Transmitted Disease. Dermatology, third edition. Berlin, Springer, 2009; 243-91.
  47. İnal M, Yıldırım Y, Özdemir Y, Özelmas I, Tinar S. The relationship between human papillomavirus infection and cervical intraepithelial neoplasia in Turkish women. Int J Gynecok Cancer.2007.
  48. Gudjonsson JE, Elder JT. Psoriasis. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine'de. Ed. Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, Paller AS,

- Leffell DJ. 7. Baskı. New York, Mc Graw Hill, 2008; 169-193.
49. Gülekon A. Psoriasis ve Benzeri Dermatozlar. Dermatoloji'de. Ed. Tüzün Y, Gürer MA, Serdaroglu S, Oğuz O, Aksungur VL. 3rd ed. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2008: 745-764.
  50. Howard R, Tsuchiya A. Adult skin disease in the pediatric patient. *Dermatol Clin* 1998; 16: 593-608.
  51. Raychaudhuri SP, Gross J. A comparative study of pediatric onset psoriasis with adult onset psoriasis. *Pediatr Dermatol* 2000; 17: 174-178.
  52. Schafer T. Epidemiology of psoriasis. Review and the German perspective. *Dermatology* 2006; 212: 327-337.
  53. Tsankov N, Angelova I, Kazandjieva J. Drug-induced psoriasis. Recognition and management. *Am J Clin Dermatol* 2000; 1: 159-165.
  54. Sabri AA, Qayyum MA. Psoriasis with Auspitz sign. *CMAJ* 2006 4; 175: 31.
  55. Morris A, Rogers M, Fischer G, ve ark. Childhood psoriasis: a clinical review of 1262 cases. *Pediatr Dermatol* 2001; 18: 188-198.
  56. 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: 654-658.
  57. Nyfors A, Lemholt K. Psoriasis in children. A short review and a survey of 245 cases. *Br J Dermatol* 1975; 92: 437-442.
  58. Rogers M. Childhood psoriasis. *Curr Opin Pediatr* 2002; 14: 404-409.
  59. Liao PB, Rubinson R, Howard R ve ark. Annular pustular psoriasis –most common form of pustular psoriasis in children: report of three cases and review of literature. *Pediatr Dermatol* 2002; 19: 19-25.
  60. Atherton DJ, Kahana M, Russell-Jones R. Naevoid psoriasis. *Br J Dermatol* 1989; 120: 837-41.
  61. Romiti R, Maragno L, Arnone M, Takahashi M. Psoriasis in childhood and adolescence. *An. Bras. Dermatol* 2009; 84: 9-20.

62. Spuls PI, Witkamp L, Bossuyt PM, Bos JD. A systematic review of five systemic treatments for severe psoriasis. *Br J Dermatol* 1997; 137: 943-949.
63. Al-Suwaidan SN, Feldman SR. Clearance is not a realistic expectation of psoriasis treatment. *J Am Acad Dermatol* 2000; 42: 796-802.
64. Ashcroft DM, Li Wan Po A, Griffiths CE. Therapeutic strategies for psoriasis. *J Clin Pharm Ther* 2000; 25: 1-10.
65. Bayramgürler D. Liken Planus ve Likenoid Dermatozlar. *Dermatoloji* Ed. Sarıcaoğlu H, Başkan BE, 2. Baskı. İstanbul, Nobel, 2012; 159-180.
66. Tüzün B, Tunalı Ş, Harmanyeri Y, Taşkan O, Birol A, Sarıcaoğlu H, Mevlitoğlu İ, Akdeniz S. Ekzemalar. *Dermatoloji'de*. Ed. Tüzün Y, Güner MA, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur VL. 3. Baskı, İstanbul. Nobel Tıp Kitabevleri. 2008; 183-254.
67. Aydın EK, Barış S, Özdemir C. Atopik dermatit ve tanı testleri. *Türkiye Klinikleri J Dermatol*. 2011;4: 8-12.
68. Leung DYM, Eichenfield LF, Boguniewicz M. Atopic dermatitis. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine'de*. Ed. Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, AustenKF, Goldsmith LA, Katz SI. 6. Baskı, New York. McGraw Hill. 2003; 1180-1194.
69. Taşkan O. Alerjik kontakt dermatit. *Dermatolojide tedavi'de*. Ed. Tüzün Y, Serdaroğlu S, Erdem C, Özpoyraz M, Öztürkcan S. İstanbul. Nobel Tıp Kitabevleri. 2010; 42-54.
70. Therapeutic update on seborrheic dermatitis. *Skin Therapy Lett*. 2010;15: 1-4.
71. Przybilla B, Rueff F. Contact dermatitis. *Braun Falco's Dermatology'de*. Ed. Burgdorf WHC, Plewig G, Wolff HH, Landthaler M. 3. Baskı. Münih. Springer. 2009; 377-401.
72. Gober MD, Gaspari AA. Allergic contact dermatitis. *Curr Dir Autoimmun*. 2008; 10: 1-26.
73. Seyfarth F, Schliemann S, Antonov D, Elsner P. Dry skin, barrier function, and irritant contact dermatitis in the elderly. *Clin Dermatol*. 2011; 29: 31-36.

74. Karakaş AA. Kontakt dermatit-İrritan. Dermatolojide tedavi'de. Ed. Tüzün Y, Serdaroğlu S, Erdem C, Özpoyraz M, Öztürkcan S. İstanbul. Nobel Tıp Kitabevleri. 2010; 424-426.
75. Johansen JD, Andersen BL, Lauberg G et al. Contact Dermatitis 2011; 65: 13-21.
76. Eczema and hand dermatitis. Habif TP. Clinical dermatology. 5. Baskı. Hanover. Mosby; 2010: 91-129.
77. Bernhard JD, ed. Itch: mechanisms and management of pruritus. New York: McGraw-Hill, 1994.
78. Twycross, R.; Greaves, MW; Handwerker, H, et al. Itch: scratching more than the surface. QJM 2003; 96 : 7-26.
79. Bernhard JD. Itch and pruritus: what are they, and how should itches be classified? Dermatol Ther 2005; 18 : 288-91.
80. Baykal, C. Dermatoloji Atlası 3. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti. 2012; 334-343.
81. Sperling LC. Hair and systemic disease. Dermatol Clin 2001;19:711-726.
82. Gathers RC, McMichael AJ. Hair disorders in systemic disease. Dermatologic Signs of Internal Disease. Ed. Callen J, Jorizzo J, Bolgnia JL, et al. 4. baskı. Elsevier, Saunders, 2003, 355-364.
83. Serdaroğlu S, Oğuz O. Saç hastalıkları. Dermatoloji.Ed. Tüzün Y, Gürer MA, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur VL. 3. baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2008; 1295-1344.
84. Saitoh M, Uzuka M, Sakamoto M. Human hair cycle. J Invest Dermatol 1970;54:65-81.
85. Olsen EA. Hair. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. Ed. Freedberg IM, Eisen AZ, Wolf K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI, Fitzpatrick TB. 6. baskı. New York, Mc Graw-Hill, 2003; 633-655.
86. Özdemir M. Telojen saç dökülmesi. Türkiye Klinikleri. J Int Med Sci 2006;2(31):6-9.

87. Freeman DB. Corns and calluses resulting from mechanical hyperkeratosis. *Am Fam Physician*. 2002;65:2277-80.
88. Adams B, Lucky A. A center's callosities. *Cutis*. 2001;67:141-142.
89. Sánchez, NP, Pathak, MA, Sato, S, Fitzpatrick, TB, Sánchez, JL, Mihm, MC Jr: Melasma: a clinical, light microscopic, ultrastructural and immunofluorescence study. *J Am Acad Dermatol* 1981 4: 698–710.
90. Pandya, AG, Guevara, IL. Disorders of hyperpigmentation. *Dermatol Clin*. 2000;18:91-98.
91. Guevara IL, Pandya AG, Melasma treated with hydroquinone , tretinoin and a flourinated steroid. *Int J Dermatol*. 2001;40:212-15
92. Plensdorf S, Martinez J. Common pigmentation disorders. *Am Fam Physician*. 2009; 79(2):109-16.
93. Hölzle E. Pigmented lesions as a sign of photodamage. *Br J Dermatol* 1992;127 Suppl 41:48-50.
94. Duncan KO, Geisse JK, Leffel DJ. Epithelial precancerous lesions. In: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, Paller AS, Leffel DJ, eds. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*, 7th ed. New York: McGraw-Hill; 2008, p.1007-27.
95. Ulrich M, Krueger-Corcoran D, Roewert-Huber J, Sterry W, Stockfleth E, Astner S. Reflectance confocal microscopy for noninvasive monitoring of therapy and detection of subclinical actinic keratoses. *Dermatology* 2010;220(1):15-24.
96. Tomas S. Difficult to diagnose skin cancer--the 'aggressive' BCC. *Aust Fam Physician* 2009;38(7):492-7.
97. Welsh B. The summer skin check. *Aust Fam Physician* 2004;33(1-2):37-42.
98. Baysal V, Yıldırım M, Alan H: Göller bölgesinde en sık görülen deri hastalıkları, *T Klin J Dermatol* 1997;7: 19.
99. Özcan A, Senol M, Bayram N, Akı T, Sağlam H, Çıkım AÇ, et al. Sağlık Ocaklarına Başvuran Hastalarda Deri Hastalıklarının Durumu. *T Klin*

- Dermatol 2005;15(3):129-35.
100. Bilen N, Şeref B, Apaydin R , Baş F, et al. Kocaeli’nde Deri Hastalıkları Konusunda Yapılan İlk Epidemiyolojik Çalışma Sonuçları T Klin J Dermatol 1998, S: 60-164.
  101. Çelik M, Şaşmaz S, Ekerbiçer H.Ç. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Mediko-Sosyal Polikliniklerinde Saptanan Dermatozların Dağılımı. Türk Aile Hek Derg 2003; 7(2): 73-76.
  102. Baş Y, Kalkan G, Seçkin H.Y. Geriatrik hastalarda dermatolojik sorunların analizi. Turk J Dermatol 2014; 2: 95-100.
  103. Kökçam İ, Saral Y, Elazığ ve Yöresinde Deri Hastalıkları. T Klin Dermatoloji 1994, 4:71-74.
  104. Seçkin H.Y, Kalkan G, Baş Y. Tokat Bölgesinde Çocukluk Çağında Görülen Deri Hastalıklarının Prevalansı. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2013;5 (1):8-15.
  105. Ramsay DL, Fox AB. The ability of primary care physicians to recognize the common dermatoses. Arch Derma- tol 1981;117:620-2.
  106. Whitaker-Worth DL, Susser WS, Grant-Kels JM. Clinical dermatologic education and the diagnostic acumen of medical students and primary care residents. Int J Derma- tol 1998;37:855-9.
  107. Özcan A, Şenol M, Karaca Ş, Kalaycı B. Dermatoloji Eğitiminin Mezuniyet Sonrası Değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri J Dermatol 2004,14:197-201.
  108. Benton EC, Kerr OA, Fisher A, Fraser SJ, McCormack SKA, Tidman MJ: The changing face of dermatological practice: 25 years’ experience. Br J Dermatol 2008;159:413-8.
  109. Aybal A, Güme S, et al. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Hekimlerin Deri ve Zührevi Hastalıklar ile İlgili Deneyimleri ve Mezuniyet Öncesi Eğitim Hakkındaki Görüşleri. Türkderm 2012; 46: 67-72.
  110. Özcan A, Şenol M, Karaca Ş: Dermatolojide aktif öğrenci eğitimi. Türkiye Klinikleri J Dermatol 2003;13:95-100.



111. Lam TP, Yeung CK, Lam KF: What are the learning outcomes of a short postgraduate training course in dermatology for primary care doctors? BMC Med Educ 2011;11:20.
112. Özyurt K, Sucaklı MH, Çölgeçen E, Çelik M: Aile hekimlerinin sık görülen dermatolojik hastalıklarla ilgili teorik bilgileri, tanı ve tedavi eğilimleri. Türkderm 2014; 48: 254-62.

