

Ekzema

M. Levent TAŞLI, Şeniz ERGİN, Berna ŞANLI ERDOĞAN

Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Denizli

Ekzema, dışarıdan gelen veya içten kaynaklanan bazı faktörlerin tetiklemesine bağlı deride oluşan ödem, kaşıntı, sulantı, kızarıklık, kepeklenme ve kümelenmiş papüloveziküllerle karakterize bir hastalıktır. Ekzema terimi köpürmek, kaynarak dışarı çıkmak anlamına gelen yunanca “ekzein” kelimesinden türemiştir. Burada derideki su kabarcıklarının yüzeye açılmasıyla kaynaklanan bir sudaki hava kabarcıklarının yüzeye çıkmasının benzerliği kastedilmiştir. Ekzema, “mayasıl” ve “dermatit” gibi isimlerle de anılmaktadır. Dermatit ve ekzema klinik tanıları sıklıkla birbirinin yerine kullanılsa da dermatit terimi kutanöz inflamasyonla birlikte olan tüm klinik tabloları içine alır. Akut seyirli, hızla gerileyen kutanöz inflamasyon için dermatit terimi, kronik seyirli ve spontan gerileme eğilimi daha az olan inflamasyonda ise ekzema ya da ekzematöz dermatit terimi tercih edilmektedir. Ekzema tüm dermatolojik hastalıkların %15-25’ini oluşturan yaygın görülen bir hastalıktır.

Bütün ekzematöz döküntülerin histolojisinde epidermisteki hücreler arasında seröz sıvı (spongiözis), altta dermiste perivasküler lenfosit infiltrasyonu ve ekzositoz (dermisteki spongiotik odaklarda lenfosit birikimi) ayrıncı özelliğidir.

Ekzema erken evrede genellikle belirgin küçük grupe veziküller içeren kırmızı ödemli plak şeklinde kendini

gösterir. Subakut evrede, skuamli veya kabuklu eritematöz plaklar vardır. Takip eden süreçte bu lezyonlar kuru skuamla kaplanır veya likenifiye olur. Birçok ekzematöz reaksiyonda şiddetli kaşıntı en belirgin semptomdur. Kaşıntı özellikle geceleri, fiziksel aktivitelerde ve sıcak ortamda daha belirgindir. Tablo 1 de ekzema, eksojen ve endojen ekzema olarak iki ana grupta inceleyen sınıflama verilmiştir. Bu yazıda ekzema sınıflamada yer alan hastalıklar tek tek veya bölgesel ekzemalar çatısı altında çok fazla detaya girmeden özetlenmiştir.

Atopik Dermatit

Öncelikle atopi kelimesini tanımlamamız uygun olur. Atopi gıda ve solunum yoluyla alınan maddelere karşı ekzema, astım, saman nezlesi gibi semptomlarla kendini gösteren hiperreaktivite durumudur. Atopik dermatit, ataklarla seyreden sıklıkla bebek ve çocuklarda gözlenen kronik bir dermatozdur. Ülkemizde çocukluk çağında atopik dermatit sıklığı %4.9 ile %11.8 arasında olduğu bildirilmiştir. Atopik dermatitin başlıca belirtileri deri kuruluğu, kaşıntı ve ekzematöz lezyonlardır. Ekzematöz lezyonların tipik yerleşim yerleri çocuklarda ve erişkinlerde birbirinden farklılık gösterir. Tablo 2’de Hanifin ve Rajka tarafından geliştirilen ve yaygın olarak kullanılan atopik dermatit tanı kriterleri yer almaktadır. Atopik dermatit tanısı konabilmesi için en az 3 major ve 3 minör kriterin olması gerekmektedir.

Atopik dermatit, infantil, çocukluk ve erişkin dönem olmak üzere üç evrede izlenir. Dönemlerin her biri akut, subakut ve kronik deri belirtileri gösterebilir. Akut deşişiklikler, sıklıkla infantil dönemde, kronik belirtiler ise erişkin dönemde belirgindir. Olguların yarısından

Tablo 1: Ekzema Sınıflaması

Ekzojen Ekzemalar	İrritan kontakt dermatit
	Akut irritan kontakt dermatit
	Kronik kümülatif irritan kontakt dermatit
	Diaper dermatit
	Pitiriazis simpleks
	Asteatotik ekzema
	İntertrijinoz ekzema
	El ve ayağın hiperkeratotik ekzeması
	Allerjik kontakt dermatit
	Fotodermatit
Endojen Ekzemalar	Atopik ekzema
	Seboreik ekzema
	Numuler ekzema
	Gravitasyonel ekzema
	Dizhidrotik ekzema

Tablo 3: Ekzema ne zaman sevk edilmelidir

Tanı şüpheli ise
Akut alevlenmelerde örneğin atopik eritrodermi gibi sistemik steroid kullanımının gerektiği durumlar
Anne ve babada şiddetli anksiyete yaratan bebek hastalarda
Kronik el ekzeması, kulak ekzeması gibi etyolojide allerjik faktörlerin yer aldığı ve patch (yama) testi gerektiren durumlarda
Problem meslek ile ilgiliyse
Tedaviye yanıt alınamıyorsa



Resim 1: Atopik dermatit

çoğunda belirtiler, bebeklik döneminde, sıklıkla 2 aylıktan sonra, ortaya çıkar. İnfantil dönemde, yüz, saçlı deri ve ekstremitelerin ekstansör yüzleri sıklıkla tutulur. Çocukluk döneminde (2 ile 12 yaş arası) belirtiler, yetişkinlerdekine benzer özellikler göstermeye başlar. Özellikle, antekübital ve popliteal fossada, boyunda ve ellerde belirtiler izlenir. Erişkin dönemde, fleksural dağılım hakimdir. Kimi olgularda baş-boyun bölgesinde, kimilerinde ise ekstremitelerde yoğun tutulum izlenir. Bu dönemde kronik el ekzeması da sık gözlenir. Erişkin dönemde, olguların %70'inde respiratuvar allerji saptanabilir. Özellikle, ev tozu akarı, polenler, hayvan tüyü ve küfler en sık rastlanan allerjenlerdir. Bebek ve çocuklarda, orta ve şiddetli atopik dermatitli olguların %40'ında yiyeceklere karşı allerji bulunabilir.

Başarılı bir atopik dermatit tedavisi hastanın kaşıntısının ve deri kuruluğunun giderilmesiyle mümkündür. Hasta ve ailesine sabunlar, deterjanlar, solventler (çözücüler) gibi iritan maddelerin, ev tozu akarı ve bazı gıdaların, hava ısı ve nemi gibi çevresel faktörlerin atopik dermatit ataklarıyla ilişkisi detaylı bir şekilde anlatılmalıdır. Atopik dermatitlilerde S.aureus kolonizasyonunda artış saptanmıştır. Tedavinin ilk basamağını antihistaminikler, topikal steroidler, nemlendiriciler ve temizleyiciler oluşturmaktadır. Topikal steroidlerin uzun süre kullanımından kaçınmak gerekir. Topikal kalsinörün inhibitörleri alternatif tedavi için düşünülebilir. Kronik ve şiddetli olgularda fototerapi ve sistemik immünsüpresif tedavi kullanılmaktadır.

Seboreik Ekzema

Saçlı deri, kaşlar, göz kapakları, yüzün orta bölgesi, sternal alan, aksilla, genital alan gibi bölgelerin kronik, yüzeysel, inflamatuvar hastalığıdır. Lezyonlar soluk eritemli zeminde üzeri sarı yağlı skuamlar ile karakterizedir. Seboreik dermatit vücudun her yerinde görülmez ancak yağlı bölgelerin hastalığıdır. Ayırıcı tanısında psoriasis, fungal enfeksiyonlar ve diğer ekzema lezyonları yer alır.

Seboreik dermatit tedavisinde, tek başına topikal steroidler ile veya topikal antifungallerle kombine şekilde başarılı sonuçlar alınmasına karşın tedavi kesildiğinde genellikle hastalık tekrarlama eğilimindedir. Saçlı deri lezyonlarında selenyum sülfid, çinko prityon, ketokonazol, asit salisilik, kükürt veya katran içeren şampuanlar faydalıdır.



Resim 2: Seboreik dermatit



Resim 3: Seboreik dermatit

Numuler Ekzema

Genellikle çapı 3-4 cm'yi bulan, madeni para büyüklüğünde, iyi sınırlanmış eritematöz lezyonlar ile karakterizedir. Hastalık, sıklıkla, derinin kuruduğu kış aylarında görülür. Yünlü giysiler, sabunlar, sık banyoya bağlı su ile aşırı temas atakları provoke eder. Hastalık sıklıkla alt ekstremiteler, el sırtı ve dirsek ekstansör yüzeyinden başlar. Akut lezyonlarda ödem, eksüdasyon ve krut izlenirken, hastalık kronikleştikçe skuam ve likenifikasyon öne çıkar.

Tedavide güçlü topikal steroidlerin oklüzyon şeklinde uygulanması önerilmektedir. Şiddetli kaşıntı varsa birinci kuşak antihistaminikler, sekonder enfeksiyonlara yönelik olarak da antibiyotik tedavisi eklenmelidir. Topikal kalsinörün inhibitörleri, tedavide alternatif olarak kullanılabilir. İnatçı olgularda intralezyonel steroid uygulaması ve hastalığın yaygın olduğu durumda sistemik kortikosteroidler gerekebilir.

Gravitasyonel Ekzema

Venöz ekzema, staz ekzeması olarak bilinir. Patogenezinde derin ven trombozu ve venöz hipertansiyon yer almaktadır. Kadınlarda daha sıktır. Genellikle bacağın alt kısmında hızlı ve şiddetli bir şekilde başlar. Lezyonlarda eritem, ödem, purpura, hemosiderozis ve yaygın pigmentasyon görülür. Tedavisi gecikmiş olgularda ülserasyon tabloya eklenebilir.

Hastalığın tedavisinde öncelikle ayağın elevasyonu, kompresyon ve diüretikler ile ödem azaltılmaya çalışılır. Altta

yatan damar patolojisinin cerrahi olarak düzeltilmesi planlanabilir. Topikal steroidler, atrofi ve ülserasyona yol açabildiği akılda tutularak kullanılmalıdır. Sekonder enfeksiyonlara yönelik antibiyotik tedavisi gerekebilir.

Intertrigo

Aksilla, kasık, meme altı gibi terin kolay buharlaşmadığı, birbirine sürtünen deri yüzeyleri intertriginöz bölgeler olarak adlandırılır. Obezite, Diabetes mellitus ve sıcak hava gibi predispozan faktörlerle intertriginöz bölgeler kolayca masere olup inflamatuvar reaksiyon oluşmakta ve sıklıkla üzerine fungal (kandidiyazis) ve bakteriyel (eritrazma) enfeksiyonlar eklenmektedir. Kaşıntı ve yanma şikayeti olan hastaların kliniğinde eritemle birlikte, erozyon, fissürler ve eksüdasyon görülebilir.

İntertrigo tedavisinde, hafif ve orta etkili topikal steroidler, düşük pH'lı kremler ve gümüş içeren preparatlar kısa süreli kullanılmaktadır. Hastalara, yüksek alkalın sabunlar yerine düşük pH'lı temizleyicilerin kullanılması önerilmektedir. Deri yüzeylerinin birbirine sürtünmesi, kıvrımları örten pamuklu giysilerle önlenmelidir. Kronik hastalarda topikal steroidler yerine kalsinörin inhibitörlerinin kullanılması düşünülebilir. İnatçı olgularda fungal ve bakteriyel enfeksiyonlar akla gelmeli ve bunlara yönelik tedavi verilmelidir.

Asteatotik Ekzema

Kış ekzeması, kserotik ekzema olarak ta bilinen derideki yağ miktarının azalması ve kurulukla ilişkili sık görülen bir hastalıktır. Etyolojide yaşlılık, nem oranı düşük olan ortamda bulunmak, kuru ve soğuk rüzgara maruz kalmak, banyoda sıcak suyla bolca sabunlanmak ve genetik faktörler üzerinde durulmaktadır. Hastalık başlangıçta bacakların alt yüzeyinde ve kolların dış kısmında ince bir pullanmayla başlar ve zamanla kalçalara, gövdeye doğru yayılır. Hastalık ilerledikçe kanayacak kadar derinleşebilen fissürler ve bunların çevrelediği eritemli deri adacıkları belirir. Kaşıntı ve ovma gibi küçük travmalarla ekzematöz, vezikülobüllöz lezyonlar tabloya eklenebilir. Ayırıcı tanıda dermatofit enfeksiyonları, psoriasis, seboreik dermatit akla gelmelidir.

Asteatotik ekzema tedavisinde öncelikle banyo alışkanlıkları sorgulanmalı, mümkünse ani ısı değişikliklerinden kaçınılması ve kaşıntıyı arttırabilen yünlü kıyafetlerin giyilmemesi önerilmektedir. Banyo sonrası hastalara nemlendirici kullanma alışkanlığı edindirilmelidir. İnflame, kaşıntılı lezyonlarda topikal steroidler ve antihistaminikler kullanılabilir.

Pitiriazis Simpleks

Deri bariyerinin bozulduğu veya irritasyon sonucu gelişen en hafif deri reaksiyonudur. Sebace bezlerin tam fonksiyone olmaması, aşırı su ve sabunla temas, yaşlılık, nem ve ısının azalması gibi sebeplerle ortaya çıkar. Kliniğinde keskin sınırlı lokalize ve genellikle baş ve ekstremitelerde ortaya çıkan pitiriazik kepeklenme gösteren lezyonlar vardır. Birkaç farklı formu vardır. Pitiriazis simpleks kapitis sık rastlanan saçlı deride bazen kaşıntı

ve kızarıklığın eşlik ettiği kronik kepeklenme durumudur. Yetişkinlerde ve çocuklarda en sık seboreik dermatit ile karıştırılır. Tedavide piroctone olamine, zinc pyrithione, ketokonazol, selenyum sülfid içeren şampuanlarla başarılı sonuçlar elde edilmektedir.

Pitiriazis simpleks fasii, bebek ve küçük çocuklarda genellikle atopik dermatit zemininde yanaklarda sabunla sık sık yıkama sonucu gelişen eritemli keskin sınırlı inflamatuvar reaksiyondur. Yetişkinlerde de alkollü traş losyonlarına bağlı gelişebilir.

Pitiriazis simpleks korporis formunda ise gövde ve ekstremitelerde distalinde kaşıntılı ince kepeklenme ve soyulma gösteren lezyonlar vardır. Tedavide nötr şampuan ve sabunlar, antihistaminikler kullanılabilir.

Bölgesel Ekzemalar

Kulak Ekzeması

Seboreik dermatit ve alerjik kontakt dermatitin de sık görüldüğü dış kulak yolu en sık etkilenen bölgedir. Bunun dışında heliks ve kulak arka kıvrımında da görülebilir. Kulak kanalında kaşıntı ve benzeri sebeplerle oluşan travmalar ödem ve inflamasyona yol açar. Sekonder bakteriyel enfeksiyon sıkça görülür. En sık enfeksiyon etkenleri stafilokok, streptokok ve pseudomonaslardır. Topikal tedavide kullanılan bazı ajanlara karşı kontakt dermatit gelişmesi tedaviye direçli olgularla karşılaşılmasına yol açabilir. Tedavide saf steroidli veya antibiyotik-steroid karışımı süspansiyonlar kullanılmaktadır.

Gözkapağı Dermatiti

Sıklıkla atopik dermatit veya alerjik kontakt dermatit ile ilişkilidir. Kontakt dermatitlerin bir çoğu, ellerde bulunan duyarlandırıcı maddelerin, kaşıma, ovalama gibi hareketler sonucu gözkapağına taşınmasıyla oluşmaktadır. Alerjik kontakt dermatit sıklıkla üst göz kapağını etkilerken atopik dermatit her iki gözkapağını da etkilenmektedir. Her iki durumda da ödem, eritem, skuam ve krutlanma görülebilir.

Meme Başı Ekzeması

Meme başı, areola ve çevresinde kabuklu sulantılı lezyonlar şeklindedir. Emziren kadınlarda ağrıya yol açan meme başı ekzeması sık rastlanan bir durumdur. Tedavide topikal veya intralezayonel steroidler kullanılmaktadır. Tek taraflı ve üç aydan fazla süreyle şikayeti olan hastalarda paget hastalığı akla gelmelidir.

El Ekzeması

El ekzeması özellikle sağlık çalışanları, ev hanımları, barmanlar ve kuaförler gibi elini sürekli yıkamak zorunda olan kişilerde sıkça görülür. Ayrıca düşük hava nemi ve kireçli su el ekzema insidansını arttırmaktadır. El ekzemasında eğitim ve meslek seçimi hastalığın önlenmesinde en önemli parametrelerdir.

Aşağıda el ekzemaları kontakt tip (irritan veya alerjik), hiperkeratotik tip ve dizhidroz başlığı altında incelenecektir.



Resim 4: Kronik ekzema



Resim 5: Kronik ekzema

Irritan kontakt dermatit

El ekzemalarının yaklaşık %80'nini oluşturur. Derinin nemini, pH'sını, yapısal bütünlüğünü değiştiren zararlı kimyasal maddeler veya fiziksel ajanlarla temastan birkaç saat sonra ortaya çıkan inflamatuvar reaksiyondur. Herkeste görülebilir ve daha önceden duyarlanma gerekmez. Örneğin, çamaşır suyu veya solventler (çözücüler) gibi koroziv maddelerle temastan sonra hızla epidermisteki hücreler ölmekte ve kimyasal yanıklar oluşmaktadır. İrritasyonun şiddeti temas eden maddenin konsantrasyonu, süresi, temas bölgesindeki derinin nemi ve kalınlığıyla ilişkilidir. İrritan kontakt dermatitlerin akut veya kronik kümülatif tipi bulunmaktadır. Akut tip, yeterli süre ve konsantrasyonda irritana maruz kalan herkeste olabilir. Kronik kümülatif tip ise sabun ve su gibi hafif ir-



Resim 6: Kontakt ekzema

Tablo 2: Atopik dermatit tanı kriterleri

Major Kriterler

1. Kaşıntı
2. Tipik morfolojik dağılım
 - Çocuklarda yüz ve ekstremitelerde ekstansör bölgelerin tutulması
 - Erişkinlerde fleksural likenifikasyon
3. Kronik veya kronik olarak yineleyen dermatit
4. Kişisel veya ailesel atopi hikayesi (astım, alerjik rinit, atopik dermatit)

Minör Kriterler

1. Kserozis
2. İhtiyoz, avuç çizgilerinde artma, keratozis pilaris
3. IgE reaktivitesi (Tip I aşırı duyarlılık reaksiyonları, prick test pozitifliği)
4. Serum IgE düzeyinde artış
5. Erken başlangıç yaşı
6. Deri enfeksiyonlarına eğilimin artması (S.aureus ve H. Simplex enfeksiyonları)
7. Nonspesifik el veya ayak dermatitlerine eğilim
8. Meme başı ekzeması
9. Keilitis
10. Rekürren konjonktivitis
11. Dennie-Morgan (alt göz kapağı) çizgisi
12. Keratokonus
13. Anterior subkapsüler katarakt
14. Orbita renginin koyulaşması
15. Yüzde donukluk, yüzde eritem
16. Pitriyazis alba
17. Terlemeye bağlı kaşıntı
18. Yün ve lipid çözücülere intolerans
19. Gıda intoleransı
20. Beyaz dermografizm
21. Emosyonel ve çevresel faktörlerin ekzemayı şiddetlendirmesi
22. Folikül çevrelerinin belirginleşmesi

ritasyonun sıkça tekrarlanmasıyla meydana gelir. Kronik kümülatif tip akut tipten daha sıktır.

Akut irritan kontakt dermatit kliniği sadece eritemli hafif şekilden, vezikül oluşumu ve irritasyona kadar değişebilir. Daha şiddetli olgularda bül oluşumu, eksüdayon ve doku nekrozu tabloya eklenebilir. Kronik kümülatif kontakt dermatit kliniğinde ise eritem, deskuamasyon, fissürler ve likenifikasyon vardır. Ödem ve vezikülasyon nadirdir. Hasta hekime yanma ve kaşıntı şikayeti ile başvurur.

Alerjik kontakt dermatit

Organizmanın önceden bir alerjen ile duyarlanmasını takiben, daha sonra tekrar aynı alerjen ile karşılaşması sonucu oluşan hücrel immüniteye bağlı geç tipte aşırı duyarlılık (tip IV) şeklinde gelişen dermatitlerdir. Alerjik kontakt dermatitler genellikle irritan kontakt dermatitlerle karıştırılmaktadır. Alerjik kontakt dermatitler daha akut başlar ve inflamatuvar reaksiyonu daha şiddetlidir. İrritan kontakt dermatitler daha çok avuç içi tutulumu olurken alerjik kontakt dermatitte parmak araları, parmak dorsali ve el bilekleri tutulur. Alerjik kontakt ek-

zemada iritan ekzemanın aksine jeneralize reaksiyona eğilim vardır.

Erken dönemde eritem, ödem, papül, vezikül ve ara sıra büller görülür. Zamanla krutlanma ve kepeklenme tabloya eklenir. Kronik dönemde çok az papüloveziküller lezyonla birlikte likenifikasyon ve kepeklenme vardır. Kaşıntı hastaların en fazla şikayet nedenidir.

Alerjik kontakt dermatit tanısında altın standart patch (yama) testidir. Ayrıca hastalık öyküsünün çok iyi alınması tanıya yardımcıdır.

Hipertkeratotik el ekzeması

Erkeklerde daha sıktır. Avuç içi, ayak tabanında kuru, üzeri skuamli, çatlak ve fissürler içeren ağrılı hiperkeratotik plaklar ile karakterizedir. Sebebi tam olarak bilinmemekle birlikte etyolojide atopi, kontakt alerji, iritasyon ve friksiyon sorumlu tutulmaktadır. Ayrırcı tanıda en çok psoriasis ile karışır.

Dizhidroz

Bazı allerjenlerin ağızdan alınması veya deriye temasıyla alevlenen bir tür kontakt dermatittir. Hastaların yarısında kişisel veya ailesel atopi öyküsü ve birçoğunda sigara içme alışkanlığı ve nikel alerjisi bulunmaktadır. Daha çok bahar aylarında ataklar yapmakta ve emosyonel stresle ilişkilendirilmektedir. Su, deterjanlar ve solventler (çözücüler) gibi iritanlarla şiddetlenir. Sıklıkla uzun bir bekleme periyodundan sonra kronikleşir.

Parmakların yan yüzeylerinde, avuç içi ve ayak tabanında çok şiddetli kaşıntıya neden olan simetrik veziküllerle kendini gösterir. Küçük veziküller bül formuna dönüşebilmektedir. Ayrırcı tanıda patch (yama) testi kullanılmaktadır.

El ekzeması tedavisinde en önemli basamak iritasyondan kaçınmaktır. Bunun için daha az iritasyona ve alerjiye yol açacak sabunların seçilmesi, pamuk astarlı eldiven kullanılması, ellerin düzenli olarak nemlendirilmesi ve bariyer kremler önerilmektedir. Süperpotent ve potent topikal steroidler tedavide birinci seçenektir. Günde bir kez geceleri oklüzyonla verilen topikal tedavi gün içi çoklu uygulamadan daha etkilidir. İnatçı olgularda iki, üç hafta süreyle hafta içi hafif potente topikal steroid uygulamasının hafta sonu süperpotent topikal steroid uygulamasıyla birleştirilmesi iyi bir tercih olabilir. Kronik steroid uygulamasının deride atrofi telenjektazi gibi yan etkiler yaptığı unutulmamalıdır. Sistemik kortikosteroidlerle dramatik iyileşmeler elde edilebilmesine karşın genellikle hastalık kısa sürede tekrarlamaktadır. Kronik olgularda fototerapi iyi bir seçenektir.

Diaper Dermatit

Çocuk bezinin temas ettiği alanda gelişen inflamatuvar reaksiyona çocuk bezi dermatiti veya diaper dermatit adı verilmektedir. En sık bebeklerde görülmekle birlikte idrar veya dışkıyı tutamayan yetişkinlerde de görülebilir. Etiyolojisinde kronik sürtünme, maserasyon, idrar ve dışkıyla temas, diyet, mikroorganizmalar ve kimyasal iritanlar sorumlu tutulmuştur.

Diaper dermatitinin erken evresinde eritem, hafif maserasyon ve ödem görülür. Hastalık kronikleştikçe maserasyon belirginleşir ve eritemli alanlarda ülserasyon gelişebilir. Ayrırcı tanıda seboreik dermatit, infantil psoriasis, kandidiazis, intertrigo, atopik dermatit, akrodermatitis enteropatika akla gelmelidir.

Diaper dermatit, genellikle toplumumuzda hastalık olarak kabul edilmemekte ve aileler doktora danışmadan çeşitli uygulamalar yapmaktadır. Şüphesiz bunun en acı örnekleri ülkemizde bilinçsiz kullanılan güçlü topikal steroidler nedeniyle cushing sendromu gelişen veya kına uygulamasına bağlı hemolitik anemi ve akut böbrek yetmezliği gelişen olgu bildirilerin olmasıdır.

Tedavide ilk koşul çocuk bezlerinin sık sık değiştirilmesi ve çocuğun altı iritan olmayan yöntemlerle düzenli olarak temizlenmesidir. Hafif olgular çinko oksit, dimetikon gibi topikal bariyer kremlerle tedavi edilebilir. İnatçı olgularda, hafif etkili topikal steroidlerin (örn.; hidrokortizon) kısa süreli uygulamaları faydalıdır. Eğer sekonder bakteriyel veya fungal enfeksiyon varsa bunlara yönelik topikal tedavi başlanmalıdır.

Sonuç olarak ekzema sık rastlanan ve tekrarlayıcı özelliği olan, yaşam kalitesini düşüren geniş bir hastalık grubudur. Başarılı bir tedavide şüphesiz iyi bir hasta ve doktor eğitimi gerekmektedir. Tablo 3'te ekzema hastalarının bir dermatoloğa sevk edilmesini gerektiren durumlar özetlenmiştir.

Kaynaklar

1. Turanlı AY. Ekzema. In: Tüzün Y, Kotoğyan A, Aydemir EH, Baransu O, eds. *Dermatoloji*, 2. baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 1994: s. 266-79.
2. James WD, Berger TG, Elston DM. *Andrew's deri hastalıkları klinik dermatoloji*, çeviri editörü Aydemir EH. İstanbul: İstanbul medikal yayıncılık; 2008: s. 69-83.
3. Aksungur VL, Günaştı S. Ekzema-çok sayıda kabukçuk ile yakacak kepek gösteren saynlık. *Dermatose* 2002;1: 34-42.
4. Oğuz O. Kontakt dermatit, dishidrotik ekzema ve atopik dermatit. Alerjiler simpozyumu 15-16 Mart 2001, İstanbul, s.83-89. URL: <http://www.ctf.edu.tr/stek/bb24.htm>
5. Ergin S, Ozşahin A, Erdoğan BS, Aktan S, Zencir M. Epidemiology of atopic dermatitis in primary schoolchildren in Turkey. *Pediatr Dermatol* 2008; 25: 399-401.
6. Tamer E, İlhan MN, Polat M, Lenk N, Alli N. Prevalence of skin diseases among pediatric patients in Turkey. *J Dermatol* 2008; 35: 413-8.
7. Kang K, Polster AM, Nedorost ST, Stevens SR, Cooper KD. Atopic dermatitis. In: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP, editors. *Dermatology*. 2nd ed. Spain: Mosby; 2008: 181-95.
8. Boguniewicz M, Nicol N, Kelsay K, Leung DY. A multidisciplinary approach to evaluation and treatment of atopic dermatitis. *Semin Cutan Med Surg* 2008; 27: 115-27.
9. Kaçar N, Ergin Ş, Tatlıpınar S ve ark. Atopik Dermatitli Hastalarda Gözde ve Burundaki Bakteri Dağılımı ile Staphylococcus aureus Kolonizasyonunun Göz ve Deri Tutulumu ile İlişkisi. *Türk Dermatoloji Dergisi* 2008; 2: 103-6.
10. Boguniewicz M, Eichenfield LF, Hultsch T. Current management of atopic dermatitis and interruption of the atopic march. *J Allergy Clin Immunol* 2003; 112: 140-50.
11. Stollery N. Eczema. *Practitioner* 2007; 251: 90-4.

12. Yosipovitch G, DeVore A, Dawn A. Obesity and the skin: skin physiology and skin manifestations of obesity. *J Am Acad Dermatol.* 2007; 56: 901-16.
13. Serdaroglu S, Başaran D, Taşlı L. Asteatotik Ekzema. In: Serdaroglu S, Tüzün Y, editors. *Alerjik deri hastalıkları*. 1. baskı: İstanbul medical yayıncılık; 2004: 95-8.
14. Lodén M, Wessman C. The antidandruff efficacy of a shampoo containing piroctone olamine and salicylic acid in comparison to that of a zinc pyrithione shampoo. *Int J Cosmet Sci.* 2000; 22: 285-9.
15. Foley P, Zuo Y, Plunkett A, Merlin K, Marks R. The frequency of common skin conditions in preschool-aged children in Australia: seborrheic dermatitis and pityriasis capitis (cradle cap). *Arch Dermatol* 2003; 139: 318-22.
16. Kedrowski DA, Warshaw EM. Hand dermatitis: a review of clinical features, diagnosis, and management. *Dermatol Nurs* 2008; 20: 17-25.
17. Sezer E, Etikan I. Local narrowband UVB phototherapy vs. local PUVA in the treatment of chronic hand eczema. *Photodermatol Photoimmunol Photomed.* 2007; 23: 10-4.
18. Önder M, Adışen E, Velagiç Z. Diaper dermatit. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2007; 50: 129-35.
19. Semiz S, Balci YI, Ergin S, Candemir M, Polat A. Two cases of Cushing's syndrome due to overuse of topical steroid in the diaper area. *Pediatr Dermatol.* 2008; 25: 544-7.
20. Devecioglu C, Katar S, Dogru O, Tas MA. Henna-induced hemolytic anemia and acute renal failure. *Turk J Pediatr.* 2001; 43: 65-6.
21. Ridley M, Safranek M. Common skin conditions. *Occas Pap R Coll Gen Pract* 1992; 58: 50-5.