



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ**

DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLAR KLİNİĞİ

**ANKARA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ'NDE
PEDİATRİK ACİL SERVİSTEN DERMATOLOJİ
KLİNİĞİNE KONSÜLTE EDİLEN HASTALARIN
RETROSPEKTİF ANALİZİ**

Dr. Nurten Gözgen Atmaca

TIPTA UZMANLIK TEZİ



**T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA EğİTİM VE ARAşTIRMA HASTANESİ**

DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLAR KLİNİğİ

**ANKARA EğİTİM VE ARAşTIRMA HASTANESİ'NDE
PEDIATRİK ACİL SERVİSTEN DERMATOLOJİ
KLİNİğİNE KONSÜLTE EDİLEN HASTALARIN
RETROSPEKTİF ANALİZİ**

Dr. Nurten Gözgen Atmaca

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Nermin Karaosmanoğlu

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

ANKARA/2024

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca her zaman yanımda olan, bilgi ve deneyimleriyle bu zorlu yolda bana ışık tutan, ihtiyaç duyduğumda bana ablalık yapan, desteğini hiçbir zaman esirgemeyen ve tez danışmanlığımı yapan hocam Sayın Doç. Dr. Nermin Karaosmanoğlu'na sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Asistanlığım boyunca bizi sürekli bilgileriyle aydınlatan, üzerimizde çok emeği bulunan değerli hocamız Sayın Prof. Dr. H. Meral Ekşioğlu'na çok teşekkür ederim, mekânı cennet olsun.

Birlikte uyum içinde çalıştığım, her birinden ayrı bir şey öğrendiğime inandığım kliniğimizin değerli uzmanları, asistan arkadaşlarım, sekreterlerimiz, klinik hemşirelerimiz İnci Vayvada ile Emel Kılıç'a ve personelimiz Gül hanıma her şey için teşekkür ediyorum.

Hayatımı güzelleştiren çok sevgili arkadaşlarım Berfin'e, 'elmanın diğer yarısı' Neriman'a, Begüm'e, Alpnur'a ve Elif'e çok teşekkür ederim.

En zor zamanlarımızda birbirimizin yanında olup, bazen anne – kız rolünü değiştirdiğimiz, zorlukları birlikte atlattığımız, hep yanımda olan, desteğini ve şefkatini esirgemeyen canım anneme teşekkür ederim. Doğumuyla dünyamı aydınlatan, gülüşüyle kalbimi ısıtan canım oğlum Mustafa Kemal'ime ve sevgili eşim Onursal'a teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
KISALTMALAR	iii
TABLO LİSTESİ.....	iv
ŞEKİL LİSTESİ.....	v
ÖZET	vi
ABSTRACT.....	vii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. KONSÜLTASYON VE TRİYAJ	
2.2. DERMATOLOJİK ACİLLER	
2.2.1. Stevens-Johnson Sendromu ve Toksik Epidermal Nekroliz	
2.2.2. Stafilokoksik Haşlanmış Deri Sendromu	
2.2.3. Toksik Şok Sendromu	
2.2.4. Ürtiker – Anjiyoödem	
2.2.5. Eritrodermi	
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	21
4. BULGULAR.....	23
5. TARTIŞMA.....	39
6. SONUÇLAR.....	48
7. KAYNAKLAR.....	49
8. ÖZGEÇMİŞ.....	55
9. EKLER.....	56

KISALTMALAR

ACE: Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim

ARDS: Akut Respiratuar Distres Sendromu

Dsg: Desmoglein

ET: Eksfoliyatif Toksin

GVHH: Greft-Versus-Host Hastalığı

HAÖ: Herediter Anjiyoödem

HIV: İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü (Human Immunodeficiency Virus)

HSV: Herpes Simplex Virüs

ICD: Uluslararası Hastalık Sınıflandırması (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)

Ig: İmmünglobulin

IVIG: İntravenöz İmmünglobulin

İLA: İnsan Lökosit Antijeni

KSÜ: Kronik Spontan Ürtiker

MDSA: Metisiline Dirençli *Staphylococcus aureus*

MHK: Majör Histokompatibilite Kompleksi

NSAİİ: Steroid Olmayan Antiinflamatuvar İlaç

PPI: Proton Pompa İnhibitörleri

SCORTEN: Toksik Epidermal Nekroliz Skoru

SHDS: Stafilokoksik Haşlanmış Deri Sendromu

SJS: Stevens-Johnson Sendromu

TEN: Toksik Epidermal Nekroliz

TŞS: Toksik Şok Sendromu

TŞST-1: Toksik Şok Sendromu Toksini-1

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: SCORTEN kriterleri

Tablo 2: SCORTEN puanına göre beklenen mortalite oranları

Tablo 3: Pediatrik SCORTEN A ve B kriterleri

Tablo 4: Eritrodermi nedenleri

Tablo 5: Pediatrik eritrodermi nedenleri

Tablo 6: Hastaların yaş ve cinsiyet dağılımları

Tablo 7: Konsültasyon yanıtlama süresi

Tablo 8: Triyaj koduna göre konsültasyon yanıtlama sürelerinin karşılaştırılması

Tablo 9: Hastalardan konsültasyon isteme zamanı

Tablo 10: Konsültasyon yılına göre konsültasyon aylarında başvuran hastaların dağılımı

Tablo 11: Hastaların ön ve kesin tanı dağılımları

Tablo 12: Her bir tanı sınıfına ait ön ve kesin tanıların dağılımları ve uyum oranları

Tablo 13: Her bir primer ve sekonder deri lezyonunun ilk ve son muayenedeki dağılımları ve uyum oranları

Tablo 14: Şikayetlerin dağılımı

Tablo 15: Tedavilerin dağılımı

Tablo 16: Tedavilerin uygulanma yolu dağılımı

Tablo 17: Triyaj kodlarına göre kesin tanı, şikayet ve tedavi sınıfının karşılaştırılması

Tablo 18: Yaş gruplarına göre kesin tanı ve tedavi sınıfının karşılaştırılması

Tablo 19: Cinsiyete göre kesin tanı ve tedavi sınıfının karşılaştırılması

Tablo 20: Diğer parametrelere ilişkin dağılımlar

Tablo 21: Tetkik istemine göre kesin tanı dağılımı

Tablo 22: Biyopsiye göre kesin tanı sınıflarının karşılaştırılması

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Hastaların triyaj kodu dağılımları



ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı, pediatrik acil servise başvuran ve dermatolojik hastalıklar nedeniyle dermatoloji kliniğine konsülte edilen hastaların demografik özelliklerini, başvuru nedenlerini, dermatolojik tanılamasını, tedavi yaklaşımlarını ve sonuçlarını değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 01 Ocak 2019- 31 Aralık 2023 tarih aralığında pediatrik acil servisten dermatoloji kliniğine konsülte edilen hastalar dahil edildi. 486 hastanın yaşı, cinsiyeti, başvuru şikayeti, triyaj kodu, konsültasyon ayı ve yılı, konsültasyonun yanıtlanma süresi, konsültasyon isteme zamanı, pediatriğin tanısı ve muayene bulgusu, dermatoloğun tanısı ve muayene bulgusu, tedavisi, sistemik semptom varlığı, aynı ya da farklı endikasyonla tekrarlayan başvuru varlığı, yatış verilme durumu, ek tetkik istenme durumu, ek hastalık varlığı, biyopsi alınma durumu ve polikliniğe yönlendirilme durumu kaydedildi. İstatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 22 programı kullanıldı.

Bulgular: Hastaların %48,1'i kız, %51,9'u erkekti. Yaş ortalaması $95,35 \pm 66,64$ ay ve medyan yaş 88 aydı. Hastaların triyaj kodları %4,9'unda yeşil, %48,4'ünde sarı ve %46,7'sinde kırmızı idi. Konsültasyon yanıtlanma süreleri ortalaması $48,16 \pm 78,12$ dakika ve medyan süre 29 dakikaydı. Konsültasyonların %19,1'i mesai içi ve %80,9'u mesai dışında istenmişti. En sık görülen ön tanımlar %8,6 oran ile skabiyez, %3,9 ile herpes zoster ve %2,5 ile böcek ısırığı iken en sık görülen kesin tanımlar %14 oran ile skabiyez, %7,8 ile böcek ısırığı ve %7 ile ürtiker-anjiyoödem idi. Bakteriyel enfeksiyonların kızlarda (%12,4) ve erkeklerde (%4,8) görülme oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,004$). Pediatrik ve dermatologlar arası tanı uyumu oranı %64,23'tü. En sık muayene bulgusu papül (%14,6) ve plaktı (%7,8). En sık başvuru şikayeti kaşıntı (%28,8) ve kızarıklık (%20,8). Hastalara en sık uygulanan tedaviler %40,3 oran ile topikal antibiyotik, %27,2 oran ile sistemik antihistaminik ve %24,7 oran ile topikal steroidal. Hastaların %1,9'una yatış verilirken %7,8'inden ek tetkik istenmiş ve %4,3'üne biyopsi yapılmıştı.

Sonuç: Konsülte edilen hastaların çoğu acil müdahale gerektirmiyordu. Dermatoloji gibi spesifik branşlara ait hastalıkların en sık karşılaşılanlarının pediatrik tarafından da doğru bir şekilde tanınması ve yönetilebilmesi için tıpta uzmanlık eğitimi müfredatının tekrar gözden geçirilmesi önerilebilir. Hem pediatri hem dermatoloji asistan hekimlerinin bilgi ve deneyim düzeylerini artırabilmek için ortak seminer ve eğitimler düzenlenebilir. Dermatoloji kliniği içindeki bir poliklinik sadece pediatrik yaş grubu için

ayrılabilir ve asistan hekimlerin bu yaş grubuyla ilgili bilgi ve deneyimi artırılabilir.

Anahtar Kelimeler: dermatoloji, pediatrik acil, konsültasyon



ABSTRACT

Aim: The aim of this study is to evaluate the demographic characteristics, reasons for admission, dermatological diagnoses, treatment approaches, and outcomes of patients who presented to the pediatric emergency department and were referred to the dermatology clinic for dermatological conditions.

Materials and Methods: The study included patients who were referred from the pediatric emergency department to the dermatology clinic at Ankara Training and Research Hospital between January 1, 2019, and December 31, 2023. Data from 486 patients were recorded, including age, gender, presenting complaints, triage code, month and year of consultation, consultation response time, time of consultation request, pediatrician's diagnosis and examination findings, dermatologist's diagnosis and examination findings, treatment, presence of systemic symptoms, repeat visits for the same or different indications, hospitalization status, additional test requests, presence of comorbidities, biopsy status, and referral to outpatient clinics. Statistical analyses were performed using IBM SPSS Statistics 22 software.

Results: Of the patients, 48,1% were female and 51,9% were male. The mean age was $95,35 \pm 66,64$ months, with a median age of 88 months. Triage codes were green in 4,9%, yellow in 48,4% and red in 46,7% of patients. The mean consultation response time was $48,16 \pm 78,12$ minutes, with a median time of 29 minutes. A total of 19,1% of the consultations were requested during working hours, while 80,9% were requested outside working hours. The most common prediagnoses were scabies (8,6%), herpes zoster (3,9%), and insect bites (2,5%), while the most common final diagnoses were scabies (14%), insect bites (7,8%), and urticaria-angioedema (7%). A statistically significant difference was observed in the prevalence of bacterial infections between females (12,4%) and males (4,8%) ($p=0.004$). The diagnostic concordance between pediatricians and dermatologists was 64,23%. The most frequent examination findings were papules (14,6%) and plaques (7,8%). The most common presenting complaints were itching (28,8%) and redness (20,8%). The most frequently administered treatments were topical antibiotics (40,3%), systemic antihistamines (27,2%), and topical steroids (24,7%). Hospitalization was required for 1,9% of the patients, additional tests were requested for 7,8%, and biopsies were performed on 4,3% of the patients.

Conclusion: The majority of consulted patients did not require emergency intervention. It may be recommended that the curriculum of medical specialty training be reviewed so that pediatricians can correctly recognize and manage the most common diseases of specific branches such as dermatology. Joint seminars and training sessions could be organized to enhance the knowledge and experience levels of both pediatric and dermatology resident physicians. Additionally, a dedicated outpatient clinic within the dermatology department

could be established exclusively for the pediatric age group, thereby increasing resident physicians' expertise and experience with this population.

Key words: dermatology, pediatric emergency, consultation



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Klinik pratikte ana branş hekimleri gerektiği zaman hastalarını birbirlerine danışır. Bu amaçla hekimlerin yaptığı danışmanın adı 'konsültasyon' olarak bilinir. Konsültasyonlar hastalara en doğru ve eksiksiz tanı ve tedavi hizmetinin sunulması için oldukça önemlidir [1]. Konsültasyon kelimesi Latince 'consulere' kelimesinden gelir. Tavsiye almak ve farklı hiyerarşik düzeylerde iki tarafın bir karara varma eylemini temsil eder [2]. Dermatoloji spesifik bir branş olması nedeniyle dermatoloji kliniğine hem acil servislerden hem de poliklinik ve yatan hasta servislerinden oldukça fazla sayıda konsültasyon istemi yapılmaktadır. Dermatoloji konsültasyonunun amacı, deri hastalıklarına tanı koymak ve aynı zamanda sistemik bir hastalığın tanısı için deri bulgularını ayırt etmek olmalıdır [3].

Literatürde pediatrik acil servisten dermatoloji branşına konsülte edilen hastalarla ilgili az sayıda çalışma bulunmaktadır. Tüm dermatoloji konsültasyonlarının %11-33'ünü pediatrik olgular oluşturmaktadır [4]. Pediatrik acil servise dermatolojik hastalıklarla başvuran çok sayıda hasta bulunmaktadır. Çalışmalara göre döküntü, pediatrik acil servise başvurma nedenleri içinde ilk 10'da yer almaktadır [5]. Pediatri hekimleri çoğunlukla dermatolojik hastalıkları tanımakta zorluk çekmektedirler. Bunun sonucu olarak dermatoloji kliniğine konsülte edilen vakaların neredeyse yarısı hatalı ön tanı alabilmektedir [4]. Bu sonuçlara dayanarak pediatrik acil servisinde çalışan doktorların dermatoloji alanında daha iyi bir eğitim almaları gerektiği ve pediatrik dermatolojinin pediatrik müfredatın ayrılmaz bir parçası olduğu aşikardır. Hastaların yararı için iki uzmanlık alanı arasındaki yakın iş birliği önemlidir [6]. Tüm bunlar pediatrik acil servisten dermatolojiye konsülte edilen hastaların profilinin bilinmesini önemli kılmaktadır.

Bu çalışmanın temel amacı, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde pediatrik acil servise başvuran ve dermatolojik hastalıklar nedeniyle dermatoloji kliniğine konsülte edilen hastaları retrospektif olarak incelemektir. Bu inceleme konsültasyon gerektiren hastaların demografik özelliklerini, başvuru nedenlerini, dermatolojik tanıları, tedavi yaklaşımlarını ve sonuçlarını analiz etmeyi amaçlamaktadır. Bu amaçla 01 Ocak 2019- 31 Aralık 2023 tarih aralığında pediatrik acil servisten dermatoloji kliniğine konsülte edilen 486 hastanın veri girişi analiz edilmiştir.

Çalışma sonucunda dermatolojiye en sık konsülte edilen ve acil müdahale gerektiremeyen dermatozların tespiti ile birlikte bunların pediatri hekimleri tarafından tanınması ve yönetimine ilişkin farkındalıkların artırılması hedeflenmiştir.

Ayrıca bu çalışma pediatrik acil servis ve dermatoloji kliniği arasındaki iletişim ve iş birliğinin kalitesini, etkinliğini ve iyileştirilmesi gereken alanları değerlendirerek hastaların bakım ve tedavi süreçlerindeki iyileşmeye yönelik öneriler geliştirmeyi hedeflemektedir.



2. GENEL BİLGİLER

KONSÜLTASYON VE TRİYAJ

Tanı ve tedavi amacıyla bir uzmanlık alanındaki hekimin bir hastayı diğer uzmanlık alanlarındaki hekimlere danışarak, bilgi, yaklaşım ve tedavi önerisi almasına konsültasyon denir. Konsültasyon disiplinler arası yaklaşımı sağlayan bir araçtır [7]. Acil tıp uygulaması, diğer birçok uzmanlık dalıyla doğrudan profesyonel etkileşim gerektirir ve konsültasyona en sık ihtiyaç duyan bölümlerden biridir [8].

Resmi Gazete 6023 sayılı Türk Tabipler Birliği Kanununun 59, Maddesine ve 01.02.1999 tarihinde yayınlanmış, en son Mayıs 2012’de revize edilmiş olan Hekimlik Meslek Etiği Kurallarının 3, Bölümünde yer alan ‘Konsültasyon ve Ekip Çalışması’ başlığının 19, Maddesi’ne göre konsültasyon ve ekip çalışması sürecinin düzenli işleyebilmesi ve bir hekim hakkı olarak yaşama geçirilebilmesi için:

a) Hasta izlemi sırasında, değişik uzmanlık alanlarının görüş ve uygulamalarına gereksinim doğduğunda, tedaviyi yürüten hekim durumu hasta ve/veya yakınlarına bildirmelidir. Konsültasyonu hastanın tedaviyi yürüten hekimi yazılı olarak ister. Yazılı istemde hastanın özellikleri, konsültasyon isteğinin nedenleri açık ve anlaşılır biçimde belirtilir.

b) Konsültasyon sürecinde konsültan hekim de hastanın sürekli hekimi gibi hastadan sorumludur.

c) Konsültan hekim, alanında bilimsel ve teknik bilgiye sahip olmalıdır.

d) Konsültasyon sonucunda, konsültasyonun gerekçesi ve sonuçları, açık ve anlaşılır biçimde bir tutanak ile belgelenir.

e) Konsültasyonun sonuçlarından hastalar da yeterli ölçüde bilgilendirilir.

f) Konsültasyonun sonucunda hastanın tedaviyi yürüten hekimi ile konsültan hekimin görüş ve kanaatleri arasında fark olur ve hasta konsültan hekimin önerilerini kabul ederse, hastanın tedaviyi yürüten hekimi tedaviyi bırakabilir.

g) Konsültasyon istenen hekim davete uymak zorundadır [9].

Literatürde en sık dermatoloji konsültasyonu isteyen bölümlerden biri pediatri kliniğidir [2, 10-12].

Ülkemizin bir gerçeği olarak erişkin acillerde olduğu gibi pediatrik acil servislere başvuran çocukların sadece küçük bir kısmı gerçek acil hasta iken

çoğunluğu ise acil müdahale gereksinimi olmayan ve anne-babalarının acili istismar ettiği hastalardır [13]. Bu durum maalesef tüm dünyada benzer şekildedir ve ciddi hastalığı olan hastalar için bekleme sürelerinin artmasına neden olur. Bu gibi durumlarda hastaya müdahale etme, uygun bakım yerine sevk ve tedavinin başlatılmasının gecikmesi, artan morbidite ve mortaliteye neden olabilir [14]. Bunu en aza indirmek amacıyla acil servislerde triyaj sistemi uygulanmaktadır.

Ülkemiz yasalarına göre triyaj; çok sayıda hasta ve yaralının bulunduğu durumlarda, bunlardan öncelikli tedavi ve nakledilmesi gereken hastaları tespit etmek için yapılan hızlı seçme ve kodlama işlemi olarak tanımlanır [15]. Acil servislere bir yılda 150 milyon kişi yani yaklaşık ülke nüfusunun iki katı kadar başvuru yapıldığı göz önüne alındığında, acile başvuran her hastanın tüm sistem muayenesinin detaylı olarak yapılması beklenemez. Bunun için hastanemiz pediatrik acil servisinde 3'lü triyaj sistemi uygulanmaktadır ve sırası ile şu anlamlara gelmektedir:

1. Çok acil – Kırmızı: Hasta bekletilmeden en kısa süre içinde tedaviye alınmalıdır. Hastanın hastalığı veya yaralanması sakatlık ya da ölüme sebep olabilir.
2. Acil – Sarı: Hastanın acil serviste mutlaka tanı ve tedavisi gereklidir. Tanı ve tedavisi yapılincaya kadar da belli aralıklarla kontrol edilmelidir.
3. Acil olmayan – Yeşil: Hasta doktor görünceye kadar uzun süre bekleyebilir veya ilk basamak sağlık hizmetlerine yönlendirilebilir.

DERMATOLOJİK ACİLLER

Dermatolojik aciller nadir olmakla birlikte yüksek morbidite ve mortaliteye neden olabilen, hastaneye yatış hatta bazen yoğun bakım servisinde takip gerektiren durumlardır. Primer deri hastalığı kaynaklı olabileceği gibi sistemik bir ek hastalık, enfeksiyon ya da ilaç kullanımına bağlı oluşabilirler. Bu çalışmada dermatolojik acil olarak ülkemizde en sık karşılaşılabileceğimiz Stevens-Johnson Sendromu (SJS), toksik epidermal nekroliz (TEN), stafilokoksik haşlanmış deri sendromu (SHDS), toksik şok sendromu (TŞS), ürtiker-anjiyoödem ve eritrodermi incelenmiştir.

1. Stevens-Johnson Sendromu ve Toksik Epidermal Nekroliz

Stevens-Johnson Sendromu ve toksik epidermal nekroliz genellikle advers ilaç reaksiyonlarına bağlı gelişen, ciddi ve yaşamı tehdit eden mukokutanöz hastalıklardır [16]. Patogenezi tam olarak aydınlatılamasa da genel olarak CD8+ T hücre aracılı tip IV (gecikmiş tip) hipersensitivite reaksiyonları sonucu oluştuğu kabul edilir [17]. Hücre aracılı sitotoksikite sonucu keratinosit apoptozu gerçekleşir [18]. Yaygın hücre kaybının sonucunda dermoepidermal bileşkede ayrılma ile haşlanmış deri görünümü oluşur. Saatler, günler içinde apoptotik keratinositler nekrotik hale gelir, komşu keratinositler ve bazal membran ile bağlantıları koparak sonunda tam kat epidermis kaybı gözlenir.

Erken dönemde lezyonlar düzensiz sınırlı eritemli maküller şeklindedir. Birleşme eğiliminde olan bu lezyonlar tam kat epidermal nekroza ilerledikçe gri bir renk alır, dermoepidermal bileşkeye sıvı dolar ve büll formasyonu oluşur. Büller gevşektir, Nikolsky işareti ve Asboe-Hansen belirtisi pozitifdir. Lezyonlar genellikle ilk önce gövdede ortaya çıkar sonra boyun, yüz ve üst ekstremitelere proksimaline yayılır.

Lezyonlardan birkaç gün önce, en sık ağrı, ateş ve halsizlik olmak üzere grip benzeri semptomlar görülür. SJS-TEN'de en çok oküler, oral ve genital mukozalar etkilenir [19]. Deri lezyonları genellikle hassas, mukozal erozyonlar ağırlıdır.

Stevens-Johnson Sendromu vücut yüzey alanının %10'undan azını tutarken, TEN %30'dan fazlasını tutmaktadır. %10-30 arası tutulum söz konusu olduğunda SJS-TEN overlap tanımından bahsedilir. Biyopside genellikle hafif lenfositik dermal inflamasyonla birlikte tam kalınlıkta epidermal nekroz gösterir, ancak tanı için gerekli değildir [16].

Tedavi yaklaşımı farklılık gösterdiğinden bazı hastalıklardan ayırmak önemlidir. Ayırıcı tanıda eritema multiforme majör, stafilokoksik haşlanmış deri sendromu, jeneralize fiks ilaç erüpsiyonu, ilaç ilişkili lineer immünglobulin (Ig) A büllöz dermatozu, toksik eritem ve akut jeneralize egzantematöz püstüloz gibi hastalıklar göz önüne alınmalıdır.

Stevens-Johnson Sendromu'nun insidansı yılda bir milyonda 1,2-6 arasında değişirken TEN'in insidansı yılda bir milyonda 0,4-1,2 arasında değişmektedir. Çocuklarda erişkinlere göre daha ender rastlanmaktadır [20]. Pediatrik popülasyona ilişkin olarak yapılan bir araştırmada insidans oranı SJS ve TEN için sırasıyla bir milyon çocukta 5,3 ve 0,4 vaka olarak bildirilmiştir [21].

İlaçları daha düşük bir hızda metabolize edenler (yavaş asetilatör genotipleri), immünesi baskılanmış olanlar (örn. İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü (HIV) enfeksiyonu), antikonvülzan kullanırken radyoterapi görenler veya spesifik insan lökosit antijeni (İLA) alellerine sahip olanlar (İLA-B*15:02, İLA-A*31:01 vs.) gibi belirli hasta gruplarında SJS-TEN geliştirme riski artmıştır [18]. TEN hastalarının %95'inden fazlasında ilaç kullanımı bildirilmiştir. Diğer nadir nedenler arasında enfeksiyonlar ve aşular yer alır. Sülfonamidler, pirazolonlar (örn. fenilbutazon), barbitüratlar, aromatik antikonvülzanlar, lamotrijin, allopurinol, NSAİİ (steroid olmayan antiinflamatuvar ilaçlar) gibi bazı ilaçlar esas olarak TEN ile ilişkilendirilmiştir [22].

İlacın kullanılmaya başlanması ile SJS-TEN arasındaki süre 1 ila 3 hafta arasındadır, bu da bir duyarlılık dönemi olduğunu ve immün sistemin hastalık patogenezinde rolü olduğunu desteklemektedir. Bu süre, daha önce SJS veya TEN ile sonuçlanan bir ilaca tekrar maruz kalan hastalarda önemli ölçüde kısalmaktadır. Ayrılmış epidermis bölgelerinin tekrar epitelize olarak iyileşmesi genellikle birkaç gün içinde başlar ve 3 hafta içinde tamamlanır [23].

Deri tutulumu %20'den fazla olduğunda, %1-%27 arasında mortalite bildirilmiştir. Mortaliteye en sık eşlik eden durum başta *Staphylococcus aureus* ve *Pseudomonas aeruginosa* olmak üzere bakteriyel enfeksiyonlardır [24]. SJS tanısı almış olan hastanın TEN'e ilerleme olasılığını ön görebilen kesin kriterler henüz tanımlanmamıştır. Bu nedenle hastalar çok yakın takip altında tutulmalıdır.

Toksik epidermal nekrolizde kötü prognozla ilişkili faktörler arasında ileri yaş ve epidermal ayrışmanın derecesi yer alır. Ek olarak; ilaç sayısı, serum üre, kreatinin ve glikoz seviyelerinin yükselmesi, nötropeni, lenfopeni ve trombositopeni istatistiksel olarak kötü prognozla ilişkilendirilmiştir. Neden olan ilacın geç kesilmesi de prognozu kötü etkilemektedir. Sorumlu ilacın derhal kesilmesinin ölüm riskini günde %30 oranında azalttığı tahmin edilmektedir [25].

Elektrolit imbalansı, insülin sekresyon inhibisyonu, insülin direnci ve hiperkatabolik durumun başlangıcıyla ilişkili büyük transepidermal sıvı kaybı da katkıda bulunan faktörler arasındadır. TEN ve SJS'nin tüm bu komplikasyonları ancak yoğun bakım ünitelerinde en iyi şekilde yönetilebilir. SJS ve TEN için henüz hiçbir spesifik tedavinin prospektif, kontrollü klinik çalışmalar ile etkinliği kanıtlanmamıştır.

Hastalıkların oldukça nadir görülmeleri ve yaşamı tehdit edici potansiyeli nedeniyle randomize kontrollü çalışmaların yapılmasını zorlaştırmaktadır [26].

Toksik Epidermal Nekroliz Skoru (SCORTEN), TEN tanısı olan hastalar için prognostik bir puanlama sistemidir. Tablo 1’de belirtildiği gibi puanlama yedi faktöre dayanmaktadır [27]. Toplam üç veya daha fazla puan alan hastaların yoğun bakım ya da yanık ünitesinde takip edilmesi gerektiği bilinmektedir (Tablo 2).

Tablo 1: SCORTEN kriterleri [27]

Prognostik faktörler	Puan
Yaş > 40	1
Kalp hızı > 120 atım/dakika	1
Kanser varlığı	1
Ayrıışan vücut yüzey alanı > 10%	1
Serum üre düzeyi > 28 mg/dl	1
Serum bikarbonat düzeyi < 20 mEq/dl	1
Serum glikoz düzeyi > 252 mg/dl	1

Tablo 2: SCORTEN puanına göre beklenen mortalite oranları [27]

SCORTEN	Mortalite oranı (%)
0-1	3,2
2	12,1
3	35,8
4	58,3
≥ 5	90

Pediyatrik popülasyon için henüz kabul görmüş SCORTEN benzeri bir puanlama sistemi geliştirilememiş olsa da Sorrell ve arkadaşları SCORTEN A ve SCORTEN B adımı verdikleri modifiye bir puanlama sistemi geliştirmişlerdir (Tablo 3) [28]. Bu skorlama sistemleri bazı pediatri kliniklerinde benimsenerek prognoz ve mortalite tayininde aktif olarak kullanılmaktadır.

Tablo 3: Pediatrik SCORTEN A ve B kriterleri [28]

Prognostik faktörler	Puan
Kalp hızı: < 6 ay >162/dakika 6-12 ay >144/dakika 1-6 yıl >132/dakika ≥ 6 yıl >120/dakika	1
Ayrıışan vücut yüzey alanı > 10%	1
Kanser varlığı	1
Serum glikoz düzeyi > 210 mg/dl	1
Serum üre düzeyi > 25 mg/dl	1
Serum bikarbonat düzeyi <21,6 mEq/dl	1
Kök hücre transplantasyonu*	1

*SCORTEN A'da kök hücre transplantasyonu varken ve toplam puan 7 iken, SCORTEN B puanlamasına dahil edilmemiştir ve toplam puan 6'dır.

Stevens-Johnson Sendromu ve toksik epidermal nekrolizin tedavisi tanıyı erken koyabilmek, sorumlu ilacın belirlenmesi ve kesilmesi, destekleyici bakım (hidrasyon, nütrisyon vb.), antibiyoterapi ve derinin bariyer fonksiyonunun korunması için uygun yara bakımını içeren multidisipliner yaklaşım gerektirmektedir [29]. SJS ve TEN'in nadir görülmesi, randomize klinik çalışmaların gerçekleştirilmesini zorlaştırmaktadır. Güncel literatür büyük ölçüde vaka raporlarından ve küçük kontrolsüz serilerden oluşur. Bu tür çalışmalarda, siklofosfamid (100–300 mg/gün), plazmaferez, N-asetilsistein (2 g/6 saat) ve etanersept, infliksimab gibi tümör nekroz faktör- α inhibitörleri (TNF) dahil olmak üzere çeşitli tedaviler umut verici sonuçlar göstermiştir. TNF- α inhibitörlerine ek olarak, sistemik tedavilerde öncelikli olarak pulse kortikosteroidler, siklosporin ve intravenöz immünoglobulinin (IVIG) tercih edildiği yaklaşımlar da vardır [23].

2. Stafilokoksik Haşlanmış Deri Sendromu

Stafilokoksik haşlanmış deri sendromu lokal olarak üretildiğinde büllöz impetigoya yol açan aynı eksfoliyatif (epidermolitik) toksinler (ET'ler) hematojen yolla yayılmasından kaynaklanır. Granüler tabaka seviyesinde epidermisin

ayrışmasıyla gevşek büller oluşur. SHDS esas olarak bebeklerin ve küçük çocukların hastalığıdır. Çocukların, özellikle yenidoğanların SHDS edinimine karşı duyarlılığının, *S. aureus* toksinlerine karşı koruyucu antikor eksikliğinden ve/veya böbrekten ekzotoksinlerin yetersiz atılımından kaynaklandığı varsayılmaktadır [30, 31]. Altı yaşından büyük çocuklarda nadirdir. Nadiren kronik böbrek yetmezliği veya immüsuprese olan erişkinler de etkilenir [32].

Stafilokoksik haşlanmış deri sendromu vakalarının çoğu, metisiline duyarlı veya dirençli olabilen ve ET'ler üreten *S. aureus*'un faj grubu II suşları (örn. tip 55, 71) tarafından meydana gelir. ETA (kromozomal olarak kodlanmış) ve ETB (plazmid olarak kodlanmış), desmoglein 1'e (Dsg1) bağlanan ve onu parçalayan serin proteazlardır [33]. Bu ekzotoksinler desmozomların kopmasına neden olur ve bu da epidermal granüler tabakanın bozulmasına, intraepidermal yarı oluşumu ve böylece bül oluşumuna yol açar [34, 35]. Ekzotoksinin litik mekanizması nedeniyle yüzeysel deskuamasyon meydana gelir [30]. Büllerde genellikle inflamatuvar hücre yoktur. Üst dermiste ayrıca inflamatuvar infiltrat yoktur ve biyopsi örneğinin gram boyasında hiçbir organizma görülmez.

Eksfoliyatif toksinlerin etkilerinin enfeksiyon bölgesiyle sınırlı olduğu büllöz impetigonun aksine, SHDS'de toksin enfeksiyon odağından yayılır ve spesifik antitoksin antikoru yokluğunda hematojen olarak yayılarak jeneralize etkiler üretir. SHDS tipik olarak impetigo, bakteriyel konjonktivit veya iyatrojenik yaralar gibi bir enfeksiyon bölgesinden kaynaklanır [30, 31]. Çocuklarda, enfeksiyöz odak genellikle nazofarenks veya konjunktivalardadır, oysa erişkinlerde stafilokokal pnömoni veya bakteriyemi bulunabilir.

Genellikle halsizlik, ateş, irritabilite ve deride hassasiyet gibi prodromal belirtiler vardır [36]. Hastada altta yatan stafilokok enfeksiyonunun bir belirtisi olarak pürülan burun akıntısı, konjonktivit, yenidoğanlarda sünet bölgesi veya göbek kordonunda pürülan akıntı bulunabilir [37].

Eritem tipik olarak ilk önce başta (değişken yüz ödemi eşliğinde) ve intertrijnoz bölgelerde ortaya çıkar. Frajil büller ve erozyon gelişir, epidermis haşlanmış gibi soyulur ve lezyonlar 24-48 saat içinde genişler. Deri daha sonra yüzeysel epidermiste gevşek, steril büllerin oluşumu nedeniyle kırışık bir görünüm kazanır. Nikolsky işareti pozitifdir [38].

Klasik olarak, fleksural bölgeler ilk eksofoliyasyon alan bölgelerdir ve geride nemli deri ve ince, vernik benzeri kabuklanma bırakır. Hastalar ayrıca karakteristik periorifisyal (örn. perioral, perioküler) kabuklanma ve radyal fissürleşme gösterirler [39]. Dsg1 mukozal membranlarda bulunmadığı için SHDS’de mukoza tutulumuna rastlanmaz [40]. Kabuklanma ve deskuamasyon sonraki 3-5 gün boyunca devam eder ve bunu skar bırakmadan oluşan tekrar epitelize olma izler. Uygun tedaviyle SHDS genellikle sekel bırakmadan 1-2 haftada iyileşir. Erken tanı ve tedavi ile çocuklarda ölüm oranı \leq %4’tür ancak erişkinlerde %60’a yaklaşabilir [39, 41, 42].

Stafilokoksik haşlanmış deri sendromu genellikle klinik bir tanıdır. Sağlam büllelerden alınan kültürler negatif olsa da bildirilen vakaların çoğunda *S. aureus* konjonktiva, nazofarenks, perianal bölge veya derideki piyojenik odaklardan yapılan sürüntü kültüründe pozitiflik saptanmıştır. Çocuklarda kan kültürleri neredeyse her zaman negatiftir ancak erişkinlerde pozitif olabilir [34, 43].

Ayırıcı tanıda ilaç reaksiyonu, viral egzantem, güneş yanığı, TEN, Kawasaki hastalığı, yaygın büllöz impetigo, toksik şok sendromu, greft-versus-host hastalığı (GVHH) ve pemfigus foliaceus düşünülebilir [39, 44].

Stafilokoksik haşlanmış deri sendromunda genellikle hospitalizasyon ve parenteral antibiyotik kullanımı gerekir. SHDS’ye neden olan *S. aureus* suşlarının çoğu metisiline duyarlı olduğundan, kloksasilin, dikloksasilin, oksasilin, flukloksasilin ve nafsilin gibi penisilinaz dirençli beta-laktam ajanlar birinci basamak antibiyotiklerdir. Hasta bu ajanlara yanıt vermiyorsa, metisiline dirençli *Staphylococcus aureus* (MDSA) suşlarından şüphelenilmelidir; bunun için tercih edilen ilaç vankomisindir [42]. *S. aureus* taşıyıcılarının tanımlanması ve dekolonizasyonu özellikle hastane kaynaklı vakalarda önemlidir.

3. Toksik Şok Sendromu

Toksik şok sendromu, ekzotoksin üreten streptokok veya stafilokok bakterilerinin neden olduğu nadir, yaşamı tehdit eden, akut bir multisistem bozukluğudur. Genellikle ateş, yaygın eritrodermi, halsizlik, konfüzyon ve hipotansiyonla karakterizedir ve daha sonra çoklu organ disfonksiyonuna ve komaya ilerleyebilir [45].

Stafilokoksik TŞS, uzun süreli yüksek emici vajinal tampon kullanımı, yumuşak doku enfeksiyonları, cerrahi sonrası, yanık, travma, burun tamponu gibi

yabancı cisimler, diyaliz kateteri gibi nedenlerle gelişen enfeksiyonlar sonrası gelişir [46].

Toksik şok sendromunun en sık etkeni *S. aerus*'un ürettiği toksik şok sendromu toksini-1 (TŞST-1) adlı ekzotoksinidir. TŞST-1, pirojen toksin süper antijenlerindedir. Bu süper antijenler, antijen sunan hücreler tarafından işlenmeden, sınıf 2 majör histokompatibilite kompleksi (MHK) moleküllerinin değişmez bölgesiyle doğrudan etkileşime girerek çok sayıda T hücresini aktive eder ve bu da büyük miktarda sitokin üretimine yol açar [47].

Stafilokoksik TŞS miyalji, kusma, ishal, baş ağrısı ve farenjitte birlikte aniden başlayan yüksek ateşle karakterizedir. Dermatolojik bulgular stafilokoksik TŞS'de streptokoksik TŞS'ye göre daha kapsamlı ve öngörülebilirdir. Hastalarda genellikle gövdede başlayıp ekstremitelere yayılan diffüz eritem veya skarlatiniform (kızıl benzeri, el ayak tabanında eritematöz, distalde soyulma gösteren döküntü) egzantem gelişir. El ve ayaklarda deskuamasyon, semptomların başlamasından 1-3 hafta sonra ortaya çıkar.

Stafilokoksik TŞS tanısı için kriterler şunlardır:

- 1- Akut ateş (>38,8 °C)
- 2- Hipotansiyon
- 3- Eritrodermi ve sonrasında deskuamasyon
- 4- En az 3'ü: müköz membran enflamasyonu, kusma-ishal, karaciğer anormallikleri, böbrek anormallikleri, kas anormallikleri, merkezi sinir sistemi anormallikleri, trombositopeni [48].

Neonatal TŞS benzeri egzantematöz hastalığı, sıklıkla yenidoğanın ilk bir haftasında ortaya çıkan vücutta jeneralize maküler eritem, trombositopeni, ateşin olduğu, çoğu vakanın Japonya'dan bildirildiği bir hastalıktır. Sorumlu ajan yine TŞST-1dir. Umbilikal bölgeden yapılan kültürde çoğunlukla MDSA izole edilir [49]. TŞS'den daha hafif seyreder, bunun nedeninin yenidoğanlardaki T hücrelerinin henüz olgunlaşmamış ve anerjik olduğu düşünülmektedir.

Pediyatrik streptokoksik TŞS'de bildirilen ölüm oranı %4,2 ile %56 arasında değişmektedir. Stafilokoksik TŞS tampon kullanımı ve cilt bütünlüğünün bozulması

ile ilişkiliyken streptokoksik TŞS ise akut alt solunum yolu enfeksiyonu ve varisella enfeksiyonu ile ilişkilidir [50].

Streptococcus pyogenes, üst solunum yollarında ve rektovajinal kanalda asemptomatik olarak bulunabilir. Yenidoğan döneminde bu etkenle enfeksiyon nadirdir ve lohusalık sepsisi, koryoamniyonit veya ev içi temaslar nedeniyle dikey veya yatay bulaşma sonucu ortaya çıkabilir [51]. Stafilokoksik TŞS'ye benzer şekilde, streptokoksik TŞS'nin klinik belirtileri bakteriyel ekzotoksinlerin süperantijen aktivitesi nedeniyle oluşan büyük sitokin salınımından kaynaklanır. Sonuç olarak hastalarda ateş, eritematöz döküntüler, kusma, hipotansiyon ve çoklu organ sistemlerinde doku hasarı gibi klinik belirtiler gelişir. En yaygın başlangıç semptomu ekstremitelerde şiddetli lokal ağrıdır. Streptokoksik TŞS'sinde ölüm oranı %30 ile %60 arasında değişmektedir.

Streptokoksik TŞS tanısı için kriterler şunlardır:

- 1- Steril vücut sıvılarından grup A streptokok (*S. pyogenes*) izolasyonu,
2. Hipotansiyon (sistolik kan basıncı: erişkinde ≤ 90 mmHg, 16 yaş altında yaşa göre 5'nci persentilden düşük olması)
3. En az ikisi; böbrek tutulumu, koagülopati, karaciğer tutulumu, yumuşak doku nekrozu, akut respiratuar distres sendromu (ARDS), eritematöz döküntü [52].

Toksik şok sendromu etkeninin *S. aureus* mu *S. pyogenes* mi ayırt etmek zor olabileceğinden, her iki patojene karşı geniş spektrumlu antibiyotiklere başlanması önerilir. Yabancı cisimler (örn. burun tamponu, vajinal tamponlar) çıkarılmalı ve apseler boşaltılmalıdır; cerrahi müdahale yoluyla kaynak kontrolü yapılmalıdır. Klindamisin, bakteriyel toksin sentezini baskıladığı ve her iki patojene de etkidiği için yaygın olarak önerilen bir antibiyotiktir. Uygun bir antibiyotik rejimi, vankomisin ve klindamisine ek olarak penisilinaz dirençli bir penisilin veya bir sefalosporin (piperasilin-tazobaktam veya sefepim) içerir. Antibiyotiklere yanıtızsızlık durumunda ve şiddetli pediatrik sepsis ve septik şok da mevcutsa ek IVIG kullanımından fayda gören birkaç vaka raporu vardır [53].

4. Eritrodermi

Eritrodermi, diğ er adıyla eksfoliyatif dermatit, vücut yüzey alanının %90'ından fazlasını kapsayan eritem ve pullanma ile karakterize bir klinik tablodur [54]. Spesifik bir tanı değil klinik bir görünümdür. Patogenezi net olarak anlaşılamamıştır.

Eritrodermi nadirdir ancak her yaşta ve her ırktan insanda ortaya çıkabilir. Erkeklerde kadınlara göre yaklaşık üç kat daha yaygındır. Çoğu insanda eritrodermi ile ilişkili olduğu bilinen önceden var olan bir deri hastalığı veya bir sistemik hastalığı vardır. Eritrodermi vakalarının yaklaşık %25-30'u idiyopatiktir [55].

Eritrodermi çeşitli nedenlerden kaynaklanabilir. Yaygın etiyolojileri arasında ilaçlar, neoplazmalar ve papüloskuamöz hastalıklar bulunur. Psoriasis gibi önceden var olan bir inflamatuvar durumun alevlenmesi en yaygın etiyolojidir [56]. Eritroderminin en sık nedenleri Tablo 4'te özetlenmiştir.

Psoriasis, eritrodermi vakalarının yaklaşık %25'inden sorumludur ve tanımlanmış en sık nedenidir. Sistemik immünosüpresif tedavinin hızlı kesilmesi, altta yatan sistemik enfeksiyonlar veya ilaç reaksiyonları dahil olmak üzere psoriasis hastalarında eritrodermiyi tetikleyen birçok sebep olabilir [57].

Atopik dermatitte eritrodermi yoğun kaşıntılı yaygın eritematöz döküntü şeklinde ortaya çıkar. Önceden var olan lezyonlarla birlikte beyaz pullanma ve likenifikasyon meydana gelebilir. Artmış serum Ig E ve eozinofil düzeyleri mevcut olabilecek spesifik olmayan bulgulardır.

Sistemik ilaç kullanımının neden olduğu eritrodermide ise ateş, periferik eozinofili, lenfadenopati ve hepatit görülebilir. Bu ilaç reaksiyonları genellikle morbilliform veya skarlatiniform egzantem olarak başlar.

Pitriyazis rubra pilariste somon renginden turuncudan kırmızıya kadar değişen renklere skuamalar bulunur. Diz, dirsek ve parmak dorsallerinde foliküler keratotik papüller sıklıkla bulunur. Eritrodermik alan içindeki adacıklar ve foliküler keratotik papüller tanıyı daha olası hale getirir.

Tablo 4: Eritrodermi nedenleri [56]

Papüloskuamöz hastalıklar	
Psoriazis	Ofuji'nin papüloeritroderması
Dermatofitozlar	Pitriyazis rubra pilaris
İktiyozis	Sarkoidoz
Liken planus	
Egzamatöz hastalıklar	
Atopik dermatit	Kontakt dermatit
Kronik aktinik dermatit	Seboreik dermatit
İlaçlar	
<u>ACE inhibitörleri:</u> kaptopril, enalapril, lisinopril	
<u>Antibiyotikler:</u> penisilin, streptomisin, sülfonamid	
<u>Antikonvülzanlar:</u> karbamazepin, fenobarbital, fenitoin	
<u>Antineoplastikler:</u> imatinib, bevacizumab	
<u>Antimalaryallar:</u> hidroksiklorokin	
<u>Antipsikotikler:</u> klorpromazin	
<u>Antitüberküloz ajanlar:</u> izoniazid	
<u>CSF:</u> eritropoetin	
<u>NSAİİ:</u> piroksikam, sulfasalazin	
<u>PPİ:</u> esomeprazol, omeprazol, pantoprazol	
<u>Retinoidler:</u> asitretin, izotretinoin	
<u>Ksantin oksidaz inhibitörleri:</u> allopurinol	
Maligniteler	
<u>Hematopoetik diskraziler:</u>	<u>Solid tümörler:</u>
Kutanöz T hücreli lenfoma, Hodgkin lenfoma, Hodgkin dışı lenfomalar, lösemi	Kolon kanseri, hepatoselüler karsinom, akciğer kanseri, renal hücreli kanser

ACE: Anjiyotensin dönüştürücü enzim

NSAİİ: Steroid olmayan antiinflatuar ilaç

CSF: Koloni stimüle edici faktör

PPİ: Proton pompa inhibitörleri

Bebek ve küçük çocuklarda daha sık görülen, akut bir tablo olan stafilokoksik haşlanmış deri sendromu sıklıkla eritrodermiye ilerler. *Staphylococcus aureus* enfeksiyonundan 24 ila 48 saat sonra deride ağrılı eritemli alanlar oluşmaya başlar. Kısa süre sonra gevşek subkorneal vezikül ve büller belirir ve daha sonra dökülerek alttaki nemli ve kırmızı renkteki deri tabakası ortaya çıkar. Mukozal yüzeyler korunmuştur [58].

Pediyatrik eritrodermi vakalarında bakıldığında en sık karşılaşılan neden ilaç erüpsiyonları ve psoriazistir. Yenidoğan ve infantlardaki en sık sebepler ise;

genodermatozlar (örn. iktiyozis), atopik dermatit, psoriazis, seboreik dermatit, primer immün yetmezlik ve metabolik hastalıklardır [59]. Eritrodermi pediyatrik yaş grubunda geniş bir etiyoloji yelpazesine sahiptir ve Tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 5: Pediatrik eritrodermi nedenleri [60]

İmmünolojik bozukluklar
Omenn sendromu Graft-Versus-Host Hastalığı Kutanöz T hücreli lenfoma Hipogamaglobulinemi Di-George sendromu
Metabolik/nutrisyonel bozukluklar
Kwashiorkor Böbrek yetmezliği Akrodermatitis enteropatika Kistik fibroz dermatiti Leiner hastalığı Amino asit metabolizma bozuklukları
Enfeksiyonlar
Stafilokoksik haşlanmış deri sendromu Kızıl hastalığı Yenidoğan kandidiyazisi Toksik şok sendromu
Toksisiteler/ilâç reaksiyonları
Sendromlar
Netherton sendromu Sjogren Larssen sendromu Keratit-iktiyozis-sağırılık sendromu Ektodermal displaziler Nötral lipid depo hastalığı Conradi-Hunermann sendromu Trikotiyodistrofi
Dermatozlar
Atopik dermatit Psoriazis İktiyozis Yaygın kutanöz mastositozis Toksik epidermal nekroliz Pitriyazis rubra pilaris Seboreik dermatit Norveç uyuzu

Eritrodermi tipik olarak epidermal kıvrımlar ve mukozada yaygın kızarıklık, deskuamasyon, erozyon ve kabuklanma şeklinde kendini gösteren şiddetli bir deri reaksiyonudur. Hastalarda ilerleyici ödem ve likenifikasyon nedeni ile deri sıkılaştırmıştır. Ağrı ve kaşıntıya sık rastlanır. Ateş, titreme ve mide bulantısı gibi sistemik semptomlar bulunabilir [61]. Hastaların yaklaşık yarısında lenfadenopati, splenomegali ve hepatomegali bulunur. Fizik muayenede tırnak değişiklikleri, diffüz alopesi ve palmoplantar keratoderma görülebilir. Oküler komplikasyonlar gelişebilir.

Farklı lezyonların her birinde ayrı ayrı biyopsi alınmalıdır. Bu altta yatan etiyolojiyi belirlemek için önemlidir. Bazen hiperkeratoz, akantoz ve perivasküler inflamasyon gibi nonspesifik değişiklikler esas altta yatan patolojiyi maskeleyebilir ve çoklu biyopsiler almak gerekebilir. Lenfadenopati varlığında görüntüleme ve lenf nodu biyopsisi yapılmalıdır [59]. Yine de hastaların yaklaşık dörtte birinde altta yatan neden saptanamaz ve bunlara idiyopatik eritrodermi denir. Bu vakaların kronikleşme ve nüks etme eğilimleri daha yüksektir.

Deri bütünlüğünün bozulması dehidratasyona, elektrolit dengesizliğine ve dolayısıyla oligürük böbrek yetmezliğine yol açar. Hastaların enfeksiyona eğilimi artar; sepsis riski vardır. Eritrodermidaki hızlı hücre döngüsü nedeniyle, hücre içeriğinin çoğu (örn. nükleik asitler, amino asitler) deri dökülürken kaybedilir. Bu protein kaybı hipoalbuminemi ve ödeme yol açar. Hipotermi ya da hipertermi görülebilir, bu da enzim işlevlerini bozar. Bu durum hipoalbuminemi, periferik ödem, anemi, lenfadenopati ve hipotermi veya hipertermi gibi komplikasyonlara yol açabilir. Ortaya çıkan periferik vazodilatasyon yüksek debili kalp yetmezliğine neden olabilir.

Eritrodermi metabolik yükü ve komplikasyonları nedeniyle yaşamı tehdit edici olabilir. Eritrodermiyi yönetebilmek için iyi bir anamnez ve fizik muayene şarttır. Spesifik olmasa da laboratuvar tetkikleri ve histopatoloji altta yatan nedenin belirlenmesinde yardımcı olur.

Etiyolojiden bağımsız, tedavi yaklaşımında ilk olarak beslenme desteği ve sıvı elektrolit dengesizliğinin giderilip termoregülasyon regüle edilerek metabolik ve hemodinamik stabilite sağlanmalıdır. Semptom yönetimi, derinin nemli tutulması, topikal kortikosteroidler ve uygun yara bakımı yapılmalıdır. Oral antihistaminikler yardımcı olabilir [58, 61, 62]. Eritrodermik deri normal bariyer fonksiyonunu kaybettiği için bakteriyel enfeksiyonlar gelişip sistemik antimikrobiyal tedavi gerektirebilir [59]. İdiyopatik ve ilaç ilişkili eritrodermidaki sistemik steroid

kullanılırken, psoriatik eritrodermide metotreksat ve siklosporin gibi ajanlar tercih edilir.

Destekleyici tedavi devam ederken etiyoloji araştırılmalı ve bulunduktan sonra hedefe yönelik tedaviye de başlanmalıdır. Şüpheli ilaç varsa hemen kesilmelidir.

5. Ürtiker – Anjiyoödem

Ürtiker kendini kaşıntılı ödemli papül ve plaklarla veya dermis ya da subkutis tutulumuna bağlı anjiyoödem ile, bazen de her ikisinin birden gelişimiyle gösteren ani başlangıçlı bir hastalıktır [63]. Altı haftadan uzun sürdüğünde kronik ürtiker, belirli tetikleyiciler bilinmediğinde kronik spontan ürtiker (KSÜ) ve kesin tetikleyicilerden sonra belirti ve bulgular geliştiğinde kronik indüklenebilir ürtiker olarak sınıflandırılır.

Kronik indüklenebilir ürtiker için tetikleyiciler; sıcak/soğuk, basınç, titreşim, akuajenik, solar, temas, kolinerjik deşarj olarak sayılabilir [64, 65].

Tüm tiplerinde, histamin ve diğer mediyatörlerin deri mast hücrelerinden salınması, papiller dermiste şişme ve daha derin dermiste veya subkutan dokuda anjiyoödem oluşumuna yol açar.

Stres, hormonlar, ilaçlar, gıdalar, gıda katkı maddeleri, enfeksiyonlar ve psödoalerjenler gibi etkenlerin KSÜ’de tetikleyici faktörler olduğu düşünülmektedir. İlaçlar arasında NSAİİ, aspirin, penisilin, sefalosporin, anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) inhibitörleri, radyokontrast maddeler, narkotik analjezikler, flukonazol, aşular vs. sayılabilir. Viral enfeksiyonlar çocuklarda akut ürtikerin en sık nedenlerinden biridir ve bunu ilaç, yiyecek ve böcek sokması reaksiyonları izlemektedir. Ürtikeri tetikleyen viral enfeksiyonlar en sık üst solunum yolu ve gastrointestinal sistem enfeksiyonlarıdır. COVID-19 da bunlardan biridir ve COVID-19 enfeksiyonu varlığında çok sayıda akut ürtiker vakası bildirilmiştir, vakaların az bir kısmında ise enfeksiyondan sonra ortaya çıkmıştır [64]. KSÜ’lü olguların %50’sinde etiyoloji bulunmamaktadır.

Tanı esasen anamnez ve fizik muayene ile konur. Antihistaminiklere yanıt veren ürtikeri olan hastaların çoğunda kapsamlı bir araştırmaya gerek yoktur. Bazı ürtiker formlarında tam kan sayımı, böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri, total serum Ig E düzeyi, tiroid fonksiyon testleri, otolog serum deri testi, deri prick testi, indüklenebilir tipler için provokasyon testi gibi daha spesifik laboratuvar testleri yararlı olabilir [66].

Ürtiker plakları genellikle 24 saatten kısa sürer. Ayırıcı tanıya giren ürtikeryal dermatozlarda ise lezyonlar günlerce veya daha uzun süre sürer.

Ürtikerde ikinci jenerasyon sedatif olmayan H1 grubu antihistaminikler tedavinin temelini oluşturur. Daha şiddetli vakalarda veya antihistaminiklere zayıf yanıt veren hastalarda kortikosteroidler ve çeşitli immünmodülatör/immünoşüpresif tedaviler de kullanılabilir. Günde 4 defa oral antihistaminik kullanımına yanıtız hastalarda, omalizumab veya siklosporin gibi ajanlar tedaviye eklenebilir [67].

Pediyatrik popülasyonda ürtikere ait araştırmaların çok az sayıda ve kısıtlı olması nedeni ile yeterli bilgi olmamakla birlikte genelde yayınlanan çalışmalarda çocuklarda kronik ürtikerin erişkinlerden çok daha az görüldüğü bildirilmektedir. Çocuklarda yine ikinci jenerasyon H1 antihistaminikleri yaş ve kiloya göre dozları ayarlanarak güvenle kullanılabilir. Omalizumab ülkemizde 12 yaş üzeri çocuklarda onaylıdır [63].

Anjiyoödem; derin dermis ve subkutan dokuları tutan, kaşıntıdan ziyade ağrılı veya yanma hissiyle ortaya çıkan lokalize bir ödemdir. Ürtiker plakları ile karşılaştırıldığında, anjiyoödem daha yavaş gelişir ve genellikle 24 saatten daha uzun sürer. Ürtiker hastalarının yaklaşık %50'si yalnızca ürtiker plakları ile, %10'u yalnızca anjiyoödemle, %40'ı ise her iki tablo birlikte başvurur [68].

Anjiyoödem: histaminerjik, idiyopatik, herediter, edinilmiş ve ACE inhibitörü kaynaklı olacak şekilde 5 sınıfa ayrılabilir [67]. Histamin aracılı oluşan anjiyoödem dışındaki tipler, esas olarak kinin kaskadının aktivasyonu neticesinde bradikinin salınımı nedeniyle oluşur. Bradikinin vasküler geçirgenliği artırarak ödeme neden olur.

C1-esteraz inhibitör eksikliğine bağılı herediter anjiyoödem (HAÖ), otozomal dominant geçişli bir hastalıktır. Bu hastalarda ürtiker olmaksızın tekrarlayan izole anjiyoödem atakları görülebilir. Edinilmiş anjiyoödem nedenleri B hücreli lenfoproliferatif hastalıklar, enfeksiyon ve travmadır. Bunlar kinin üretimi için güçlü tetikleyicilerdir. ACE inhibitörleri ise bradikininin parçalanmasını engeller, ancak ilaç dışında ek bir bradikinin kaynağı yoksa anjiyoödem oluşmaz. Yani hastalar anjiyoödem oluşmadan önce yıllarca sorunsuz bir şekilde ilacı kullanmış olabilirler [69].

Larenks ödemi ya da bronkospazm sonucu asfiksi gelişimi en korkulan ve acil müdahale edilmesi gereken mortal komplikasyondur [70]. Anjiyoödem tipini

belirlemek önemlidir. Çünkü bradikinin aracılı anjiyoödem antihistaminik, glukokortikoid ve adrenalin gibi ajanlara yanıtızsızdır [71].

Bradikinin aracılı anjiyoödem için akut atak durumunda etkili olan yaklaşımlar şöyledir;

-Bradikinin oluşumunda rol oynayan enzimleri inaktif hale getiren C1 inhibitörü plazma konsantresi ya da rekombinant C1 inhibitör antijeninin infüzyonu,

-Plazma kallikreinini inaktif hale getirmek için subkutan enjeksiyonla bir plazma kallikrein inhibitörü olan ekallantid uygulanması,

-Bradikinin B2 reseptör antagonisti olan ikatibant uygulanması.

Anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörlerine bağlı gelişen anjiyoödem bradikinin aşırı üretiminden kaynaklanmadığından, bu hastalarda bradikinin reseptör seviyesinde bloke eden ikatibant verilmesi en doğru yaklaşımdır [72].

Anafilaksi akut bir şekilde gelişen ve hipotansiyon, kardiyak aritmi, bronkospazm, solunum sıkıntısı, ürtiker, anjiyoödem ve gastrointestinal semptomlar içerebilen, potansiyel olarak yaşamı tehdit eden bir aşırı duyarlılık reaksiyonudur [73]. Genelde tetikleyiciye maruz kaldıktan sonraki 5-30 dakika içinde bazen de birkaç saat sonra belirti ve semptomlar üreterek ani bir başlangıç gösterir. Ürtiker ise daha yavaş gelişir ve tedaviye rağmen daha uzun sürme eğilimindedir. Bildirilen anafilaksi vakalarının %90'ından fazlasında kızarıklık, kaşıntı, ürtiker plakları gibi deri belirtileri mevcuttur [74, 75].

Çocuklarda şiddetli anafilaktik reaksiyonların en yaygın tetikleyicisi yiyecekler iken erişkinlerde ise ilaçlar ve böcek sokmaları öne çıkmaktadır. Anafilaksiye neden olabilecek yiyecekler içinde en sık karşılaşılanlar bebekler ve küçük çocuklarda inek sütü, yumurta, fıstık, ağaç yemişleri, susam ve buğday iken okul çağı çocuklarında ise kabuklu kuruyemişler (fıstık, kaju, fındık vb.) ve kabuklu deniz ürünleridir. [76]. Bazı durumlarda etken tam olarak belirlenemez ve çeşitli alerjenler, enfeksiyon, yoğun fiziksel aktivite ve psikolojik sorunlar gibi nedenlerin bir kombinasyonunun reaksiyonu tetiklediği düşünülmektedir. İdiyopatik de olabilir [77].

İlaçlar farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda hem çocuklar hem erişkinler için saptanan en sık anafilaksi ilişkili ölüm nedeni olmuştur. İlaç nedenli anafilaksiden en sık sorumlu ajanlar NSAİİ'ler ve antibiyotiklerdir (erişkinlerde penisilin, sefalosporin ve sülfonamid grubu; çocuklarda beta laktam grubu) [76].

Anafilaksi yönetimi akut dönemde potansiyel tetikleyici maruziyetini hemen sonlandırmak, solunum ve dolaşım sisteminin kontrolü ile eş zamanlı kas içi (tercihen vastus lateralis kası) epinefrin uygulamasını içermektedir. Epinefrin anafilaksinin birinci basamak tedavisidir ve mortaliteyi önleyebilecek tek tedavidir. Vazokonstrüksiyon yaparak mediatör salınımını, mukozal ödemi ve bronkokonstrüksiyonu azaltarak pozitif inotropik ve kronotropik etki gösterir. [74]. Önerilen epinefrin dozu kas içi uygulama için 0,01 mg/kg'dır (maksimum 0,5 mg). Erişkinler ve 12 yaş üstü çocuklar için 0,5 mg, 6-12 yaş arası çocuklar için 0,3 mg ve 6 yaş altı çocuklar için 0,15 mg dozda epinefrin, ihtiyaç halinde 5-15 dakikada bir hastaya uygulanmalıdır [74, 78]. Hastalarda epinefrinin yanında oksijen desteği, damar içi sıvı replasmanı, bronkospazm yaşayan hastalar için inhale beta2-agonistler, deri belirtileri için antihistaminikler ve inatçı hipotansiyon varlığında dopamin gibi vazopressörler ihtiyaç halinde destekleyici tedavi olarak kullanılabilir [78].

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmada Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği'ne 01 Ocak 2019- 31 Aralık 2023 tarih aralığında pediatrik acil servisten konsülte edilen hastaların değerlendirilmesi amaçlandı. Çalışma için Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi etik kurulundan onay alındı (no: E-24-112) (EK1). Çalışma Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik ve Laboratuvar Uygulamaları kurallarına uygun olarak gerçekleştirildi.

Çalışmaya 0-18 yaş arası pediatrik acil servisten dermatoloji kliniğine 01 Ocak 2019- 31 Aralık 2023 tarihleri arasında konsülte edilen, elektronik tıbbi kayıtlarından çalışma değişkenlerine eksiksiz ulaşılabilen hastalar dahil edildi. Konsültasyon süreci tamamlanmadan acil servisten ayrılan hastalar veya konsültasyon cevabı yazılmayan hastalar ise dahil edilmedi.

Çalışmadaki veriler retrospektif olarak hastane bilgi yönetim sistemi üzerinden elde edildi. Her hasta için protokol numarası, yaşı, cinsiyeti, başvuru şikayeti, triyaj kodu (yeşil/sarı/kırmızı), konsültasyon ayı ve yılı, konsültasyonun yanıtlanma süresi, konsültasyon isteme zamanı, pediatristin tanısı ve muayene bulgusu, dermatoloğun tanısı ve muayene bulgusu, tedavisi, sistemik semptom varlığı, aynı ya da farklı endikasyonla tekrarlayan başvuru varlığı, yatış verilip verilmediği, istenen ek tetkikler, ek hastalık varlığı, biyopsi alınıp alınmadığı ve polikliniğe yönlendirilme durumu kayıt edilmiştir. Bu çalışmada pediatrist hekimin konsültasyon dokümanında belirttiği tanı ve elementer lezyon sırasıyla ön tanı ve ilk muayene bulgusu olarak kabul edilirken dermatoloğun belirttiği tanı ve elementer lezyon ise sırasıyla kesin tanı ve son muayene bulgusu olarak kabul edildi.

Birden fazla ön ya da kesin tanısı olan hastaların her bir tanısı ayrı ayrı verilerimize eklendi. Dermatolojik tanılar eritemli skuamlı dermatozlar, dermatitler, tırnak değişiklikleri, deri ekleri hastalıkları, fiziksel ajanlara bağlı hastalıklar, hipersensitivite reaksiyonları, ilaç ilişkili döküntüler, enfeksiyonlar, vaskülitler ve diğer olmak üzere 10 farklı başlık altında sınıflandırıldı. Uluslararası Hastalık Sınıflandırması (ICD) kodları her zaman güvenilir olmadığından çalışmaya dahil edilmedi. Her bir başvuru ayrı değişken olarak kaydedildi.

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 22 programı kullanıldı. Parametrelerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistiksel metotlar (minimum, maksimum, ortalama, standart sapma, medyan ve frekans) uygulandı. Niceliksel verilerin gruplar arası karşılaştırmasında Kruskal Wallis testi kullanılırken farklılığa neden olan grubun tespitinde Dunn's test ve iki grup arası karşılaştırmasında Mann Whitney U test kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi, Fisher's Exact Ki-Kare testi, Fisher Freeman Halton Exact Ki-kare testi ve Continuity (Yates) düzeltmesi kullanıldı. Verilerin istatistiksel açıdan anlamlılık değeri $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

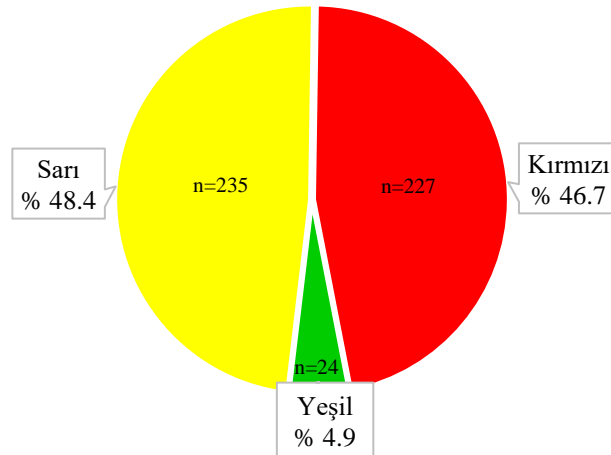
4. BULGULAR

Yaş aralığı süt çocukluğu dönemi (0-2 yıl), okul öncesi dönem (3-6 yıl), okul çağı dönemi (7-12 yıl) ve adolesan dönem (13-18 yıl) olarak 4 gruba ayrıldı. Bu çalışmaya 105'i (%21,6) süt çocukluğu dönemi, 100'ü (%20,6) okul öncesi dönem, 145'i (%29,8) okul çağı dönemi ve 136'sı (%28) adolesan dönemde olan toplam 486 hasta dahil edildi. Hastaların 234'ü (%48,1) kız ve 252'si (%51,9) erkekti. Hastaların yaşları 0 ile 214 ay arasında değişmekte olup yaş ortalaması $95,35 \pm 66,64$ ay ve medyan yaş 88 aydı. Hastalara ilişkin demografik özelliklerin dağılımları Tablo 6'da görülmektedir.

Tablo 6: Hastaların yaş ve cinsiyet dağılımları

		n	%
Yaş	0-2 yıl	105	21,6
	3-6 yıl	100	20,6
	7-12 yıl	145	29,8
	13-18 yıl	136	28,0
Cinsiyet	Kız	234	48,1
	Erkek	252	51,9

Hastaların triyaj kodlarının 24'ü (%4,9) yeşil, 235'i (%48,4) sarı ve 227'si (%46,7) kırmızı idi (Şekil 1).



Şekil 1: Hastaların triyaj kodu dağılımları

Konsültasyon yanıtlama süreleri 3 ile 1103 dakika arasında değişmekte olup ortalaması $48,16 \pm 78,12$ dakika, medyan süre 29 dakikaydı. Konsültasyon yanıtlama süresi olguların 260'ında (%53,5) 0-30 dakika arasında iken, 131'inde (%27) 31-60 dakika arasında, 63'ünde (%13) 61-120 dakika arasında ve 32'sinde (%6,5) 120 dakikadan uzundu (Tablo 7).

Tablo 7: Konsültasyon yanıtlama süresi

	n	%
Konsültasyon yanıtlama süresi		
0-30 dakika	260	53,5
31-60 dakika	131	27,0
61-120 dakika	63	13,0
>120 dakika	32	6,5

Triyaj kodlarına göre ortalama konsültasyon yanıtlama süreleri Tablo 8'de görüldüğü üzere kırmızı triyajda $31,12 \pm 33,06$ dakika, yeşil triyajda $45,75 \pm 47,17$ dakika ve sarı triyajda $64,87 \pm 103,98$ dakika idi ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı ($p=0,001$).

Tablo 8: Triyaj koduna göre konsültasyon yanıtlama sürelerinin karşılaştırılması

Triyaj kodu	Konsültasyon yanıtlama süresi		
	Ort±SS	Medyan	p değeri
Yeşil	$45,75 \pm 47,17$ dakika	33 dakika	0,001*
Sarı	$64,87 \pm 103,98$ dakika	38 dakika	
Kırmızı	$31,12 \pm 33,06$ dakika	22 dakika	
Kruskal Wallis Test	* $p < 0,05$		

Konsültasyonların 93'ü (%19,1) mesai içi ve 393'ü (%80,9) mesai dışında istenmişti. Mesai dışı konsültasyon isteme zamanı aralıklarına bakıldığında 269'u (%55,3) 16:00-00:00 arasında, 30'u (%6,2) 00:00-08:00 arasında ve 94'ü (%19,3) 08:00-16:00 saatleri arasında idi (Tablo 9).

Tablo 9: Hastalardan konsültasyon isteme zamanı

		n	%
Konsültasyon isteme zamanı	Mesai içi: 08:00-16:00	93	19,1
	Mesai dışı: Toplam	393	80,9
	16:00-00:00	269	55,3
	00:00-08:00	30	6,2
	08:00-16:00	94	19,3

Konsültasyonların 178'i (%36,6) 2019, 77'si (%15,8) 2020, 38'i (%7,8) 2021, 108'i (%22,2) 2022 ve 85'i (%17,5) 2023 yıllarına aitti.

2019 yılında en sık başvuru haziran ve kasım aylarında tespit edildi ve her birinde 19'ar hasta (%10,7) konsülte edilmişti. 2020 yılında en sık başvuru ocak ve temmuz aylarında tespit edildi ve her birinde 19'ar hasta (%24,7) konsülte edilmişti. 2021 yılında en sık başvuru mart ayındaydı ve her birinde 10 hasta (%26,3) konsülte edilmişti. 2022 yılında en sık başvuru temmuz ayındaydı ve 24 hasta (%22,2) konsülte edilmişti. 2023 yılında en sık başvuru temmuz ayında tespit edildi ve 18 hasta (%21,2) konsülte edilmişti. Konsültasyon yılına göre konsültasyon aylarında başvuran hastaların dağılımı Tablo 10'da görülmektedir.

Tablo 10: Konsültasyon yılına göre konsültasyon aylarında başvuran hastaların dağılımı

	Konsültasyon yılı				
	2019 (n=178)	2020 (n=77)	2021 (n=38)	2022 (n=108)	2023 (n=85)
Konsültasyon ayı	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Ocak	16 (%9)	19 (%24,7)	1 (%2,6)	9 (%8,3)	4 (%4,7)
Şubat	6 (%3,4)	10 (%13)	2 (%5,3)	7 (%6,5)	7 (%8,2)
Mart	14 (%7,9)	4 (%5,2)	10 (%26,3)	3 (%2,8)	7 (%8,2)
Nisan	15 (%8,4)	2 (%2,6)	2 (%5,3)	9 (%8,3)	2 (%2,4)
Mayıs	16 (%9)	3 (%3,9)	1 (%2,6)	7 (%6,5)	2 (%2,4)
Haziran	19 (%10,7)	5 (%6,5)	0 (%0)	10 (%9,3)	9 (%10,6)
Temmuz	14 (%7,9)	19 (%24,7)	3 (%7,9)	24 (%22,2)	18 (%21,2)
Ağustos	18 (%10,1)	6 (%7,8)	4 (%10,5)	17 (%15,7)	11 (%12,9)
Eylül	18 (%10,1)	3 (%3,9)	5 (%13,2)	7 (%6,5)	5 (%5,9)
Ekim	13 (%7,3)	0 (%0)	3 (%7,9)	6 (%5,6)	10 (%11,8)
Kasım	19 (%10,7)	4 (%5,2)	3 (%7,9)	5 (%4,6)	7 (%8,2)
Aralık	10 (%5,6)	2 (%2,6)	4 (%10,5)	4 (%3,7)	3 (%3,5)

COVID pandemisinin ilan edildiği 2020 yılında mart ayından itibaren bir yıl süre içinde nisan ve mayıs aylarında sırayla 2 ve 3 başvuru tespit edilirken ocak ve şubat aylarında sayının sırasıyla 19 ve 10'a çıktığı görüldü.

En sık görülen ön tanıları 42 hastada (%8,6) skabiyez, 18 hastada (%3,7) herpes zoster, 12 hastada (%2,5) böcek ısırığı, 11 hastada (%2,3) vaskülit, 10 hastada (%2,1) herpes simplex virüs (HSV) enfeksiyonları ve 10 hastada (%2,1) ürtiker-anjiyoödem idi.

Hastaların 349'u (%71,8) için herhangi bir ön tanı belirtilmemiştir.

Hastaların 288'i (%59,2) tek kesin tanı, 80'i (%16,5) iki veya daha fazla kesin tanı almıştı. Hastaların 118'i (%24,3) için herhangi bir kesin tanı belirtilmemiştir.

En sık görülen kesin tanıları 68 hastada (%14) skabiyez, 36 hastada (%7,4) böcek ısırığı, 33 hastada (%6,8) ürtiker-anjiyoödem, 28 hastada (%5,8) kontakt dermatit, 26 hastada (%5,3) makülopapüler ilaç erüpsiyonu, 25 hastada (%5,1) dermatofitoz, 24 hastada (%4,9) HSV enfeksiyonları, 23 hastada (%4,7) impetigo, 17 hastada (%3,5) herpes zoster, 15 hastada (%3,1) varisella, 14 hastada (%2,9) atopik dermatit, 12 hastada (%2,5) selülit-erizipel ve 12 hastada (%2,5) vaskülit idi.

Hastaların ön ve kesin tanı dağılımları Tablo 11'de gösterilmiştir.

Tablo 11: Hastaların ön ve kesin tanı dağılımları

	Ön tanı	Kesin tanı
	n (%)	n (%)
Belirtilmemiş	349 (%71,8)	118 (%24,3)
<u>Eritemli skuamli dermatozlar</u>		
Psoriasis	1 (%0,2)	2 (%0,4)
Pitriasis rosea	0 (%0)	6 (%1,2)
Pitriyazis rubra pilaris	0 (%0)	1 (%0,2)
Liken planus	0 (%0)	1 (%0,2)
<u>Fiziksel ajanlara bağlı hastalıklar</u>		
Travma	1 (%0,2)	4 (%0,8)
Piyojenik granülom	0 (%0)	1 (%0,2)
İstismar	0 (%0)	2 (%0,4)
Pernio	0 (%0)	1 (%0,2)
Epidermoid kist	0 (%0)	1 (%0,2)
Polimorf ışık erüpsiyonu	0 (%0)	2 (%0,4)

Tablo 10: Hastaların ön ve kesin tanı dağılımları (devamı)

	Ön tanı	Kesin tanı
	n (%)	n (%)
<u>Dermatitler</u>		
Bez dermatiti	4 (%0,8)	3 (%0,6)
Kontakt dermatit	3 (%0,6)	28 (%5,8)
Kserotik dermatit	0 (%0)	1 (%0,2)
Numuler dermatit	1 (%0,2)	1 (%0,2)
Atopik dermatit	0 (%0)	14 (%2,9)
Seboreik dermatit	1 (%0,2)	2 (%0,4)
Otosensitizasyon dermatiti	0 (%0)	2 (%0,4)
<u>Deri ekleri hastalıkları</u>		
Eozinofilik püstüler follikülit	0 (%0)	1 (%0,2)
Hidradenitis suppurativa	0 (%0)	1 (%0,2)
Akne-folikülit	3 (%0,6)	4 (%0,8)
Miliaria	0 (%0)	1 (%0,2)
<u>Tırnak değişiklikleri</u>	2 (%0,4)	8 (%1,6)
<u>Hipersensitivite reaksiyonları</u>		
Ürtiker-anjiyoödem	10 (%2,1)	33 (%6,8)
Böcek ısırığı	12 (%2,5)	36 (%7,4)
<u>Vaskülitler</u>	11 (%2,3)	12 (%2,5)
<u>Enfeksiyonlar</u>		
-Bakteriyel: İmpetigo	3 (%0,6)	23 (%4,7)
Selülit-erizipel	5 (%1)	11 (%2,3)
Piyoderma	0 (%0)	2 (%0,4)
SHDS	0 (%0)	2 (%0,4)
Kızıl	1 (%0,2)	0 (%0)
Şarbon	0 (%0)	2 (%0,4)
Ektima gangrenosum	0 (%0)	1 (%0,2)
-Viral: El ayak ağız hastalığı	1 (%0,2)	9 (%1,9)
Verrü	2 (%0,4)	5 (%1)
HSV enfeksiyonları	10 (%2,1)	24 (%4,9)
Gianotti Crosti sendromu	0 (%0)	4 (%0,8)
Molluskum contagiosum	0 (%0)	3 (%0,6)
Herpes zoster	18 (%3,7)	17 (%3,5)
Eritema infeksiyozum	0 (%0)	1 (%0,2)
Varisella	2 (%0,4)	15 (%3,1)

Tablo 10: Hastaların ön ve kesin tanı dağılımları (devamı)		Ön tanı	Kesin tanı
		n (%)	n (%)
	Kızamık	0 (%0)	1 (%0,2)
	Orf	0 (%0)	1 (%0,2)
	Viral erüpsiyon	3 (%0,6)	11 (%2,3)
-Paraziter:	Skabiyez	42 (%8,6)	68 (%14)
	Layşmanyazis	0 (%0)	1 (%0,2)
-Fungal:	Dermatofitoz	6 (%1,2)	25 (%5,1)
<u>İlaç ilişkili döküntüler</u>			
	Makülopapüler ilaç erüpsiyonu	7 (%1,4)	26 (%5,3)
	SJS-TEN	1 (%0,2)	0 (%0)
<u>Diğer</u>			
	Still hastalığı	0 (%0)	2 (%0,4)
	CYBH	1 (%0,2)	1 (%0,2)
	Lipshutz ülseri	0 (%0)	2 (%0,4)
	Behçet hastalığı	0 (%0)	2 (%0,4)
	Akut infantil hemorajik ödem	0 (%0)	1 (%0,2)
	Eritema multiforme minör	1 (%0,2)	2 (%0,4)
	Chillblain lupus	0 (%0)	1 (%0,2)
	Lenfomatoid papüllozis	0 (%0)	1 (%0,2)
	Eritema nodosum-pannikülit	0 (%0)	2 (%0,4)

SJS-TEN: Stevens-Johnson Sendromu- toksik epidermal nekroliz
SHDS: Stafilokoksik Haşlanmış Deri Sendromu

HSV: Herpes simplex virüs
CYBH: Cinsel yolla bulaşan hastalık

Ön tanı belirtilen hastaların her biri ön ve kesin tanıların uyumluluğu açısından karşılaştırıldı (Tablo 12). Ön tanı belirtilen toplam hasta sayısı 137 idi. Buna göre toplam 137 hastanın 88'inde (%64,23) ön tanı ve kesin tanının aynı olduğu tespit edildi. En yüksek uyum gösteren tanılar vaskülitler (%33,3) ve paraziter enfeksiyonlardı (%34,8).

Tablo 12: Her bir tanı sınıfına ait ön ve kesin tanıların dağılımları ve uyum oranları

Tanı sınıfları	Ön tanı	Kesin tanı	Ön ve kesin tanının aynı olma oranı
	n (%)	n (%)	
Eritemli skuamli dermatozlar	1 (%0,2)	10 (%2,1)	0
Fiziksel ajanlara bağlı dermatozlar	1 (%0,2)	10 (%2,1)	0
Dermatitler	9 (%1,9)	51 (%10,5)	3 (%5,9)
Deri ekleri hastalıkları	3 (%0,6)	7 (%1,4)	1 (%14,3)
Tırnak hastalıkları	2 (%0,4)	8 (%1,6)	2 (%25)
Hipersensitivite reaksiyonları	22 (%4,5)	69 (%14,2)	14 (%20,2)
Vaskülitler	11 (%2,3)	12 (%2,5)	4 (%33,3)
Enfeksiyonlar:	94 (%19,3)	226 (%46,4)	
Bakteriyel	10 (%2,1)	41 (%8,4)	6 (%14,6)
Viral	36 (%7,4)	91 (%18,7)	25 (%27,5)
Paraziter	42 (%8,6)	69 (%14,2)	24 (%34,8)
Fungal	6 (%1,2)	25 (%5,1)	3 (%12)
İlaç ilişkili döküntüler	8 (%1,6)	26 (%5,3)	6 (%23)

Pediatristlerin konsültasyonda belirttiği bulgular “ilk muayene bulgusu” olarak değerlendirilirken, dermatologların belirttiği bulgular “son muayene bulgusu” olarak değerlendirildi.

En sık belirtilen ilk muayene bulguları vezikül (%9,1) ve kurut (%6,2) iken en sık saptanan son muayene bulguları ise papül (%14,6) ve plaktı (%7,8). İlk ve son muayene bulgularında en yüksek uyum gösterenler vezikül ve büll iken en düşük uyum gösterenler kist, skuam, erozyon ve ekzoriyasyon idi.

İlk muayene bulgusunda sadece ‘döküntü/lezyon’ gibi tanımların kullanıldığı 201 hasta (%41,4) mevcut iken son muayene bulgusunda 25 hasta (%5,1) için kullanılmıştı. Hastaların 133’ü için (%27,4) ilk muayene bulgusu ve 269’u için (%55,4) ise son muayene bulgusu belirtilmemişti.

İlk ve son muayene bulgularının değerlendirilmesi Tablo 13’te sunulmuştur.

Tablo 13: Her bir primer ve sekonder deri lezyonunun ilk ve son muayenedeki dağılımları ve uyum oranları

Muayene bulguları	İlk muayene bulgusu	Son muayene bulgusu	İlk ve son muayene bulgusunun aynı olma oranı
	n (%)	n (%)	
Belirtilmemiş	133 (%27,4)	269 (%55,4)	84 (%31,2)
Makül	23 (%4,7)	34 (%7)	4 (%11,7)
Yama	3 (%0,6)	9 (%1,9)	1 (%11,1)
Papül	28 (%5,8)	71 (%14,6)	9 (%12,6)
Plak	6 (%1,2)	38 (%7,8)	5 (%13,1)
Nodül	5 (%1)	8 (%1,6)	2 (%25)
Vezikül	44 (%9,1)	30 (%6,2)	8 (%26,6)
Bül	19 (%3,9)	21 (%4,3)	7 (%33,3)
Püstül	14 (%2,9)	22 (%4,5)	3 (%13,6)
Kist	0 (%0)	2 (%0,4)	0
Kurut	30 (%6,2)	32 (%6,6)	4 (%12,5)
Ülser	8 (%1,6)	4 (%0,8)	3 (%75)
Skuam	1 (%0,2)	10 (%2,1)	0
Erozyon	1 (%0,2)	9 (%1,9)	0
Ekskoriasyon	1 (%0,2)	18 (%3,7)	0
Döküntü/lezyon	201 (%41,4)	25 (%5,1)	13 (%52)

Hastaların 140'ında (%28,8) kaşıntı, 101'inde (%20,8) kızarıklık, 39'unda (%8) ödem/şişlik ve 28'inde (%5,8) ağrı/hassasiyet şikayetleri vardı. Birden fazla şikayetle başvuran hastalarda en sık kaşıntı ve kızarıklık (%7,2) şikayetleri ön plandaydı. Hastaların 257'si için (%52,9) konsültasyon notunda herhangi bir şikayet belirtilmemişti (Tablo 14).

Tablo 14: Şikayetlerin dağılımı

Şikayet	n	%
Belirtilmemiş	257	52,9
Kaşıntı	140	28,8
Kızarıklık	101	20,8
Ağrı/hassasiyet	28	5,8
Ödem/şişlik	39	8

Olguların 196'sına (%40,3) topikal antibiyotik, 132'sine (%27,2) sistemik antihistaminik, 120'sine (%24,7) topikal steroid, 62'sine (%12,8) sistemik antibiyotik, 47'sine (%9,7) topikal epitelizan, 45'ine (%9,3) topikal antiparaziter, 28'ine (%5,8) topikal antifungal, 26'sına (%5,3) sistemik antiviral, 26'sına (%5,3) sistemik steroid, 25'ine (%5,1) diğer topikal tedaviler (emolyen, antihistaminik, anestezi, antiseptik vb.), 18'ine (%3,7) sistemik analjezik, 6'sına (%1,2) sistemik antifungal, üçüne (%0,6) sistemik adrenalın ve birine (%0,2) sistemik proton pompa inhibitörleri (PPI) tedavisi uygulanmıştı. Hastalara uygulanan tedavilerin dağılımı Tablo 15'te görülmektedir.

Tablo 15: Tedavilerin dağılımı

Tedaviler	n	%
Topikal steroid	120	24,7
Topikal antibiyotik	196	40,3
Topikal epitelizan	47	9,7
Topikal antifungal	28	5,8
Topikal diğer tedaviler	25	5,1
Topikal antiparaziter	45	9,3
Sistemik PPI	1	0,2
Sistemik steroid	26	5,3
Sistemik antibiyotik	62	12,8
Sistemik antihistaminik	132	27,2
Sistemik analjezik	18	3,7
Sistemik antifungal	6	1,2
Sistemik antiviral	26	5,3
Sistemik adrenalın	3	0,6

PPI: Proton pompa inhibitörleri

Konsültasyon sonucunda 106 hasta (%21,8) için herhangi bir tedavi uygulanmamış ya da konsültasyon notunda belirtilmemiştir. Hastaların 147'sine (%30,2) sadece topikal, 63'üne (%13) sadece sistemik tedavi ve 170'ine (%35) hem topikal hem sistemik tedavi uygulanmıştı (Tablo 16).

Tablo 16: Tedavilerin uygulanma yolu dağılımı

Tedavi	n	%
Yok/belirtilmemiş	106	21,8
Topikal	147	30,2
Sistemik	63	13,0
Topikal ve sistemik	170	35,0

Triyaj kodlarına göre dermatit grubu hastalıkların görülme oranları yeşil triyajda %4,2, sarı triyajda %6,4 ve kırmızı triyajda %15,4 idi ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,004$).

Triyaj kodlarına göre fiziksel ajanlara bağlı dermatozların görülme oranları yeşil triyajda %12,5, sarı triyajda %2,1 ve kırmızı triyajda %0,9 idi ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,008$).

Triyaj kodlarına göre paraziter enfeksiyonların görülme oranları yeşil triyajda %20,8, sarı triyajda %19,6 ve kırmızı triyajda %12,5 idi ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$).

Triyaj kodlarına göre eritemli skuamli dermatozlar, tırnak hastalıkları, vaskülitler, deri ekleri hastalıkları, ilaç ilişkili döküntüler, hipersensitivite reaksiyonları, bakteriyel enfeksiyonlar, viral enfeksiyonlar ve fungal enfeksiyonların görülme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ($p>0,05$).

Triyaj kodlarına göre şikayetlerin görülme oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ($p>0,05$).

Triyaj kodlarına göre sistemik tedavi uygulanma oranları yeşil triyajda %5,9, sarı triyajda %11 ve kırmızı triyajda %22,5 idi ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$).

Triyaj kodlarına göre topikal tedavi uygulanma oranları yeşil triyajda %47,1, sarı triyajda %48,3 ve kırmızı triyajda %29,3 idi ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$).

Triyaj kodlarına göre tanı sınıflarının, şikayetlerin ve tedavi sınıflarının karşılaştırılması Tablo 17'de gösterilmektedir.

Tablo 17: Triyaj kodlarına göre kesin tanı, şikayet ve tedavi sınıfının karşılaştırılması

		Yeşil (n=24)	Sarı (n=235)	Kırmızı (n=227)	p değeri
		n (%)	n (%)	n (%)	
Kesin tanı	Eritemli skuamlı dermatozlar	0 (%0)	3 (%1,3)	7 (%3,1)	¹ 0,371
	Fiziksel ajanlara bağlı dermatozlar	3 (%12,5)	5 (%2,1)	2 (%0,9)	¹ 0,008*
	Dermatitler	1 (%4,2)	15 (%6,4)	35 (%15,4)	² 0,004*
	Deri ekleri hastalıkları	0 (%0)	4 (%1,7)	3 (%1,3)	¹ 1,000
	Tırnak hastalıkları	0 (%0)	1 (%0,4)	7 (%3,1)	¹ 0,112
	Hipersensitivite reaksiyonları	2 (%8,3)	28 (%11,9)	39 (%17,2)	² 0,188
	Vaskülitler	0 (%0)	4 (%1,7)	8 (%3,5)	² 0,328
	Bakteriyel enfeksiyonlar	2 (%8,3)	23 (%9,8)	16 (%7)	² 0,571
	Viral enfeksiyonlar	3 (%12,5)	50 (%21,3)	38 (%16,7)	² 0,332
	Paraziter enfeksiyonlar	5 (%20,8)	46 (%19,6)	18 (%7,9)	² 0,001*
	Fungal enfeksiyonlar	3 (%12,5)	13 (%5,5)	9 (%4)	² 0,184
	İlaç ilişkili döküntüler	0 (%0)	15 (%6,4)	11 (%4,8)	² 0,374
	Şikayet	Kaşıntı	11 (%45,8)	73 (%31,1)	56 (%24,7)
Kızarıklık		2 (%8,3)	51 (%21,7)	48 (%21,1)	² 0,301
Ağrı/hassasiyet		2 (%8,3)	13 (%5,5)	13 (%5,7)	² 0,854
Ödem/şişlik		1 (%4,2)	18 (%7,7)	20 (%8,8)	² 0,699
Tedavi sınıfı	Topikal	8 (%47,1)	83 (%48,3)	56 (%29,3)	² 0,001*
	Sistemik	1 (%5,9)	19 (%11)	43 (%22,5)	
	Topikal ve sistemik	8 (%47,1)	70 (%40,7)	92 (%48,2)	

¹Fisher Freeman Halton Exact test²Ki-kare test

*p<0,05

Yaş grupları arasında eritemli skuamlı dermatoz görülme oranları karşılaştırıldığında; 0-2 ve 3-6 yaş gruplarında hiç görülmezken, 7-12 yaş grubunda %1,4, 13-18 yaş grubunda %5,9 oranlarında görüldü ve yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p=0,003).

Yaş grupları arasında hipersensitivite reaksiyonları görülme oranları karşılaştırıldığında; 0-2 yaş grubunda %6,7, 3-6 yaş grubunda %17, 7-12 yaş grubunda %19,3 ve 13-18 yaş grubunda %12,5 görüldü ve yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p=0,03).

Yaş grupları arasında vaskülit görülme oranları karşılaştırıldığında; 0-2 yaş grubunda %1,9, 3-6 yaş grubunda %5, 7-12 yaş grubunda %3,4 ve 13-18 yaş grubunda

ise hiç görülmedi ve yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p=0,041).

Yaş grupları arasında dermatitler, deri ekleri hastalıkları, tırnak hastalıkları, fiziksel ajanlara bağlı dermatozlar, ilaç ilişkili döküntüler ve enfeksiyonlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu (p>0,05).

Yaş grupları arasında topikal tedavi uygulanma oranı 0-2 yaş grubunda %56,8, 3-6 yaş grubunda %32,9, 7-12 yaş grubunda %30,6 ve 13-18 yaş grubunda %36 idi ve yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı (p=0,001).

Yaş grupları arasında topikal ve sistemik tedavi uygulanma oranı 0-2 yaş grubunda %28,4, 3-6 yaş grubunda %44,3, 7-12 yaş grubunda %56,5 ve 13-18 yaş grubunda %46,5 idi ve yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı (p=0,001). Yaş gruplarına göre sistemik tedavi uygulanma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu (p>0,05).

Yaş gruplarına göre kesin tanı ve tedavi sınıflarının karşılaştırılması Tablo 18'de gösterilmektedir.

Tablo 18: Yaş gruplarına göre kesin tanı ve tedavi sınıfının karşılaştırılması

		0-2 yıl (n=105)	3-6 yıl (n=100)	7-12 yıl (n=145)	13-18 yıl (n=136)	p değeri
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Kesin tanı	Eritemli skuamli dermatozlar	0 (%0)	0 (%0)	2 (%1,4)	8 (%5,9)	¹ 0,003*
	Fiziksel ajanlara bağlı dermatozlar	1 (%1)	3 (%3)	1 (%0,7)	5 (%3,7)	¹ 0,246
	Dermatitler	17 (%16,2)	8 (%8)	12 (%8,3)	14 (%10,3)	² 0,168
	Deri ekleri hastalıkları	1 (%1)	0 (%0)	1 (%0,7)	5 (%3,7)	¹ 0,100
	Tırnak hastalıkları	1 (%1)	3 (%3)	0 (%0)	4 (%2,9)	¹ 0,087
	Hipersensitivite reaksiyonları	7 (%6,7)	17 (%17)	28 (%19,3)	17 (%12,5)	² 0,030*
	Vaskülitler	2 (%1,9)	5 (%5)	5 (%3,4)	0 (%0)	¹ 0,041*
	Bakteriyel enfeksiyonlar	13 (%12,4)	8 (%8)	15 (%10,3)	5 (%3,7)	² 0,078
	Viral enfeksiyonlar	17 (%16,2)	22 (%22)	28 (%19,3)	24 (%17,6)	² 0,733
	Paraziter enfeksiyonlar	19 (%18,1)	12 (%12)	19 (%13,1)	19 (%14)	² 0,603
	Fungal enfeksiyonlar	9 (%8,6)	5 (%5)	6 (%4,1)	5 (%3,7)	² 0,330
	İlaç ilişkili döküntüler	2 (%1,9)	6 (%6)	7 (%4,8)	11 (%8,1)	² 0,200
	Diğer	2 (%1,9)	1 (%1)	6 (%4,1)	3 (%2,2)	¹ 0,492
Tedavi sınıfı	Topikal	50 (%56,8)	23 (%32,9)	33 (%30,6)	41 (%36)	¹ 0,001*
	Sistemik	13 (%14,8)	16 (%22,9)	14 (%13)	20 (%17,5)	
	Topikal ve sistemik	25 (%28,4)	31 (%44,3)	61 (%56,5)	53 (%46,5)	

¹Fisher Freeman Halton Exact test

²Ki-kare test

*p<0,05

Kız hastalarda bakteriyel enfeksiyonların görülme oranı (%12,4) erkek hastalardan (%4,8) anlamlı şekilde yüksekti ($p=0,004$). Cinsiyetler arasında bakteriyel enfeksiyonlar dışındaki kesin tanıların görülme oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ($p>0,05$).

Cinsiyetler arasında tedavi sınıfı oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ($p>0,05$) (Tablo 19).

Tablo 19: Cinsiyete göre kesin tanı ve tedavi sınıfının karşılaştırılması

		Kız (n=234)	Erkek (n=252)	p değeri
		n (%)	n (%)	
Kesin tanı	Eritemli skuamli dermatozlar	5 (%2,1)	5 (%2)	¹ 1,000
	Fiziksel ajanlara bağlı dermatozlar	6 (%2,6)	4 (%1,6)	¹ 0,532
	Dermatitler	28 (%12)	23 (%9,1)	² 0,308
	Deri ekleri hastalıkları	3 (%1,3)	4 (%1,6)	¹ 1,000
	Tırnak hastalıkları	2 (%0,9)	6 (%2,4)	¹ 0,288
	Hipersensitivite reaksiyonları	30 (%12,8)	39 (%15,5)	² 0,402
	Vaskülitler	5 (%2,1)	7 (%2,8)	³ 0,871
	Bakteriyel enfeksiyonlar	29 (%12,4)	12 (%4,8)	³ 0,004*
	Virale enfeksiyonlar	38 (%16,2)	53 (%21)	² 0,176
	Paraziter enfeksiyonlar	36 (%15,4)	33 (%13,1)	² 0,470
	Fungal enfeksiyonlar	11 (%4,7)	14 (%5,6)	³ 0,825
	İlaç ilişkili döküntüler	14 (%6)	12 (%4,8)	³ 0,692
	Diğer	5 (%2,1)	7 (%2,8)	³ 0,871
	Tedavi sınıfı	Topikal	76 (%40,4)	71 (%37)
Sistemik		30 (%16)	33 (%17,2)	
Topikal ve sistemik		82 (%43,6)	88 (%45,8)	

¹Fisher's Exact test

²Ki-kare test

³Continuity (yates) düzeltmesi

Hastaların 9'una (%1,9) yatış verilmişti. Yatış verilen 9 hastanın üçü tinea capitis, ikisi ilaç ilişkili döküntü, ikisi selülit, biri vaskülit, biri SHDS, biri enfektif dermatit, biri atopik dermatit ve biri de bullöz impetigo kesin tanıları almıştı.

Hastaların 10'u (%2,1) aynı endikasyon, 3'ü (%0,6) farklı zaman ve endikasyon sebebiyle tekrarlayan başvuru yapmıştı.

Hastaların 38'inden (%7,8) tetkik istemi yapıldı. En sık tetkik istenen kesin tanıları enfeksiyonlar, vaskülitler ve ilaç ilişkili döküntüler idi.

Hastaların 7'sinde (%1,4) ek hastalık vardı.

Hastaların 70'i (%14,4) polikliniğe yönlendirilmişti.

Hastaların 21'ine (%4,3) biyopsi yapıldı. En sık biyopsi istenen kesin tanıları vaskülitler ve makülopapüler ilaç erüpsiyonları idi.

Hastaların yatış verilme, tekrarlayan başvuru, tetkik istemi, ek hastalık, polikliniğe yönlendirilme ve biyopsi alınma durumu Tablo 20'de gösterilmiştir.

Tablo 20: Diğer parametrelere ilişkin dağılımlar

		n	%
Yatış verilen	Hayır	477	98,1
	Evet	9	1,9
Tekrarlayan başvuru	Hayır	473	97,3
	Aynı endikasyon	10	2,1
	Farklı endikasyon	3	0,6
Tetkik istemi	Hayır	448	92,2
	Evet	38	7,8
Ek hastalık	Hayır	479	98,6
	Evet	7	1,4
Polikliniğe yönlendirilen	Hayır	416	85,6
	Evet	70	14,4
Biyopsi	Hayır	465	95,7
	Evet	21	4,3

Tetkik istenen hastaların kesin tanısının eritemli skuamlı dermatoz olma oranı %10,5 iken tetkik istenmeyenlerin %1,3 idi ve iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0,005$).

Tetkik istenen hastaların kesin tanısının vaskülit olma oranı %26,3 iken tetkik istenmeyenlerin %0,4 idi ve iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0,001$).

Tetkik istenen hastaların kesin tanısının fiziksel ajanlara bağlı dermatoz olma oranı %7,9 iken tetkik istenmeyenlerin %1,6 idi ve iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0,036$).

Tetkik istenen hastaların kesin tanısının ilaç ilişkili döküntü olma oranı %23,7 iken tetkik istenmeyenlerin %3,8 idi ve iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0,001).

Tetkik istenen hastaların kesin tanısının diğer tanıları olma oranı %13,2 iken tetkik istenmeyenlerin %1,6 idi ve iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0,001). Tetkik istemine göre kesin tanı dağılımı Tablo 21’de gösterilmektedir.

Tablo 21: Tetkik istemine göre kesin tanı dağılımı

	Tetkik istenmeyen	Tetkik istenen	p değeri
	(n=448)	(n=38)	
	n (%)	n (%)	
Eritemli skuamlı dermatozlar	6 (%1,3)	4 (%10,5)	0,005*
Fiziksel ajanlara bağlı dermatozlar	7 (%1,6)	3 (%7,9)	0,036*
Dermatitler	50 (%11,2)	1 (%2,6)	0,162
Deri ekleri hastalıkları	7 (%1,6)	0 (%0)	1,000
Tırnak hastalıkları	8 (%1,8)	0 (%0)	1,000
Hipersensitivite reaksiyonları	65 (%14,5)	4 (%10,5)	0,633
Vaskülitler	2 (%0,4)	10 (%26,3)	0,001*
Bakteriyel enfeksiyonlar	37 (%8,3)	4 (%10,5)	0,549
Viral enfeksiyonlar	82 (%18,3)	9 (%23,7)	+0,549
Paraziter enfeksiyonlar	67 (%15)	2 (%5,3)	+0,161
Fungal enfeksiyonlar	24 (%5,4)	1 (%2,6)	0,710
İlaç ilişkili döküntüler	17 (%3,8)	9 (%23,7)	0,001*
Diğer	7 (%1,6)	5 (%13,2)	0,001*

Fisher’s Exact test

+Continuity (yates) düzeltmesi

*p<0,05

Toplam 21 hastadan tanı amaçlı deri biyopsisi istenmişti. Biyopsi istenen hastaların kesin tanısının eritemli skuamlı dermatoz olma oranı %14,3 iken biyopsi istenmeyenlerin %1,5 idi ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0,007).

Biyopsi istenen hastaların kesin tanısının vaskülit olma oranı %23,8 iken biyopsi istenmeyenlerin %1,5 idi ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0,001).

Biyopsi istenen hastaların kesin tanısının ilaç ilişkili döküntü olma oranı %47,6 iken biyopsi istenmeyenlerin %3,4 idi ve istatistiksel olarak bu fark anlamlıydı (p=0,001).

Biyopsi istenen hastaların kesin tanısının diğer tanıları olma oranı %14,3 iken biyopsi istenmeyenlerin %1,9 idi ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0,012).

Biyopsi alınan hastaların tanı sınıfları Tablo 22’de gösterilmektedir.

Tablo 22: Biyopsiye göre kesin tanı sınıflarının karşılaştırılması

Tanı sınıfı	Biyopsi istenmeyen (n=465)	Biyopsi istenen (n=21)	p değeri
	n (%)	n (%)	
Eritemli skuamlı dermatozlar	7 (%1,5)	3 (%14,3)	0,007*
Fiziksel ajanlara bağlı dermatozlar	8 (%1,7)	2 (%9,5)	0,065
Dermatitler	50 (%10,8)	1 (%4,8)	0,713
Deri ekleri hastalıkları	7 (%1,5)	0 (%0)	1,000
Tırnak hastalıkları	8 (%1,7)	0 (%0)	1,000
Hipersensitivite reaksiyonları	66 (%14,2)	3 (%14,3)	1,000
Vaskülitler	7 (%1,5)	5 (%23,8)	0,001*
Bakteriyel enfeksiyonlar	41 (%8,8)	0 (%0)	0,242
Viral enfeksiyonlar	88 (%18,9)	3 (%14,3)	0,778
Paraziter enfeksiyonlar	68 (%14,6)	1 (%4,8)	0,337
Fungal enfeksiyonlar	25 (%5,4)	0 (%0)	0,617
İlaç ilişkili döküntüler	16 (%3,4)	10 (%47,6)	0,001*
Diğer	9 (%1,9)	3 (%14,3)	0,012*

Fisher’s Exact test

*p<0,05

5. TARTIŞMA

Dermatolojik aciller nadir görülmekle birlikte yüksek morbidite ve mortaliteye neden olabilen ve hastaneye yatış hatta bazen yoğun bakım servisinde takip gerektiren durumlardır. Literatürdeki pediatrik hasta grubunda yapılan dermatolojik konsültasyonlar ile ilgili çalışmaların çoğu tüm pediatri bölümlerinden istenen dermatoloji konsültasyonlarını (poliklinikler, yataklı servisler ve acil servis de dahil) içermektedir. Pediatrik acil servise dermatolojik şikayetlerle başvuran hastalarla ilgili çalışmalar ise dermatoloji konsültasyonunu kapsamamaktadır. Mevcut literatür incelendiğinde pediatrik acil servisten dermatoloji kliniğine yapılan konsültasyonları değerlendiren çok az sayıda çalışma olduğu görülmüştür. Bu çalışmada da pediatrik acil servisten istenen dermatoloji konsültasyonları ayrıntılı olarak incelenerek hem pediatrik hem dermatologlara günlük klinik pratikte faydalı olabilecek bilgilerin toplanması amaçlanmıştır.

Dermatoloji kliniğinden en sık konsültasyon isteyen bölümlerden biri pediatri kliniğidir. Literatürde dermatoloji konsültasyonlarını değerlendiren çalışmalara bakıldığında en sık konsültasyon isteyen bölümler arasında pediatri kliniği ilk 4 sırada yer almaktadır [2, 3, 11, 79]. Sadece pediatri kliniğinden istenen dermatoloji konsültasyonlarını değerlendiren çalışmalara bakıldığında ise; pediatrik acil servis konsültasyonlarının yataklı servis ve genel poliklinik konsültasyonlarına oranla daha az sayıda olduğu görülmüştür [4, 80, 81].

Pediatrik acil servise dermatolojik şikayetlerle başvuran hastaların pediatrik acil servise başvuran tüm hastalara oranı ülkeler arası farklılık göstermektedir. Collier ve ark.larının Amerika Birleşik Devletleri'nde yaptığı 7 yıllık bir kesitsel çalışmada bu oran %6,44 olarak bulunurken, Tayland'da Techasatian ve ark.larının yaptığı 4 yıllık bir çalışmada %4,18, Kramkimel ve ark.larının Fransa'da yaptığı 1 yıllık çalışmada ise %9,2 olarak bulunmuştur [82-84]. Ülkemizde Güzel ve ark.larının Edirne'de yaptığı 5 yıllık bir çalışmada bu oran %1,36 olarak bulunmuştur [85]. Çalışmalar arasındaki bu farklılık ülkelerdeki branş hizmetlerine erişimin farklı olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2023 verilerine göre çocuk nüfusun %51,3'ünü erkek çocuklar, %48,7'sini kız çocuklar oluşturmaktadır [86]. Bu çalışmadaki hastaların cinsiyet dağılımına bakıldığında 234'ü (%48,1) kadın, 252'sinin (%51,9)

erkek olduğu görüldü. Moon ve ark.larının pediatrik acil servisten dermatoloji kliniğine konsülte edilen 347 hastayla yaptıkları çalışmada hastaların %47'si kadın, %53'ü erkek hastadan oluşmaktaydı [5]. Cruz-Manzano ve ark.larının yaptığı pediatri yataklı servisi ve acil servisinden konsülte edilen hastalarla ilgili yaptıkları bir çalışmada ise hastaların 250'si (%51,5) erkek, 235'i (%48,4) kadındı [81]. Bu çalışmada saptanan cinsiyet dağılımına ait sonuçlar pediatrik acil servisten dermatoloji kliniğine konsülte edilen hastaların cinsiyet dağılımının homojen olduğunu göstermekte ve literatür bilgisini desteklemektedir.

Bu çalışmada hastaların çoğunun okul çağı (%29,8) ve adolesan dönemdekilerden (%28) oluştuğu görüldü. Moon ve ark.larının pediatrik acil servisten dermatoloji kliniğine konsülte edilen hastalarla ilgili yaptıkları çalışmada hastaların yaş gruplarının dağılımı 0-2 yaş %31,3, 3-5 yaş %23,6, 6-13 yaş %30,5 ve 14-18 yaş %14,6 idi [5]. Mevcut çalışmaya göre konsülte edilen süt çocukluğu dönemindeki hastalar bu çalışmaya göre belirgin daha fazla idi ve okul çağı dönemi hasta oranı ise benzerdi. Cruz-Manzano ve ark.larının pediatri kliniğinden dermatolojiye danışılan hastalarla ilgili yaptıkları çalışmada bu çalışmaya benzer şekilde en sık yaş grubu adolesan dönem (%29) ve okul çağı dönemi (%21) idi [81]. Yavuz ve ark.larının pediatri kliniğinden dermatolojiye danışılan hastalarla ilgili yaptıkları çalışmada konsültasyon istenen hastaların çoğunluğu süt çocukluğu (%30,1) ve okul çağı dönemi (%29,4) çocuklardı [1]. Techasatian ve ark.larının dermatolojik şikayetlerle pediatrik acil servise başvuran 1701 hastayı inceledikleri çalışmalarında hastaların çoğu bu çalışmadan farklı olarak okul öncesi yaş grubundaydı (%38,2) ve bunu adolesanlar (%25,2), okul çağındakiler (%24,2) ve süt çocukluğu dönemi (%12,4) takip ediyordu [84].

Bu çalışmada hastaların yaşları 0 gün ile 214 ay arasında değişmekte olup yaş ortalaması yaklaşık 8 yıldır. Daye ve ark.larının bir yıllık retrospektif çalışmasında pediatri kliniğinden dermatolojiye konsülte edilen tüm hastaların ortalama yaşı yaklaşık 7,5 yıldır ve bu çalışma ile benzerdi [4]. Sathishkumar ve ark.larının pediatrik acil servise dermatolojik şikayetlerle başvuran 203 hasta ile yaptığı bir çalışmada ise ortalama yaş yaklaşık 5 yıldır [87].

Bu çalışmada mevcut literatür verilerinden farklı olarak hastalar triyaj kodlarına göre de sınıflandırıldı. Buna göre en sık konsültasyon istenen alanların sarı (%48,4) ve kırmızı (%46,7) alan olduğu görüldü. Bu sonuca dayanarak pediatrik acil

servislerde öncelikli olan hastaların diğer ana branşlara daha sık konsülte edildiği sonucuna varılabilir. Bu da hekimlerin öncelikli hasta grubuna yeterli titizliği gösterdiğinin önemli bir göstergesidir.

Bu çalışmanın önceki çalışmalardan farklı olan önemli bir diğer bulgusu ise konsültasyonların mesai saatlerinde veya mesai dışında istenip istenmediğinin değerlendirilmesiydi. Buna göre hastaların, %80,9'unun mesai saatleri dışında danışıldığı tespit edildi. Bu sonuç konsültasyon yanıtlama süresinin neden daha uzun olduğunun önemli bir sebebidir. Mesai dışında sadece nöbetçi doktorun kalması ve yatan hastalarla da ilgilenmek zorunda olması nedeniyle, konsültasyonların hızlı bir şekilde yanıtlanması mümkün olamamaktadır. Buradan yola çıkarak pediatri uzmanlarıyla iletişime geçilerek konsültasyon istenecek olan hastaların mümkün olduğunca mesai saatleri içerisinde dermatologlara danışılması önem arz etmektedir. Böyle bir iş birliği hastalara sunulacak olan hizmetin kalitesinin artmasına yardımcı olacaktır.

Konsültasyon yanıtlama süresinin ortalaması yaklaşık 50 dakikaydı ve medyan süre 29 dakikaydı. Konsültasyon yanıtlama süresi olguların %53,5'inde 0-30 dakika arasında iken %27'sinde 31-60 dakika arasında, %13'ünde 61-120 dakika arasında ve %6,5'inde 120 dakikadan uzundu. Ruzza ve ark.larının erişkin acil ve pediatrik acil servisi hastalarını birlikte inceledikleri 2,222 kişilik çalışmada konsültasyonların çoğu 30 dakika (%52,3) veya 15 dakika (%40,1) içinde yanıtlanırken vakaların %5,5'inde bu 30 dakikadan uzun sürmüştü [88]. Bu çalışmada saptanan konsültasyon yanıtlama sürelerinin diğer çalışmalara göre uzun olmasının en önemli nedeni sağlık sisteminin getirdiği aşırı yoğunluk ve doktor sayısının azlığı olarak gösterilebilir. Bu koşullara aşırı yoğunluk yanı sıra fiziksel koşullardaki yetersizlik, hekimler arası sağlıklı iletişimin kurulabilmesi için yeterli teknik koşulların sağlanamaması da eklenebilir. Bazı gelişmiş ülkelerde pediatrik acil servisi içerisinde pediatrik dermatoloji polikliniği yer almakta ve konsültasyonların hızlı ve etkin bir şekilde değerlendirilmesini sağlayabilmektedir. Ülkemizde de benzer bir çözüm metodu çocuk hastaların acil servislerde uzun süre bekletilmemeleri adına önerilebilir.

2020 yılında tüm dünyayı etkisi altına alan COVID-19 pandemisi ile birlikte doğal olarak hem poliklinik hem acil servis başvurularında önemli bir azalma görülmüştür. Bu çalışmada da 2020 ve 2021 yıllarında önceki ve sonraki yıllara oranla konsültasyon sayılarında önemli azalmalar saptanmıştır.

Bu çalışmada hastaların son 5 yıllık dermatoloji konsültasyon başvuruları incelenmiştir. Buna göre dikkat çekici olarak, bu sürenin 4 yılında başvuru yoğunluğunun haziran ve temmuz aylarında daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Moon ve ark.larının yaptığı çalışmada da konsültasyonların en sık ilkbahar (35 hasta/ay) ve yaz aylarında (31,3 hasta/ay) istendiği görülmektedir [5]. Öte yandan Baquero-Sánchez ve ark.larının yaptığı 3,5 yıllık bir çalışmada pediatrik acil servisten dermatoloji kliniğine en sık ekim (24,3 hasta), nisan (24 hasta) ve mayıs (24 hasta) aylarında hasta konsülte edildiği bildirilmiştir [89]. Sun ve ark.larının çalışmasında ise pediatrik acil servisten hastalar en sık sonbahar (107,6 hasta/ay) ve kış (114,6 hasta/ay) aylarında dermatolojiye danışılmıştır [90]. Literatürde pediatrik acil servise başvuru sayısının hava koşullarına göre değişim gösterip göstermediği hakkında farklı görüşler bulunmaktadır. Lee ve ark.larının Kore’de yaptığı 10 yıllık çalışmada pediatrik acil servise başvuran hasta sayısının yağmurlu/karlı günlerde azaldığı saptanmıştır [91]. Ou ve ark.larının Avustralya’da yaptığı 12 aylık çalışmada acil servise başvuru sayısının yıl içindeki değişimine bakılmış ve başvuruların hafta sonları ile resmi tatillerde arttığı ve yaz aylarında en yüksek başvuru sayısına ulaşıldığı tespit edilmiştir [92]. Bu çalışmada da öncekilere benzer şekilde yaz aylarında başvurunun yüksek olmasının nedeni iyi hava koşulları ve okulların tatil olması olabilir.

Bu çalışmada en sık görülen ön tanı skabiyez (%8,6) iken herpes zoster (%3,7) ikinci sıklıktaydı. Benzer şekilde Sun ve ark.larının çalışmasında da en sık ön tanı skabiyez (%15,5) olarak belirtilirken, atopik dermatit (%11,5) ve sınıflandırılmayan dermatit (%10,3) bunu takip eden diğer en sık ön tanı olarak bildirilmiştir. Bu verilerin aksine Güzel ve ark.larının yaptığı çalışmada en sık ön tanıları pitriyazis rosea (%17,5), ilaç erüpsiyonu (%17,5), viral egzantem (%8,7), atopik dermatit (%8,7) ve böcek ısırığı (%8,7) olarak bildirilmiştir [85].

Bu çalışmada 349 hasta (%71,8) için herhangi bir ön tanı belirtilmemiştir. Oğrum’un Tokat’ta 500 hasta ile yaptığı çalışmada ise hastaların 297’sinde (%59,4) konsültasyon istemi sırasında ön tanı belirtilmediği gözlemlendi [93]. Sun ve ark.larının çalışmasında ön tanısı olmayan hasta oranı %50,5 iken Cruz-Manzano ve ark.larının çalışmasında ise bu oran %48,6 idi [81, 90]. Moon ve ark.larının çalışmasında ön tanı belirtilmemiş hasta oranı %8,3 ile literatürdeki en düşük orandı [5]. Literatürde yapılmış olan tüm çalışmalar incelendiğinde ön tanı analizinin çok az sayıda çalışmada bildirilmiş olması nedeniyle bu konuda bir genelleme yapmak zorlaşmaktadır. Bundan

sonraki çalışmalarda bu verilerin ayrıntılı analizlerinin yer alması, bu konuya netlik kazandıracaktır.

Bu çalışmada en sık görülen kesin tanı skabiyez ve viral enfeksiyonlar olarak saptandı. Bu sonuca benzer şekilde Alba-Rojas ve ark.larının pediatrik acil servisten dermatolojiye konsülte edilen hastalarla ilgili çalışmasında en sık kesin tanı %22 ile viral enfeksiyonlar idi [94]. Moon ve ark.larının 347 kişilik çalışmasında ve Sun ve ark.larının çalışmalarında sırasıyla kesin tanı enfeksiyöz hastalıklar (%39,2) ve skabiyez (%11,7) en sık olarak belirtilmiştir [5, 90].

Bu çalışmada kesin tanı konulamayan hasta oranı yalnızca %24,3 olarak saptanmıştır. Literatürde %5-30 arasında değişen oranlarda kesin tanısı konulamayan konsültasyon hastalarının varlığı bildirilmiştir [5, 81]. Kesin tanı oranlarının %100'e ulaşamamasının nedenleri arasında dermatoloji uzmanına ulaşılmasında sistem kaynaklı güçlükler olması, hastaların doğru ön tanımlarla doğru zamanda danışılmaması ve pediatrik ile dermatologlar arasında iş birliği ve iletişim eksikliğinin olması sayılabilir.

Literatüre bakıldığında Alba-Rojas ve ark.ları ön tanı ve kesin tanı arasındaki tanı uyumunu bu çalışmaya benzer şekilde %62,7 olarak bildirmişlerdir [94]. Auvin ve ark.larının Fransa'dan bildirdikleri 5 aylık bir prospektif çalışmada da bu oran %58 olarak bulunmuştur [95]. Dolan ve ark.ları ile Daye ve ark.ları sırasıyla %66 ve %57,3'lük tanı uyumluluk oranları belirtmişlerdir [4, 96]. Sun ve ark.larının 504 hasta ile yaptıkları çalışmada ön tanı ve kesin tanı uyum oranı yalnızca %29 olarak belirtilmiştir [90]. Bu çalışmaya dahil edilen hastaların ön tanı ve kesin tanı uyumluluk oranı değerlendirildiğinde %64,23 gibi bir oran belirlendi. Ön tanı pediatrikler tarafından belirlendiği ve kesin tanı dermatologlar tarafından belirlendiği için elde edilen bu oran istenilen düzeyde değildir. Bu da hekimler arasındaki iş birliğinin hastaya doğru hizmet sunulması açısından ne kadar önemli olduğunu göstermektedir.

Dermatologlar açısından primer ve sekonder deri lezyonlarının tanısı ve tedavi yaklaşımlarında oldukça önemlidir. Bu çalışmada pediatriklerin 133 (%27,4) hastada herhangi bir lezyon varlığından bahsetmediği görülürken, 201 (%41,4) hasta için sadece "döküntü/lezyon" tabiri kullanılmıştır. Geriye kalan 152 (%31,2) hastada pediatrikler tarafından tanımlanan en sık lezyon tanımlamaları vezikül (%9,1), kurut (%6,2), papül (%5,8) ve makül (%4,7) idi.

Dermatologların konsültasyon notları incelendiğinde 269 hastada (%55,4) yani hastaların yarısından fazlasında herhangi bir lezyon varlığından bahsedilmediği görülürken, 25 hastada (%5,1) ise sadece “döküntü/lezyon” tabirini kullandıkları görüldü. Hastaların sadece %39,5’inde dermatologlar tarafından primer ve sekonder lezyon tanımlanması içeren ayrıntılı dermatolojik muayene bulguları varlığı saptandı. Bu çalışmanın aksine Daye ve ark.larının çalışmasında elementer lezyon tarifinin konsültasyonların sadece %18’inde yapıldığı bildirilmiştir [4]. Hastalara ayrıntılı dermatolojik muayene notunun konulmamasının en önemli nedenleri hekimlerin yaşadığı hasta yoğunluğu ve buna bağlı zaman kısıtlılığı olabilir.

Pediatristlerin ilk muayene bulgularını ayrıntılı şekilde belirttikleri 152 hasta için tanımlanan toplam 183 lezyondan yalnızca 92’si (%50,3) dermatologların belirttiği son muayene bulgusu ile uyumlu olarak saptandı. Daye ve ark.larının çalışmasında da benzer şekilde pediatristler ile dermatologların lezyon tarifi uyumu %52,2 idi [4]. Buradan yola çıkarak dermatolojinin en temel değerlendirme yöntemi olan spesifik elementer lezyon tarifinin pediatristlerin neredeyse yarısı tarafından doğru olarak yapılmadığı söylenebilir. Bunu önlemek amacıyla uzmanlık eğitimi sırasında pediatristlerin daha uzun sürelerle dermatoloji rotasyonuna gönderilmeleri önerilebilir.

Bu çalışmada pediatri den konsülte edilen hastaların en sık şikayetleri kaşıntı (%28,8) ve kızarıklık (%20,8) olarak belirlendi. Benzer şekilde Yavuz ve ark.larının yaptığı 8 aylık çalışmasında en sık şikayetlerin kızarıklık (%56,8) ve kaşıntı (%12,2) olduğu bildirilmiştir [1]. Güzel ve ark.larının çalışmasında ise en sık şikayetler döküntü (%73,3) ve kızarıklık (%16,3) olarak belirtilmiştir [85]. Burada saptanan en sık şikayetlerin literatür ile benzer olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada hastaların %21,8’ine tedavi uygulanmamışken %30,2’sine sadece topikal, %13’üne sadece sistemik tedavi ve %35’ine hem topikal hem sistemik tedavi uygulanmıştı. Yatan ve ayaktan hastaların konsültasyonlarının dahil olduğu Daye ve ark.larının çalışmasındaki hastaların %36,9’una sadece topikal, %4,9’una sadece sistemik ve %50,8’ine hem topikal hem sistemik tedavi verilmişti. Tedavilerde topikal ajanlar içinde en sık emolyenler, sistemik ajanlar içinse antihistaminikler tercih edilmişti [4]. Bu çalışmada en sık reçete edilen sistemik ajan Daye ve ark.larınıninkine benzer şekilde antihistaminikler iken en sık reçete edilen topikal ajan ise antibiyotiklerdi.

Öktem ve ark.larının dermatolojiye konsülte edilen yatan pediatrik hastalarla ilgili yaptıkları çalışmada hastaların %47,9'una topikal tedavi, hastaların %9'una sistemik tedavi ve %22'sine topikal ve sistemik tedavi birlikte verilmişti. Hastaların %19,7'sine tedavi verilmeyip takip ve önerilerde bulunulmuştu [97]. Afşar'ın yatan hastalardan (acil servis dahil) istenen dermatoloji konsültasyonları ile ilgili çalışmasında ise hastaların %50,8'ine topikal tedavi, %5,8'ine sistemik tedavi ve %31'ine topikal ve sistemik tedavi birlikte verilmiş iken %11,1'ine ise hiçbir tedavi verilmemişti [80]. Önceki çalışmalara benzer şekilde bu çalışmada da en çok tercih edilen tedavi topikal tedavilerdi.

Pediatriğin tüm servis ve polikliniklerinin dahil edildiği çoğunluğunu ayaktan hastaların oluşturduğu Yavuz ve ark.larının çalışmasında yaş gruplarına göre en sık kesin tanıları 0-2 yaş için sınıflandırılmayan dermatit (%22,5) ve skabiyez (%12,4), 3-5 yaş için böcek ısırığı (%14,3), sınıflandırılmayan dermatit (%8,9) ve tinea capitis (%8,9), 6-11 yaş için sınıflandırılmayan dermatit (%13,8) ve skabiyez (%13,8), 12-18 yaş için sınıflandırılmayan dermatit (%15,6) ve skabiyez (%12,5) olarak bulunmuştu [1].

Viral enfeksiyonlar bu çalışmada 3-6 yaş, 7-12 yaş ve 13-18 yaş grubundaki hastalarda en sık saptanan kesin tanı iken Yavuz ve ark.larınıninkinde çok daha az miktarda hasta sayısına rastlanılmıştı. Yavuz ve ark.ları dışında farklı yaş gruplarına ait spesifik tanı sınıflaması yapan ilk çalışma bu çalışmadır. İkisinin bulguları karşılaştırıldığında, anlamlı bir farklılık ya da benzerlik saptanamamıştır. Yaş grubuna göre tanı sınıflamasına ait kesin bir yargıya varmak için daha fazla sayıda hasta grubu içeren prospektif çalışmalara ihtiyaç uyulmaktadır.

Peñate ve ark.larının 14 yaş altı yatan hastalarla ilgili yaptığı çalışmada ICD-9 tanı kodları kullanılmıştı ve hastaların yaş gruplarına göre en sık tanıları 0-1,5 yaş arası atopik dermatit (%25,3) ve eritematöz inflamatuvar durumlar (%12,7), 1,5-6 yaş arası atopik dermatit (%12,9) ve ilaç reaksiyonları (%9), 7-14 yaş arası atopik dermatit (%18,5) ve eritematöz inflamatuvar durumlar (%5,7) idi [98]. Bu çalışmada atopik dermatit görülme oranı %2,9 idi. Yaş grupları arasında en sık 0-2 yaş, ikinci sıklıkta 3-6 yaş grubu atopik dermatit kesin tanısı almıştı. Peñate ve ark.larının çalışmasına benzer şekilde bu çalışmada da atopik dermatit en sık 0-2 yaş grubunda görülmüştür.

Bu çalışmada hastaların %1,9'una yatış verilmişti. Yatış verilen 9 hastanın üçü tinea capitis (%33,3), ikisi selülit (%22,2), biri SHDS (%11,1), biri enfektif dermatit

(%11,1), biri atopik dermatit (%11,1) ve biri de büllöz impetigo (%11,1) kesin tanılarını almıştı. Alba-Rojas ve ark.larının 185 hasta ile yaptığı benzer bir çalışmada yatış verilen hasta oranı %5,4'tü ve yatış verilen 10 hastanın tanı dağılımı 6'sı enfeksiyon (3 adet bakteriyel, 1 adet viral, 1 adet fungal ve 1 adet mikobakteriyel), 2'si ilaç ilişkili döküntü, 1'i eritema nodosum, 1'i böcek ısırığına bağlı bacak ödemi şeklinde idi [94]. Bu çalışmanın ve geçmişte yapılan çalışmaların sonuçları birlikte değerlendirildiğinde pediatrik acil servisten konsülte edilen hastaların yatış nedeninin en sık enfeksiyöz nedenler olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada aynı hastanın dermatolojiye tekrarlayan konsültasyon oranı %2,1'di. Bu hastalardaki kesin tanıları en sık skabiyez, ürtiker ve selülit idi. Diğer konsülte edilen hastaların tekrar pediatrik acil servise benzer şikayetlerle başvurma bilgileri çalışmaya dahil değildi. Ancak Sun ve ark.larının çalışmasına göre, hastaların %3,8'inin bir ay içinde benzer şikayetlerle tekrar pediatrik acil servise başvurup dermatolog tarafından yeniden muayene edilmişti. Bu hastalardaki en sık tanıları ise sınıflandırılmayan dermatit, skabiyez ve atopik dermatiti [90]. Skabiyezin tedaviye dirençli olabilmesi, ürtiker ve atopik dermatitin ise genellikle kronik seyirli ve kaşıntı gibi şikayetlerle yaşam kalitesini bozan kronik hastalıklar olması nedeniyle, hastaların pediatrik acil servise veya dermatoloji polikliniklerine tekrarlayan başvurularının en sık nedeni olması şaşırtıcı değildir.

Bu çalışmada hastaların %7,8'inden tetkik istemi yapılmıştı. En sık tetkik istenen kesin tanıları enfeksiyonlar, vaskülitler ve ilaç ilişkili döküntüler olarak belirlendi. Alba-Rojas ve ark.larının 185 hastayı dahil ettikleri çalışmada 11 hastadan (%5,9) kan tetkiki istenmişti [94]. Afşar'ın 539 yatan hasta ile yapılan çalışmada tetkik istemi oranı %4,1 idi [80]. Çalışma bulguları ve literatür bilgisi, pediatrik acil servisten dermatoloji branşına konsülte edilen hastalarda tanı ve tedavi için tetkik ihtiyacının az olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmadaki 486 hastanın 21'ine (%4,3) biyopsi yapılmıştı. En sık biyopsi istenen kesin tanıları vaskülitler ve makülopapüler ilaç erüpsiyonları idi. Moon ve ark.larının çalışmasında hastaların %4,6'sından konsültasyon anında, %0,8'inde takip eden günlerde biyopsi yapılmıştı ve en sık biyopsi istenen kesin tanıları inflamatuvar hastalıklar (ürtikerya multiforme, pitriyazis rosea vs.) ve enfeksiyöz hastalıklar idi [5]. Cruz-Manzano ve ark.larının çalışmasında 485 hastanın 98'ine (%20,2) biyopsi yapılmıştı [81]. Serviste yatan pediatrik hastalarla ilgili yaptıkları çalışmalarda biyopsi

alınan hasta oranı Öktem ve ark.larınınkinde %17,7, Afşar'ınkinde %15,9 olarak bulunmuştu [80, 97]. Serviste yatan hastalarla ilgili yapılan çalışmalarda yapılan biyopsilerin oranı, ayaktan danışılan hastalardan belirgin şekilde yüksekti. Bu çalışmada hastaların çoğunluğu ayaktan başvuru yaptıkları için biyopsi isteme oranları çok yüksek değildi.

Sonuç olarak, pediatrik acil servisten konsülte edilen dermatolojik hastalıkların tüm yaş gruplarında en önemli ve en sık nedenleri hem bu çalışmada hem literatürde viral ve paraziter enfeksiyonlar olarak belirlenmiştir. Dermatitler ve ürtiker-anjiyoödem gibi diğer pediatrik aciller daha nadir gözlemlenmiştir. Konsültasyonlar konusunda birçok branş arasında da olduğu gibi, pediatri ve dermatoloji hekimleri arasında da önemli iletişim eksiklikleri bulunmaktadır. Bunun sonucu olarak hem acil servislerde bekleyiş süreleri uzamakta, hem de hastaların tekrar tekrar başvurmasıyla iş yükü ve maddi yük artmaktadır. Mevcut sistemin bütün klinisyenlerin ortak görüşleri alınarak konsültasyonların veriminin artırılması açısından değiştirilmesi hem hastalar, hem hekimler, hem de ülke ekonomisi açısından faydalı ve olumlu olacaktır.

6. SONUÇLAR

Pediyatrik acil servisten dermatolojiye en sık konsülte edilen hastalıklar skabiyez, böcek ısırığı ve ürtiker-anjiyoödemdi.

Konsülte edilen hastaların çoğu acil müdahale gerektirmiyordu. Önemli dermatolojik acillerden en sık ürtiker – anjiyoödem konsülte edilmişti.

Kırmızı triyajdan en sık hipersensitivite reaksiyonları, viral enfeksiyonlar ve dermatit tanılı hastalar konsülte edilmişti.

Hastaların yaz aylarında konsülte edilme oranı diğer aylara göre yüksekti.

Konsülte edilen hastaların en sık başvuru şikayeti kaşıntı idi.

Tüm yaş gruplarında en sık topikal tedavi verilmişti. 0-2 yaş grubuna en sık sadece topikal tedavi uygulanırken, diğer yaş gruplarında ise en sık topikal ve sistemik tedavi birlikte uygulanmıştı.

Pediyatristler ile dermatologlar arası tanı uyumu oranı %64,23 idi. Bu oranın istenilen düzeyde olmadığı görüldü. Bu bulgular pediatri ve dermatoloji bölümlerinin arasındaki yakın iş birliğinin önemini vurgulamaktadır.

Yatış verilen hastaların çoğu enfeksiyon tanısı almıştı.

Morbidite ve mortalite potansiyeli yüksek olan dahili hastalıklar pediatri hekimlerinin eğitiminde genellikle önemli bir yer kaplamaktadır. Ancak dermatoloji gibi spesifik branşlara ait hastalıkların en sık karşılaşılanlarının pediyatristler tarafından da doğru bir şekilde tanınması ve yönetilebilmesi için tıpta uzmanlık eğitimi müfredatının tekrar gözden geçirilmesi önerilebilir.

Pediyatrik dermatoloji, dermatoloji eğitiminin de önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Hem pediatri hem dermatoloji asistan hekimlerinin bilgi ve deneyim düzeylerini artırabilmek için ortak seminer ve eğitimler düzenlenebilir.

Dermatoloji kliniği içindeki bir poliklinik sadece pediyatrik yaş grubu için ayrılabilir ve asistan hekimlerin bu yaş grubuyla ilgili bilgi ve deneyimi artırılabilir.

7. KAYNAKLAR

1. Yavuz, C. and C. Uğur, *Evaluation of Dermatology Consultations Requested from the Pediatric Clinic*. Genel Tıp Dergisi, 2022. **32**(1): p. 68-71.
2. Peñate, Y., et al., *Dermatologists in hospital wards: an 8-year study of dermatology consultations*. Dermatology, 2009. **219**(3): p. 225-231.
3. Adışen, E., S. Ünal, and M.A. Gürer, *DERMATOLOGY CONSULTATIONS*. Turkderm-Turk Arch Dermatol Venereol, 2006. **40**(4): p. 126-129.
4. Munise, D., et al., *Analysis of consultation cases referred from pediatrics department to dermatology outpatient clinic: retrospective study*. Clinical and Experimental Health Sciences, 2019. **9**(4): p. 300-303.
5. Moon, A.T., L. Castelo-Soccio, and A.C. Yan, *Emergency department utilization of pediatric dermatology (PD) consultations*. Journal of the American Academy of Dermatology, 2016. **74**(6): p. 1173-1177.
6. Landolt, B., et al., *Skin disorders encountered in a Swiss pediatric emergency department*. Swiss medical weekly, 2013. **143**: p. w13731.
7. Aygencel, G., et al., *Bir üniversite hastanesi acil servisindeki iç hastalıkları konsültasyonlarının genel özellikleri*. Fırat Tıp Dergisi, 2012. **17**(4): p. 219-222.
8. Holliman, C.J., *The art of dealing with consultants*. The Journal of emergency medicine, 1993. **11**(5): p. 633-640.
9. *Üçüncü bölüm, Hekimler Arası İlişkiler*. Hekimlik Meslek Etiği Kuralları; Available from: https://www.ttb.org.tr/kutuphane/h_etikkural.pdf
10. Adışen, E., S. Ünal, and M.A. Gürer, *DERMATOLOJİ KONSÜLTASYONLARI*. 2006.
11. Çiçek, D., *Dermatoloji Konsültasyonlarının Değerlendirilmesi*. Fırat Tıp Dergisi, 2007. **12**(3): p. 181-183.
12. Öztürk, A. and M. Gönülal, *Evaluation of dermatology consultations*. Pamukkale Medical Journal, 2021. **14**(3): p. 646-652.
13. Olcay Neyzi, T.E., Feyza Darendeliler *Pediyatri*. Çocuk acil hastaya yaklaşım, ed. M. Karaböcüoğlu. 2020, İstanbul: Nobel tıp kitabevleri. 2441-9.
14. Simon Junior, H., et al., *Pediatric emergency triage systems*. Revista Paulista de Pediatria, 2022. **41**: p. e2021038.
15. *Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği*, in 24046. 11.05.2000, Resmi Gazete.
16. Smaha, K.M., J.D. Prosser, and J.T. Chan, *Toxic Epidermal Necrolysis Secondary to Iodine Versus Methimazole in a Pediatric Patient With Complex Autoimmune Disease*. Cureus, 2024. **16**(4).
17. Ogiji, E.D., et al., *Greater mechanistic understanding of the cutaneous pathogenesis of Stevens–Johnson syndrome/toxic epidermal necrolysis can shed light on novel therapeutic strategies: a comprehensive review*. Current Opinion in Allergy and Clinical Immunology, 2024: p. 10.1097.
18. Abulatan, I.T., et al., *A compilation of drug etiologies of stevens-johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis*. Cureus, 2023. **15**(11).
19. Zhang, X., et al., *Stevens-Johnson Syndrome/Toxic epidermal necrolysis complicated with fulminant type 1 diabetes mellitus: a case report and literature review*. BMC Endocrine Disorders, 2024. **24**(1): p. 172.
20. Harr, T. and L.E. French, *Toxic epidermal necrolysis and Stevens-Johnson syndrome*. Orphanet journal of rare diseases, 2010. **5**: p. 1-11.

21. Hsu, D.Y., et al., *Pediatric Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis in the United States*. Journal of the American Academy of Dermatology, 2017. **76**(5): p. 811-817. e4.
 22. Labib, A. and C. Milroy, *Toxic Epidermal Necrolysis*, in *StatPearls*. 2024, StatPearls Publishing
- Copyright © 2024, StatPearls Publishing LLC.: Treasure Island (FL).
23. Bologna JL, C.L., Schaffer JF, eds, *Dermatology*. 4 ed. Stevens–Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis, ed. P.C. Hötzenecker W, French LE. . Vol. 1. 2018, New York: Elseiver. 338-345.
 24. Oakley, A.M. and K. Krishnamurthy, *Stevens-johnson syndrome*. 2017.
 25. Oen, I., et al., *Epidemiology and costs of patients with toxic epidermal necrolysis: a 27-year retrospective study*. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology, 2015. **29**(12): p. 2444-2450.
 26. Charlton, O.A., et al., *Toxic epidermal necrolysis and Steven–Johnson syndrome: a comprehensive review*. Advances in wound care, 2020. **9**(7): p. 426-439.
 27. Fouchard, N., et al., *SCORTEN: a severity-of-illness score for toxic epidermal necrolysis*. Journal of Investigative Dermatology, 2000. **115**(2): p. 149-153.
 28. Sorrell, J., et al., *Score of toxic epidermal necrosis predicts the outcomes of pediatric epidermal necrolysis*. Pediatric dermatology, 2017. **34**(4): p. 433-437.
 29. Cheng, J., et al., *Toxic epidermal necrolysis caused by phenobarbital: a case report and literature review*. Frontiers in Pharmacology, 2024. **15**: p. 1433506.
 30. Basurto, C., N. Baah-Owusu, and K. Berreth, *Recurrent staphylococcal scalded skin syndrome in a 20-month old—A case report*. Clinical Case Reports, 2023. **11**(8): p. e7805.
 31. Ladhani, S., et al., *Clinical, microbial, and biochemical aspects of the exfoliative toxins causing staphylococcal scalded-skin syndrome*. Clinical microbiology reviews, 1999. **12**(2): p. 224-242.
 32. Handler, M. and R. Schwartz, *Staphylococcal scalded skin syndrome: diagnosis and management in children and adults*. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology, 2014. **28**(11): p. 1418-1423.
 33. Melish, M.E. and L.A. Glasgow, *The staphylococcal scalded-skin syndrome: development of an experimental model*. New England Journal of Medicine, 1970. **282**(20): p. 1114-1119.
 34. Haasnoot, P. and A. De Vries, *Staphylococcal scalded skin syndrome in a 4-year-old child: a case report*. Journal of Medical Case Reports, 2018. **12**: p. 1-3.
 35. Leung, A.K., B. Barankin, and K.F. Leong, *Staphylococcal-scalded skin syndrome: evaluation, diagnosis, and management*. World Journal of Pediatrics, 2018. **14**: p. 116-120.
 36. Jordan, K.S., *Staphylococcal scalded skin syndrome: a pediatric dermatological emergency*. Advanced Emergency Nursing Journal, 2019. **41**(2): p. 129-134.
 37. Patel, T., K. Quow, and A.R. Cardones, *Management of Infectious Emergencies for the Inpatient Dermatologist*. Current Dermatology Reports, 2021: p. 1-11.

38. Lee, T.Y. and T.Y. Liu, *Congenital staphylococcal scalded skin syndrome in a preterm infant*. Clinical Case Reports, 2023. **11**(12): p. e8240.
39. Sommer LL, R.A., Heymann WR. , *Bacterial Diseases*, in *Dermatology*, C.L. Bolognia JL, Schaffer JF, Editor. 2018, Elseiver: New York. p. 1265.
40. Baatz, M., et al., *Staphylococcal Scalded Skin Syndrome in a Ten-Month-Old Male*. Cureus, 2022. **14**(7).
41. Gemmell, C., *Staphylococcal scalded skin syndrome*. Journal of medical microbiology, 1995. **43**(5): p. 318-327.
42. Meshram, G.G., N. Kaur, and K.S. Hura, *Staphylococcal scalded skin syndrome: A pediatric dermatology case report*. SAGE Open Medical Case Reports, 2018. **6**: p. 2050313X17750890.
43. Li, M.Y., et al., *Staphylococcal scalded skin syndrome in neonates: an 8-year retrospective study in a single institution*. Pediatric dermatology, 2014. **31**(1): p. 43-47.
44. Ladhani, S. and C.L. Joannou, *Difficulties in diagnosis and management of the staphylococcal scalded skin syndrome*. The Pediatric infectious disease journal, 2000. **19**(9): p. 819-821.
45. Fernandes, S.M., et al., *Toxic Shock Syndrome After Orthopaedic Surgery*. Cureus, 2023. **15**(7).
46. Qasim, A., et al., *Toxic Shock Syndrome Secondary to Erythroderma: Unraveling the Underlying Triggers*. Cureus, 2023. **15**(6).
47. Gupta, A.K., et al., *Staphylococcal toxic shock syndrome because of skin infection—a case report*. Journal of Family Medicine and Primary Care, 2022. **11**(8): p. 4837-4840.
48. Lin, Y.-J., et al., *Early differentiation of Kawasaki disease shock syndrome and toxic shock syndrome in a pediatric intensive care unit*. The Pediatric Infectious Disease Journal, 2015. **34**(11): p. 1163-1167.
49. Kaga, A., et al., *A term infant of neonatal toxic shock syndrome-like exanthematous disease complicated with hemophagocytic syndrome*. The Tohoku Journal of Experimental Medicine, 2016. **240**(2): p. 167-170.
50. Chen, K.Y., et al., *Toxic shock syndrome in Australian children*. Archives of Disease in Childhood, 2016. **101**(8): p. 736-740.
51. Jardim, J., et al., *Group A Streptococcal Toxic Shock Syndrome With Portal Vein Thrombosis: A Rare Presentation in Newborns*. Cureus, 2024. **16**(4).
52. Kim, T.H., *Toxic Shock Syndrome (TSS) Caused by Group A Streptococcus: Novel Insights Within the Context of a Familiar Clinical Syndrome*. Journal of Korean Medical Science, 2024. **39**(17).
53. Taylor, G.M., et al., *Breast abscess in a competitive high school swimmer: a case of toxic shock syndrome*. Oxford medical case reports, 2019. **2019**(6): p. omz054.
54. Trepanowski, N., et al., *Erythroderma in a patient with chronic myelomonocytic leukemia*. JAAD Case Reports, 2022. **26**: p. 61-65.
55. Al-Badawi, S., N. Ahmed, and M. Akber, *Acute Exfoliative Dermatitis/Erythroderma Secondary to Gliclazide*. Cureus, 2023. **15**(9).
56. Yousefian, F., et al., *Tinea corporis-associated erythroderma: case report and review of erythrodermic patients with chronic dermatophyte infection*. Cureus, 2020. **12**(4).
57. Bolognia J, S.J., Cerroni L, *Dermatology 4th ed*. 4th ed. Erythroderma, ed. W. S. 2017, Philadelphia: Elsevier.

58. Moon, S., A. Israeli, and R. Daze, *Rapidly Progressive Erythroderma*. American Family Physician, 2022. **105**(1): p. 75-76.
59. Mistry, N., et al., *A review of the diagnosis and management of erythroderma (generalized red skin)*. Advances in Skin & Wound Care, 2015. **28**(5): p. 228-236.
60. Sehgal, V.N. and G. Srivastava, *Erythroderma/generalized exfoliative dermatitis in pediatric practice: An overview*. International journal of dermatology, 2006. **45**(7).
61. Morna, C., et al., *Nitrofurantoin-Induced Exfoliative Dermatitis: A Case Report*. Cureus, 2022. **14**(9).
62. Tan, T.L. and W.M. Chung, *A case series of dermatological emergencies- Erythroderma*. The Medical Journal of Malaysia, 2017. **72**(2): p. 141-143.
63. Göncü, E.K., et al., *The Turkish guideline for the diagnosis and management of urticaria-2016*. Turkderm, 2016. **50**(3): p. 82-98.
64. Kocatürk, E., et al., *How infection and vaccination are linked to acute and chronic urticaria: a special focus on COVID-19*. Viruses, 2023. **15**(7): p. 1585.
65. Mathelier-Fusade, P., *Drug-induced urticarias*. Clinical reviews in allergy & immunology, 2006. **30**: p. 19-23.
66. Nettis, E., et al., *Urticaria: recommendations from the Italian Society of allergology, asthma and clinical immunology and the Italian society of allergological, occupational and environmental dermatology*. Clinical and Molecular Allergy, 2020. **18**: p. 1-19.
67. Kanani, A., S.D. Betschel, and R. Warrington, *Urticaria and angioedema*. Allergy, Asthma & Clinical Immunology, 2018. **14**: p. 1-13.
68. Powell, R., et al., *BSACI guidelines for the management of chronic urticaria and angio-oedema*. Clinical & Experimental Allergy, 2007. **37**(5): p. 631-650.
69. Spickett, G., *Urticaria and angioedema*. JR Coll Physicians Edinb, 2014. **44**(1): p. 50-54.
70. Muller, B.A., *Urticaria and angioedema: a practical approach*. American family physician, 2004. **69**(5): p. 1123-1129.
71. Memon RJ, T.V. *Angioedema*. 2024 2023 Aug 8 [cited 2024 January]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538489/>.
72. Ghebrehiwet, B., K. Joseph, and A.P. Kaplan, *The bradykinin-forming cascade in anaphylaxis and ACE-inhibitor induced angioedema/airway obstruction*. Frontiers in Allergy, 2024. **5**: p. 1302605.
73. Pier, J. and T.A. Bingemann, *Urticaria, angioedema, and anaphylaxis*. Pediatrics in Review, 2020. **41**(6): p. 283-292.
74. Rutkowski, K., S. Dua, and S. Nasser, *Anaphylaxis: current state of knowledge for the modern physician*. Postgraduate medical journal, 2012. **88**(1042): p. 458-464.
75. Sekerel, B.E., et al., *The many faces of pediatric urticaria*. Frontiers in Allergy, 2023. **4**: p. 1267663.
76. Ensina, L.F., et al., *Acute urticaria and anaphylaxis: differences and similarities in clinical management*. Frontiers in Allergy, 2022. **3**: p. 840999.
77. Rahman, S., et al., *Children at risk of anaphylaxis: A mixed-studies systematic review of parents' experiences and information needs*. PEC innovation, 2022. **1**: p. 100018.

78. Fischer, D., et al., *Anaphylaxis*. Allergy, Asthma & Clinical Immunology, 2018. **14**(2): p. 54.
79. Ferreira, I.G., et al., *Hospital Dermatology: analysis of dermatological consultations in a tertiary teaching hospital*. Anais Brasileiros de Dermatologia, 2023. **98**: p. 620-634.
80. Afsar, F.S., *Analysis of pediatric dermatology inpatient consultations in a pediatric teaching hospital*. Arch Argent Pediatr, 2017. **115**(6): p. e377-e384.
81. Cruz-Manzano, M., et al., *Pediatric inpatient and emergency dermatology consultations: a 5-year retrospective analysis*. Puerto Rico Health Sciences Journal, 2018. **37**(2): p. 105-109.
82. Collier, E.K., et al., *Evaluation of emergency department utilization for dermatologic conditions in the pediatric population within the United States from 2009-2015*. Pediatric Dermatology, 2021. **38**(2): p. 449-454.
83. Kramkimel, N., et al., *High frequency, diversity and severity of skin diseases in a paediatric emergency department*. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology, 2010. **24**(12): p. 1468-1475.
84. Techasatian, L., R. Uppala, and P. Phungoen, *Paediatric dermatological conditions in an emergency department: a single-centre study in Thailand*. BMJ Paediatrics Open, 2021. **5**(1).
85. Güzel, A., et al., *Dermatological emergencies in childhood: 5 years experience*.
86. Türkiye İstatistik Kurumu. “İstatistiklerle Çocuk, 2023”. 10 Kasım 2024]; Available from: <https://data.tuik.gov.tr/>
87. Sathishkumar, D., et al., *Pediatric cutaneous emergencies and their outcome: study from a tertiary care center in South India*. Indian Dermatology Online Journal, 2019. **10**(6): p. 650-656.
88. Ruzza, N., P. Itin, and H. Beltraminelli, *Urgent consultations at the dermatology department of Basel University Hospital, Switzerland: characterisation of patients and setting-a 12-month study with 2,222 patients data and review of the literature*. Dermatology, 2014. **228**(2): p. 177-182.
89. Baquero-Sánchez, E., et al., *Paediatric dermatology emergencies in a tertiary hospital*. Anales de Pediatría (English Edition), 2015. **83**(6): p. 397-403.
90. Sun, L., M. Alpalhão, and P. Filipe, *Analysis of dermatology emergency consultations in a pediatric population: One-year retrospective audit from the largest Portuguese tertiary teaching hospital*. Pediatric Dermatology, 2023. **40**(1): p. 139-141.
91. Lee, H.J., M.H. Jin, and J.H. Lee, *The association of weather on pediatric emergency department visits in Changwon, Korea (2005–2014)*. Science of The Total Environment, 2016. **551**: p. 699-705.
92. Ou, D.K., T.P. To, and D.M. Taylor, *Weather patients will come?* Medical Journal of Australia, 2005. **183**(11-12): p. 675-677.
93. Oğrum, A., *Pediatristler için tanı ya da tedavisi zor deri lezyonları*. Journal of Contemporary Medicine, 2019. **9**(3): p. 269-274.
94. Alba-Rojas, E.L., et al., *Diagnostic concordance between pediatric emergency department physicians and dermatologists in a tertiary hospital in Mexico*. Pediatric Dermatology, 2020. **37**(6): p. 1113-1118.
95. Auvin, S., et al., *Paediatric skin disorders encountered in an emergency hospital facility: a prospective study*. Acta dermato-venereologica, 2004. **84**(6).

96. Dolan, O., et al., *An audit of dermatology in a paediatric accident and emergency department*. Emergency Medicine Journal, 1994. **11**(3): p. 158-161.
97. Öktem, A., et al., *Üçüncü Basamakta Dermatoloji Konsültasyonu İstenen Pediatrik Yatan Hastalar: 614 Hastanın Retrospektif Değerlendirilmesi*. Journal of Ankara University Faculty of Medicine/Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 2022. **75**(4).
98. Peñate, Y., et al., *Pediatric dermatology consultations: a retrospective analysis of inpatient consultations referred to the dermatology service*. Pediatric dermatology, 2012. **29**(1): p. 115-118.



8. ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı soyadı : Nurten Gözgen Atmaca

Doğum tarihi ve yeri :

Yabancı dil bilgisi : İngilizce

Görev yeri : Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi

E-posta adresi :

EĞİTİM BİLGİLERİ

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi (2017)

Güzelyurt Türk Maarif Koleji

Fikri Karayel İlkokulu

MESLEKİ DENEYİMİ

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği –
Asistan Doktor

9. EKLER

EK-1

Evrak Tarih ve Sayısı: 28.01.2025-442073



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Gülhane Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı : E-86241737-100--442073
Konu : GTF Tez İnceleme ve Değerlendirme Akademik
Kurulu Kararları

28.01.2025

DAĞITIM YERLERİNE

Gülhane Tıp Fakültesi Tez İnceleme ve Değerlendirme Akademik Kurulu, 27.01.2025 tarihinde saat 14:00'da Gülhane Tıp Fakültesi Dekan Yardımcısı Prof.Dr.Özhan ÖZDEMİR başkanlığında üyelerin uzaktan dijital ortamda online katılımı ile toplanmıştır.

Toplantıda, Dekanlığımızla afiliye olan SUAM'larda görevli 83 (seksenüç) uzmanlık öğrencisine ait tez incelenerek değerlendirilmiş olup; tezlerle ilgili olarak oybirliği ile alınan kararlar Ek'tedir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim

Prof. Dr. Mehmet Ali GÜLÇELİK
Dekan

Ek:Kurul Kararı

Dağıtım:
Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı Başkanlığına
Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Başkanlığına
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığına
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığına
Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığına
Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanlığına
Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığına
Nükleer Tıp Anabilim Dalı Başkanlığına
Ankara Atatürk Sanatoryum Sağlık Uygulama ve Araştırma
Merkezi Müdürlüğüne
Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Sağlık
Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğüne
Ankara Dr. Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk Sağlığı ve
Hastalıkları Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
Müdürlüğüne
Ankara Gülhane Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
Müdürlüğüne
Ankara Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
Müdürlüğüne
Ankara Şehir Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
Müdürlüğüne

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : *BSL6ZTJ5NT* Pin Kodu : 65692

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/sbu-ebys>

Adres: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Yerleşkesi Emrah Mah. 0618
Etlik/Keçiören/ANKARA
Telefon: 0 312 304 61 73 Faks: 0 312 304 61 90
Web: <http://sbu.edu.tr>
Kep Adresi: sbu@hs01.kep.tr

Bilgi için: Mehmet ÇINAR
Unvanı: Biyolog
Tel No: 03123042051



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

S.No	ADI SOYADI	GÖREVLİ OLDUĞU SUAM	TEZ KONUSU	SONUÇ
1	Dr. Rahime GÜNEY	Ankara Şehir SUAM	Koroner arter baypas cerrahisinde sternotomi öncesi ve sonrası düzeltilmiş karotis akım zamanı ölçümünün akciğer açma manevrasına bağlı değişimi ile sıvı yanıtılığının değerlendirilmesi	Kabul edildi.
2	Dr. Dilan YAZAR DOĞAN	Ankara Şehir SUAM	'İndüksiyon öncesi uygulanan orofarengal topikal lidokainin entübasyon sonrası oluşan hemodinamik değişikliklerinin optik sinir çapına etkilerinin ultrasonografik olarak değerlendirilmesi '	Kabul edildi.
3	Dr. Emine EMEN	Ankara Şehir SUAM	'Genel anestezi altında elektif cerrahi geçiren statin kullanımı olan ve olmayan hastaların nöromusküler bloker yanıtının train of four (TOF) monitörizasyonu ile karşılaştırılması	Kabul edildi.
4	Dr. Sezer KUZU	Ankara Atatürk Sanatoryum Sağlık Uygulama SUAM	Zor Entübasyonu öngörmede havayolu ultrasonu aracılığıyla elde edilen ölçümlerinin prediktif değeri	Kabul edildi.
5	Dr. Ceren KAÇAN	Ankara Sağlık SUAM	Derin sedasyon altında endoskopik retrograd kolanjiyopankreatografi (ERCP) uygulanan hastalarda desatürasyonun erken öngörüsünde oksijen rezerv indeksi (ORl)'nin kullanımı'	Kabul edildi.
6	Dr. Çiğdem URCAN	Ankara Sağlık SUAM	Ankara İlindeki Aile Hekimliği Asistanlarının Otizm Spektrum Bozukluğu Bilgi ve Farkındalık Düzeyinin Değerlendirilmesi	Kabul edildi.
7	Dr. Mustafa ATEŞ	Ankara Şehir SUAM	'Lateral kolon uzatma(Evans osteotomisi) yapılan pediatrik pes planuslu hastalarda iliak kanat ve fibular otogreft kullanılması ile Shell plak uygulamasının klinik sonuçlarının değerlendirilmesi '	Kabul edildi.
8	Dr. Merve AY	Ankara Şehir SUAM	Gebe Okulu uygulamasının ilk 6 ayda çocuk sağlığı izlem verileri ve maternal veriler üzerine etkisinin değerlendirilmesi	Kabul edildi.
9	Dr.Alpaslan AKSAKAL	Ankara Atatürk Sanatoryum Sağlık Uygulama SUAM	Akciğer adenokarsinomunun subtiplerinde Gustave Roussy başışıklık skorunun (GRIm-Skoru) prognoz öngörücü rolü	Kabul edildi.
10	Dr. Dilay ARSLAN UZUNÇİMEN	Ankara Şehir SUAM	Dudak malignitelerinde flep ile rekonstrüksiyon yöntemlerinin ses fonksiyonlarına etkisi'	Kabul edildi.
11	Dr. İrem AĞGÜNLÜ	Ankara Şehir SUAM	Fasiyal sinir hasarı sonrası lokal ve sistemik olarak MSC kökenli ekzosom ve steroid uygulanmasının fasiyal sinir iyileşmesi üzerine etkisinin elektrofizyolojik ve histopatolojik olarak karşılaştırılması	Kabul edildi.
12	Dr. Muhsin Efe GÜNER	Ankara Atatürk Sanatoryum Sağlık Uygulama SUAM	Koksartroz nedeniyle total kalça protezleri uygulanan hastalarda ameliyat öncesi ölçülen santral ve periferik obezitenin klinik ve fonksiyonel sonuçlara etkisi	Kabul edildi.
13	Dr. Merve Gül ÖZER	Ankara Gülhane SUAM	Ailevi akdeniz ateşi hastalarında kolşisin direnci ve hastalık aktivasyonu ile Gasdermin D ve S100 A8/A9 arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi	Kabul edildi.
14	Dr. Kübra TARAZAN TÜRK	Ankara Sami Ulus SUAM	Çocuklarda otozomal dominant polikistik böbrek hastalığı ile otozomal resesif polikistik böbrek hastalığının özelliklerinin karşılaştırılması	Kabul edildi.
15	Dr.Hikmetullah YEŞİLYURT	Ankara Sağlık SUAM	Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi polikliniklerine başvuran 18 yaş ve üzeri hastalarda fiziksel aktivite düzeyi ile uyku kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi	Kabul edildi.
16	Dr.Sefa ÖZDEMİR	Ankara Sağlık SUAM	Meme kanserli hastalarda F-18 FDG PET/BT Tabanlı radyomiks analizinin aksiller lenf nodu metastazını öngörmedeki rolü	Kabul edildi.

Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

17	Dr.Barış DOĞAN	Ankara Sağlık SUAM	Aile sağlığı merkezine bağlı mobil hizmet bölgesindeki hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumlarının Hill Bone Hipertansiyon tedavi uyum ölçeği ile değerlendirilmesi	Kabul edildi.
18	Dr.Nurten GÖZGEN ATMACA	Ankara Sağlık SUAM	Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesinde pediatrik acil servisten dermatoloji kliniğine konsülte edilen hastaların retrospektif analizi	Kabul edildi.
19	Dr. Salih BENZER	Ankara Şehir SUAM	Monosit/Lenfosit,Platelet-Lenfosit,Nötrofil-Lenfosit oranlarının pediatrik sepsiste biobelirteç olarak rolü	Kabul edildi.
20	Dr. Zeynep Gence ÖZ	Ankara Şehir SUAM	Anterior serebral arter anevrizmalarının anatomik lokalizasyonlarına ve boyutlarına göre endovasküler tedavi etkinliğinin ve güvenliğinin değerlendirilmesi	Kabul edildi.
21	Dr. Ahmet YAVUZ	Ankara Şehir SUAM	Rektum kanseri nedeniyle total mezorektal eksizyon yapılan hastalarda Post-Operatif Anastomoz darlıklarının değerlendirilmesi	Kabul edildi.
22	Dr. Emre ŞİMŞEK	Ankara Şehir SUAM	"Crohn Hastalarında Preoperatif Radyolojik (MaRIA Skoru), Endoskopik ve Biyokimyasal belirteçlerin hastalık aktivasyonu ile kolerasyonu"	Kabul edildi.
23	Dr. Şeyma ERDOĞAN	Ankara Şehir SUAM	'CDK4/6 inhibitör tedavisi alan rekürren ve de novo metastatik meme kanserli hastalarda 18F-FDG-PET/CT'de metabolik tümör volüm (mtv) düzeyinin prognostik ve prediktif öneminin değerlendirilmesi'	Kabul edildi.
24	Dr. İnci ECEM SERT	Ankara Şehir SUAM	6 Dakika yürüme testi ile sarkopenik ve Non-Sarkopenik Hastaların Preoksijenizasyon Sürecinde End-Tidal Oksijen Değeri 90'a Ulaşana Kadar Geçen Sürelerin ve Oksijen Rezerv İndex Düşüş Sürelerinin Karşılaştırılması'	Kabul edildi.
25	Dr. Seda KERİMOĞLU BOZ	Ankara Şehir SUAM	Prewarming uygulamasının holmium lazer ile prostatektomi Cerrahisi Geçirecek Hastalarda İntraoperatif Hipotermiye Etkisinin Karşılaştırılması "	Kabul edildi.
26	Dr. Mustafa ATAK	Ankara Şehir SUAM	Genel anestezi alan hastalarda total vücut ağırlığı ve tomografik ölçümler ile elde edilen yağsız vücut ağırlığı kullanılarak yapılan propofol indüksiyonunun anestezi derinliğine etkisi	Kabul edildi.
27	Dr. Tuğba İPEK KARAOĞLU	GTF Çocuk Sağ ve Hst AD.Bşk.lığı	Ülseratif kolit tanılı hastalarda hastalığın şiddeti ile bağırsak shear wave elastografisinin ilişkilendirilmesi	Kabul edildi.
28	Dr. Hikmet KILIÇASLAN	Ankara Sağlık SUAM	Birinci basamakta takip edilen tip 2 diyabet hastalarının takiplerinin değerlendirilmesi	Kabul edildi.
29	Dr. Osman GÖKKAYA	Ankara Şehir SUAM	Diyabetik ayak Ülseri Olan hastalarda ilk Başvuru anındaki Klinik,Laboratuvar ve Görüntüleme özelliklerine göre Amputasyon Riskinin Belirlenmesi "	Kabul edildi.
30	Dr. Ayşenur AKBAY	Ankara Şehir SUAM	Stenotrophomonas maltophilia bakteremilerinde direnç ve mortalite risk faktörlerinin değerlendirilmesi'	Kabul edildi.
31	Dr. İrem NUR YILDIZ	Ankara Şehir SUAM	Çoğul gebeliklerle tekil gebeliklerin fetal ve yenidoğan sonuçlarının karşılaştırılması	Kabul edildi.
32	Dr. Tuba SÖNMEZ	Ankara Şehir SUAM	Üçüncü Basamak meme cerrahi Merkezinde Neoadjuvant Tedavi sonrası Aksilla lenf Nodu Pozitif Hastalarda Marker Yerleştirilmesi ve Cerrahi Sonuçlar	Kabul edildi.
33	Dr. Fatma YILDIZ	Ankara Şehir SUAM	Omuz ağrısı olan hastalarda TECAR(Targeted Radiofrequency Therapy) ve Hil Terapi (High intensity laser Therapy) tedavilerinin ağrı,fonksiyonellik,kas gücü ve yaşam kalitesi üzerine etkilerinin karşılaştırılması'	Kabul edildi.

Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

34	Dr. Büşra BİLGİN KOÇAK	Ankara Sağlık SUAM	Çocuk acil servise başvuran akut bronşiolit tanısı alan hastaların akciğer ultrasonu ile değerlendirilmesi ¹	Kabul edildi.
35	Dr. Şükran BIÇAKCI	Ankara Sağlık SUAM	Pediyatrik migren hastalarında idrar homosistein tiyolakton düzeyleri ile homosistein tiyolaktonaz enzim aktivitesinin değerlendirilmesi	Kabul edildi.
36	Dr. Nusret Eda YILDIRIM	Ankara Atatürk Sanatoryum SUAM	Adölesanlarda Akne Vulgaris şiddetinin yaşam kalitesi ve depresif semptomlar üzerine etkilerinin değerlendirilmesi	Kabul edildi.
37	Dr. Gonca GÜL	Ankara Sağlık SUAM	Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran 18-65 yaş arası kişilerde COVID-19 korkusunun aşı karşıtlığına etkisinin değerlendirilmesi	Kabul edildi.
38	Dr.Emine ERDEM	Ankara Sağlık SUAM	"18-65 Yaş Aralığındaki Kronik Ağrılı İnançları ve Ağrı ile Baş Etme Yöntemleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	Kabul edildi.
39	Dr. Kübra ÇUHACI	Ankara Şehir SUAM	Geriyatrik ürolojik Cerrahi Hastalarında Ondansetronun Spinal Bloğun Oluşturduğu Hemodinamik Değişikliklere Etkisi	Kabul edildi.
40	Dr. Furkan ÖZTÜRK	Ankara Şehir SUAM	Oküler akne rozaseali hastalarda serum inflamasyon ve lipid düzeylerinin meibomian bez disfonksiyonu ve kuru göz parametreleri üzerine olan etkinliği	Hakem değerlendirme formunda hakem imzası olmadığından kabul edilmedi.
41	Dr. Tuğçe Aycan AKBAL ERSÖZ	Ankara Sağlık SUAM	Mide adenokarsinomlarında immünhistokimyasal olarak Claudin-18.2 ve SOX-9 ekspresyonlarının değerlendirilmesi, klinikopatolojik parametrelerle ilişkisinin karşılaştırılması	Kabul edildi.
42	Dr. Güfran KUBİLAY	Ankara Sağlık SUAM	Yetmiş yaş üzeri hastalarda tahmini glomerüler filtrasyon hızı (eGFR) hesaplamada kullanılan formüllerin (CKD-EPI, Berlin initiativestudy B1S-1 full age spectrum FAS-1) Korelasyonu, ilaç doz düzenlemesi üzerine etkilerinin karşılaştırılması ve klinik sonuçları	Kabul edildi.
43	Dr. Alperen EROL ŞİMŞEK	Ankara Şehir SUAM	Konizasyon ve LEEP İşlemlerinin Dismenore ve Disparoni Üzerine Etkilerinin Değerlendirilmesi	Kabul edildi.
44	Dr. Harun GÜLEÇ	Ankara Şehir SUAM	Parmak Ucu Defleklerinin Propellar Homodigital Flep, Anterograd Homodigital Flep, Reverse Homodigital Flep ile Rekonstruksiyon Sonuçlarının Karşılaştırılması ¹	Kabul edildi.
45	Dr. Süleyman CAN CEYLAN	Ankara Şehir SUAM	Dupuytren Kontraktürü Oluşumunda Risk Faktörleri Analizi ve Kan Biyokimya Düzeyleri Arasındaki Korelasyon	Kabul edildi.
46	Dr. Esra ERDOĞAN	Ankara Şehir SUAM	Mide kanseri Hastalarında HER-2 Mutasyonun Sıklığı ve Klinik Prognostik Etkileri	Kabul edildi.
47	Dr. Umut Baran ZENGİN	Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji SUAM	İleri yaş kalça kırığı sonrası artroplastisi yapılan hastalarda erken yeniden hastaneye yatış ve mortaliteyi öngörücü faktörler	Kabul edildi.
48	Dr. Merve Nur ULUĞ	GTF Anesteziyoloji ve Rea AD. Bşk. lığı	Sezeryan cerrahisi için rutin spinal anestezi uygulanan gebelerde landmark yöntemi Preposedür ultrason yöntemi ve eş zamanlı ultrason yöntemlerinin gözlemlenmesi	Kabul edildi.
49	Dr. Rezzan ERMANOĞLU	Ankara Şehir SUAM	Multinodüler Guatrd Nondominant Nodüllerin Malignite Riski:2019 - 2024 Yılları Arasında Ameliyat Edilen Hastalar Üzerine Retrospektif Bir Analiz	Kabul edildi.
50	Dr. Mevlüt BERK ÇERİ	Ankara Sağlık SUAM	¹ Prostat Kanseri Nedeniyle Robot Yardımlı Laparoskopik Radikal Prostatektomi Uygulanan Hastalarda Sinir Korumucu Tekniğin Farklı Ereksiyon Derecelerinde Üriner Kontinansa Etkisi	Kabul edildi.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

51	Dr.Nihan KOÇER	Ankara Şehir SUAM	Graves hastalığı tanısı ile takip edilen hastaların klinik özellikleri	Kabul edildi.
52	Dr. Şeyma BULUT	GTF Ruh Sağ ve Hst AD Bşk.İği	Şizofreni olgularında heyecan arama davranışı olarak açıklanmıştır	Kabul edildi.
53	Dr.Elif Buse GÜNGÖR	Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji SUAM	Lokal ileri rektum kanserli hastalarda neoadjuvan tedaviye tam yanıtı öngören faktörler	Kabul edildi.
54	Dr. Beyza PARLAKTAŞ	Ankara Sağlık SUAM	Postpartum dönemdeki annelerin depresif duygu düzeyi ile emzirme tutumu arasındaki ilişkinin incelenmesi '	Kabul edildi.
55	Dr. Ahmet Furkan URHAN	Ankara Sağlık SUAM	Akut kolesistit hastalarında perkütan kolesistostomi uygulanan hastalar ve erken laparoskopik kolesistektomi yapılan hastaların karşılaştırılması '	Kabul edildi.
56	Dr.Büşra YIKAR	GTF Adli Tıp AD.Bşk.İği	Antemortem alkol alımı ile postmortem etanol üretimi ayrımının değerlendirilmesi vücut sıvılarında 5-HTOL/5HIAAOranı	Kabul edildi.
57	Dr.Batuhan AYHAN	Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji SUAM	Enkondrom ile düşük derceli kondrosarkom arasında klinik ve radyolojik bulgulara göre ayırıcı tanı yapılabilir mi?	Kabul edildi.
58	Dr. Aysun ARSLAN TÜMREN	GTF Deri ve Zührevi Hst AD.Bşk.İği	Hidradenitis süprürativa hastalarında hastalık şiddeti ve inflamasyon düzeyi ile proksimal tırnak jvrimini kapillerroskopik bulguları arasındaki ilişkinin incelenmesi	Kabul edildi.
59	Dr.Semih ÖZSEVER	GTF Adli Tıp AD.Bşk.İği	Kimliklendirme kapsamında çocuklarda ve genç erişkinlerde yüz yumuşak doku kalınlıklarının manyetik rezonans görüntüleme ile değerlendirilmesi	Kabul edildi.
60	Dr.Aydan KILIÇ	Ankara Şehir SUAM	Hipertrigliseridemiye sekonder akut pankreatitlerde uygulanan farklı hipertrigliseridemi tedavi protokollerinin prognoza etkisi	Kabul edildi.
61	Dr.Simge YÜREKLİ	Ankara Şehir SUAM	PCOS tanısı olan ve olmayan gebelerde Gestasyonel diabetes mellitus belirtisi olarak PAPP-A'nın yeri	Kabul edildi.
62	Dr. Pelin AYANOĞLU	Ankara Şehir SUAM	3 ve Üzeri Segment Posterior Torakolomber Stabilizasyon Yapılan Hastaların Postoperatif Yatış Süresini Öngören Bir Nomogram Planlanması	Kabul edildi.
63	Dr. Alperen YİĞİT	Ankara Şehir SUAM	Total Diz Protezi Sonrası Artan Fiziksel Aktivite Düzeyini ve Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörlerin Araştırılması	Kabul edildi.
64	Dr. Esra KAYNARPUNAR	GTF Aile Hek.AD.	Kontakt dermatitli hastalarda risk faktörlerinin belirlenmesi tedaviye uyum ve hastalığın yaşam kalitesine etkisi	Kabul edildi.
64	Dr. Habibe AKBABA	Ankara Şehir SUAM	Hereditör Trombofil Hastalarının Retrospektif İncelenmesi	Kabul edildi.
65	Dr. Umut Mert TURAN	GTF Nükleer Tıp AD.	Alt Ekstremité Lenfosintigrafisinde sintigrafik bulguların analizi ve derin öğrenme modeli sonuçları ile karşılaştırılması	Kabul edildi.
66	Dr. Filiz ALPER	GTF Deri ve Züh Hst AD.Bşk.İği	Hidradenitis supparativa hastalarında biyolojik tedavi serüveni klinik ve demografik özellikler yanıt oranları ve tedavi yaklaşımları	Kabul edildi.
67	Dr. Zeynep ÖNDER	Ankara Şehir SUAM	Komplet Paralejik hastalarda konvansiyonel rehabilitasyon programına ek olarak gastrokinemius kasına uygulanan ekstrakorporeal şok dalga tedavisinin spastisite üzerine etkisi '	Kabul edildi.

Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

68	Dr. Cahide ÇAĞLAYAN	Ankara Şehir SUAM	Preeklampitik Gebelerde Spinal Anesteziye Bağlı Hipotansiyonun Böbrek Fonksiyonlarına Etkisinin, Ngal ve Standart Böbrek Fonksiyon Testleri ile Değerlendirilmesi "	Kabul edildi.
69	Dr. İsmail Hakkı ŞENCAN	Ankara Sağlık SUAM	IRADS 4 meme lezyonlarında eksizyonel biyopsi endike olduğunda onkoplastik yaklaşımın reeksizyon oranlarına etkisi'	Kabul edildi.
70	Dr. Teoman BEKİR YENİ	Ankara Şehir SUAM	Tek Demet Hamstring Ototogreft İle Ön Çapraz Bağ Rekonstrüksiyonlarının Günlük Fiziksel Aktive Düzeyi Üzerine Etkisi "	Kabul edildi.
71	Dr. Hilal BEKDAŞ	Ankara Şehir SUAM	Nötrofil Lenfosit Oranı, Platelet Lenfosit Oranı ve Delta Nötrofil İndeksinin Enfekte Epizyotomilerde Prediktif Rolü	Kabul edildi.
72	Dr. İrem Damla GÜVER	Ankara Şehir SUAM	Obstürüktif Uyku Apne Sendromu Cerrahisi Yapılan Hastalarda Ortonazal Koku ve Tat Duyurusunun Uzun Dönem Sonuçları	Kabul edildi.
73	Dr. Fatma Betül SAYLAK	Ankara Şehir SUAM	Subakşiyel Servikal Spondiloz tanılı, lateral mass+transfaset vidalama kombine cerrahi yöntemi ile tedavi edilen hastaların klinik prognozu öngören nomogram analizi	Kabul edildi.
74	Dr. Enes KELEŞ	GTF Ortopedi ve Trav.AD.Bşk.lığı	Spinal stenoz varlığının ve derecesinin total diz protezi sonuçlarına etkisi	Kabul edildi.
75	Dr. Gözde Nur TEKELİ	Ankara Sağlık SUAM	Koroner Arter Bypass Grefti İşlemi Sonrası Akut Böbrek Hasarı Gelişen Hastalarda Risk Faktörlerinin Belirlenmesi ve Prognoz Değerlendirmesi'	Kabul edildi.
76	Dr. Ozan BARUTCU	Ankara Sağlık SUAM	ST Elevasyonlu Miyokardiyal Enfarktüs Tanısı ile Başvuran Hastalarda Perkütan Koroner Girişim Sonrası Komplikasyon Gelişim Durumuna Göre Hastane Taburculuk Süresi	Kabul edildi.
77	Dr. Pınar ÖZTÜRK	Ankara Şehir SUAM	Bipolar bozukluk depresif epizot ve major depresif bozukluk tanılı hastalarda serum insülin benzeri büyüme faktörü-1 (IGF1) serum insülin benzeri büyüme faktörü -2 (IGF2), insülin benzeri büyüme faktörü bağlayıcı protein 2 (IGFBP2) ve insülin benzeri büyüme faktörü bağlayıcı protein 3 (IGFBP3) düzeylerinin ayırıcı tanıda bir biyobelirteç olarak belirlenmesi "	Kabul edildi.
78	Dr. Orhan MERT	Ankara Şehir SUAM	Total diz artroplastisi yapılan hastaların preoperatif ve postoperatif ayak-ayak bileği koronal ve sagittal plan deformitelerinin ve yürüme analizlerinin değerlendirilmesi'	Kabul edildi.
79	Dr. Yekta BURAN	Ankara Şehir SUAM	Kolanjit Geçiren Hastalarda Prediyabet Durumu ile Hastalık Ciddiyeti Arasındaki İlişki"	Kabul edildi.
80	Dr. Feyza YILDIRIM	Ankara Şehir SUAM	Premenopzal Subklinik Hipotiroidili Hastaların T4/TSH Oranının Kemik Mineral Dansitometrisi ile İlişkisi"	Kabul edildi.
81	Dr. Sena İSTANBULLU	Ankara Sağlık SUAM	Endoskopik Ürolojik Girişim Yapılacak Hastalarda Asemptomatik Bakteriüri Varlığında Verilen Tek Doz Profilaksi Rejimi Yeter Mi?	Kabul edildi.
82	Dr. Hüseyin Ömer SEMİZ	Ankara Sağlık SUAM	'İn 'Kronik Subdural Hematomun Cerrahi Sonuçlarını Etkileyen Faktörler: Retrospektif Bir Çalışma '	Kabul edildi.
83	Dr. Nezihe KAN	Ankara Şehir SUAM	Nöromusküler Etkilenmesi olan bebeklerde Akut bronşiolit etkenlerinin hastalığın ağırlığına etkisi	Kabul edildi.

Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-2



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Sayı : E-93471371-514.10-243321610
Konu : E.Kurul – E-24-112 - Etik Kurul Kararı

10.05.2024

ANKARA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

112 - no'lu çalışma

SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği'nden "Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Pediatrik Acil Servisten Dermatoloji Kliniğine Konsülte Edilen Hastaların Retrospektif Analizi" konulu çalışma incelenmiş olup, Etik açıdan oy birliğiyle 08.05.2024 tarihinde uygun görülmüştür.

Prof. Dr. UĞUR KOÇER
Etik Kurul Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: 1672BEF2-DCA6-4001-B375-7430C5A9ABD1

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Hacettepe Mh. Uluçanlar Cd. No:89 06230 Altındağ / ANKARA 06230
Telefon No:
e-Posta: İnternet Adresi: <https://www.saglik.gov.tr/>
Kep Adresi:

Bilgi için: Ayşe ÖZDEMİR
Tıbbi Sekreter
Telefon No: 03125953189



BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Pediatrik Acil Servisten Dermatoloji Kliniğine Konsülte Edilen Hastaların Retrospektif Analizi
-----------------------	--

ETİK KURULU BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Etik Kurul Sekreterliği Sakarya Mah. Ulucanlar Cad.No:89 Altındağ/Ankara
	TELEFON	0312 595 31 89
	FAKS	0312 363-33 96
	E-POSTA	aeahetikkurul06@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Nermin KARAOSMANOĞLU			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Deri ve Zührevi Hastalıkları			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Prospektif	<input type="checkbox"/>	Retrospektif	<input checked="" type="checkbox"/>
		Tanımlayıcı	<input type="checkbox"/>		
		Gözlemsel Çalışma	<input type="checkbox"/>		
		Kesitsel Çalışmalar	<input type="checkbox"/>		
		Kohort Çalışmaları (Prospektif, Retrospektif, Çift yönlü)	<input checked="" type="checkbox"/>		
		Olgu- Kontrol Çalışmaları	<input type="checkbox"/>		
		Kalitatif Analizler	<input type="checkbox"/>		
Anket Çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
Deneysel Çalışmalar (Doğrudan Müdahale İçermeyen, İlaç ve Tıbbi Cihaz Çalışması Olmayan)		<input type="checkbox"/>			
Diger ise belirtiniz:					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ	ÇOK MERKEZLİ	ULUSAL	ULUSLARARASI	
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diger <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diger <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diger <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama				
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/>				
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>				

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Uğur KOÇER

BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Pediatrik Acil Servisten Dermatoloji Kliniğine Konsülte Edilen Hastaların Retrospektif Analizi
-----------------------	--

İLAN	<input type="checkbox"/>
YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>
GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>
DİĞER:	<input type="checkbox"/>

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 112/2024	Tarih: 08/05/2024
	Yukarıda bilgileri verilen SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği'nden Doç. Dr. Nermin KARAOSMANOĞLU ve Uzm. Dr. Berkay TEMEL tarafından yapılması planlanan ve Dr. Nurten GÖZGEN ATMACA' nın Tez çalışması olan "Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Pediatrik Acil Servisten Dermatoloji Kliniğine Konsülte Edilen Hastaların Retrospektif Analizi" isimli bilimsel araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.	

BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Yönergesi, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Uğur KOÇER
---------------------------------	----------------------

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *	İmza
Prof. Dr. Uğur KOÇER	Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrah	SBÜ, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Güray SOYDAN	Farmakoloji	Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hülya BAŞAR	Anestezi ve Reanimasyon	SBÜ, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Burcu DUYUR ÇAKIT	Fizik Tıp ve Rehabilitasyon	SBÜ, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hatice ÇELİK	Kulak Burun Boğaz Kliniği, Ağız Yüz ve Çene Cerrahisi	SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Pelin Seher ÖZTEKİN	Radyoloji	SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Aziz Mutlu BARLAS	Genel Cerrahi	SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Nurten ÖNLÜ	Göz Hastalıkları	SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Seyhan DEMİR KARABULUT	Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	Başkent Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Rukiye ÜNSAL SAÇ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	SBÜ, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Erdal DEMİRTAŞ	Acil Tıp	SBÜ, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Erkan BÜYÜKDEMİRCİ	Halk Sağlığı Uzm.	Ankara İl Sağlık Müdürlüğü	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Uğur KOÇER