

DERMATOLOJİK ACİLLER

İLK ON

Dr. Mustafa SEVER

Acil Tıp Uzmanı

HrÜTF Acil Tıp AD

Mayıs 2007

KAYNAKLAR

- **Tintinalli JE, Kelen GD, Stapczynski JS.** In: A Comprehensive Study Guide Text Book of Emergency Medicine, Section 19:237-Disorders Of The Skin. Fifth Edition, International Edition, McGraw-Hill-USA, 1999; Pp:1571-1608.
- **J.M. Caterino, S. Kahan,** In: A Page Emergency Medicine, Section 12:128-130 Dermatologic Emergencies. Blackwell P-USA, 2003;Pp:142-146.
- **<http://www.emedicine.com>**
- **<http://www.google.com.tr>**

- ABD’de ülke çapında acil servis erişkin başvurularının %5’inin ana şikayetinin “döküntü”,
- %5’inde ise cilt bulgularının doğru tanı ve yaklaşımda yardımcı olduğu tespit edilmiştir
- Bu oran çocuklarda daha fazladır (%31-%9)

- Cilt lezyonlarının büyük kısmı;
 - Enfeksiyonlar
 - İritanlar
 - Allerjiler
- Yeni oluşan lezyonlar hayatı veya uzvu tehdit eden lezyonlar haline gelmiştir

ÖNERİLEN YAKLAŞIM

(Resusitasyon veya Stabilizasyon Hariç)

- Ana şikayetin ne olduğunu tespit etmek
- Kısa öykü almak
 - Süresi
 - İlerleme hızı
 - Lezyonun bulunduğu yer
- Dermatolojik muayene yapmak
 - Morfolojisi
 - Dağılımı

ÖNERİLEN YAKLAŞIM-2

(Resusitasyon veya Stabilizasyon Hariç)

- Ayırıcı tanıyı yapmak
- İkincil öykü; lezyon üzerine alınmalı
 - Morfolojisi
 - Doğası
 - Dağılımı
 - Sistemik ek bulguları ve mukoza bulguları

ÖNERİLEN YAKLAŞIM-3

(Resusitasyon veya Stabilizasyon Hariç)

- Öyküden ek sorunları
 - Eşlik eden şikayetler
 - Comorbidite
 - Aşılannmaları ve bağışıklık sistemi
 - Kullandığı İlaçlar
 - Aile öyküsü
 - Cinsel öyküsü
 - Maruziyetler (kimyasallar, ilaçlar, bitkiler, böcekler, hayvanlar, güneş ışını, besinler vb.)
- ve sendrom olup olmadığını aydınlatmak

Fizik Muayene

- Uygun ışık, mahremiyet
- Tüm cilt ve mukozalar
- Sistematik, metodik ve muntazam
 - Dağılım (anatomik, fizyolojik, fonksiyonel lokalizasyon)
 - Lezyon düzeni (simetri/asimetri)
 - Patern (yapısal örnek)
 - Morfoloji
 - Genişlik
 - Değişimsel gelişmeler

Anatomik Dağılım

- Scalp
- Saç
- Yüz
- Kirpikler
- Mukozalar (dudaklar ve göz)
- Ağız
- Gövde
- Koltukaltı
- Perine
- Uzuvlar
- Tırnaklar
- Bilekler
- Eller



Eritema multiforme; simetrik, fleksör










Eritema multiforme; iris lezyon



Lezyon Yapılarının Tarifi

- Anüler 
- Arkuat 
- Sirsinat 
- Konfluent 
- Dermatomal 
- Diskoid 
- Diskret 
- Grup 
- Guttat 
- Halka tarzında
- Eğri
- Dairesel
- Karışık
- Şerit gibi veya vücutta sınırlı
- Solid, disk gibi
- Ayrı veya tek
- Yoğunlaşmış, birikmiş
- Damla gibi

Lezyon Yapılarının Tarifi-2

- Guttat  • Damla gibi
- Herpetiform  • Sürüntü gibi
- İris  • İç içi geçmiş halkalar
- Lineer  • Düz hat
- Polisiklik  • Üst üste geçmiş halka veya eğriler
- Retiform  • Hat gibi
- Serpijinöz  • Yılan gibi




Fizik Muayene 2

- Birincil lezyonun tanımlanması çok önemli
 - İkincil olaylara maruz kalmamış lezyon
 - Enfeksiyon
 - Travma
 - İlaç uygulaması
 - Skar vb.


Lezyon Morfolojileri

| | | |
|-----------------------|-----------------|---|
| Ekskoriyasyon | İkincil | Rüptüre vezikül, bül |
| Fissur | İkincil | Lineer erezyon |
| Ülser | İkincil | Epidermal ve dermal doku kaybı |
| Makül | Birincil | Değişken renkli, düz, 1cm'den küçük |
| Peteşi | Birincil | 2mm'den küçük basmakla solmayan nokta |
| Skar | İkincil | |
| Telenjiyektazi | Birincil | Küçük, basmakla solan, yüzeysel kapiller |
| Purpura | Birincil | Solmayan mor lekeler |
| Abse | Birincil | Hassas, kızarıklık, fluktuasyon veren |
| Kist | Birincil | Sıvı veya yarı solid materyal |
| Nodül | Birincil | 1 cm'den küçük ellenebilir solid lezyon |
| Tümör | Birincil | 1 cm'den büyük ellenebilir solid lezyon |
| Sklerozis | İkincil | Sert cilt |
| Vezikül | Birincil | <u>5 mm'den küçük</u> yuvarlak içi sıvı dolu lezyon |
| Bül | Birincil | <u>5 mm'den büyük</u> yuvarlak içi sıvı dolu lezyon |
| Püstül | Birincil | Pürülan sıvı ile dolu vezikül |
| Papül | Birincil | <u>1 cm'den küçük</u> , ciltten kabırık, solid lezyon |
| Plak | Birincil | <u>0,5 cm'den küçük</u> düz papül |
| Komedon | Birincil | İçi yağ ile dolu papül |

Lezyon Dağılımı ve Örneğine Göre Ayırıcı Tanı

- Cildin fleksör yüzleri – Atopik dermatit
– Kandida
– Egzema
– İktiyoz
- Güneş gören yerler (yüz, üst toraks, distal uzuvlar) – Güneş yanığı
– Fotosensitif ilaç döküntüsü
– SLE
– Viral egzantem ve Porfiri
- Akrodermatit (distal uzuvlar) – Viral egzantem,
– Atopik kontakt dermatit,
– Egzema,
– Gonokoksemi,
– Rocy Dağı ateşi döküntüsü

Lezyon Dağılımı ve Örneğine Göre Ayırıcı Tanı

- Pitryasis Rosea (ön ve arka toraks) 
 - Pitryasis rosea
 - İkincil sifilis
 - İlaç erupsiyonları
 - Atopik kontakt dermatit
 - Psöriyazis
- Kapalı alanlar 
 - Kontakt dermatit
 - Psöriyazis
 - Follikülit
- Akneiform (yüz ve toraks) 
 - Akne
 - İlaça bağlı döküntü
 - İritan dermatit

- Dahiliye uzmanlarıyla yapılan bir çalışmada vakaların %40'ında yanlış tanı, bunun %64'ünde yanlış tedavi
- %33 dermatolojik yönlendirme gereksiz

McCarthy GM, Lamb GC, Russell TJ, et al. Primary care-based dermatology practice: Internists need more training. *J Gen Int Med* 1991;6:52-56.

Farklı cilt lezyonları olan 100 slayt:

- 2. sene tıp öğrencisi %21
- 4. sene tıp öğrencisi %31
- 2. yıl aile hekimi uzmanı %55
- Pratisyen hekimler %66
- Dermatologlar %90

- **Norman GR.** The development of expertise in dermatology. *Arch Dermatol* 1989;125:1063-1070

Tanısal Yaklaşım: Muayene

- Öncelikle ABC
- Uvula ödemi
- Bronkospazm
- Angioödem
- Anafilaktik şok

Tanısal Yaklaşım: Testler

- %20 KOH testi
 - Molloscum Contagiosum
 - Dermatofitik enfeksiyonlar
 - Mikroskopi
 - Scabies infestasyonları
 - Tzanck testi
 - Herpes enfeksiyonları
- Hifalar
- Siyah noktalar
- Çok çekirdekli dev hücreler

Tanısal Yaklaşım: Testler

- Wood ışığı (365 nm florösan)
 - Eritrazma (kırmızı-pembe)
 - Tinea Versicolor (yeşil-sarı)
 - Psödomanal cilt enfeksiyonları (yeşil-sarı)
 - Porphyria Cutanea Tarda (idrarda;turuncu-sarı)
- ESR, TİT (lökositoklastik vaskülitler)
- Mikrobiyolojik çalışmalar
- Trombosit sayımı ve kanama profili

Tedavi

Döküntülü Hastalıklarda Genel Yaklaşım

“Islaksa kurut, kuruyrsa ıslat”

- Kuru cilt: su, protein ve yağ kaybı
 - Nemlendirici krem ve losyonlar kullanılır
 - Gerginlik, ağrı ve kuruluğu giderebilir
 - Kronik kuru ciltlerde yağlı ürünler
- Islak cilt: protein ve yağ kaybı
 - Normal salin

Tedavi 2

- Kortikosteroidler
- Antihistamin ajanlar
- Antimikrobiyal ajanlar

Tedavi-Antihistaminler

- H₁ antagonistleri; özellikle kaşıntı (po, iv, im)
 - Difenhidramin;
 - Erişkin: 25-50 mg, Çocuk: 4-6 mg/kg/gün, max. 200 mg/gün (3x1 veya 4x1)
 - Hidroksizin;
 - Erişkin: 25-100 mg, Çocuk: 2-4 mg/kg/gün, max. 200 mg/gün (2x1 veya 3x1)
- H₂ antagonistleri;
 - Ranitidin
 - Famotidin

Tedavi-Antihistaminler

- 2. kuşak antihistaminler
 - Astemizol, Setrizin, Feksofenadin ve Loratadin
- Tedavide üstünlüğü yok, pahalı
- Topikal antihistaminler;
 - Emilim dozu ve süresi belli değil, aşırı doz
 - Etkinliği oral ile aynı
- Diğer antipururitikler;
 - 1:10 seyreltilmiş aliminyum sülfat, potasyum permanganat vb.

Tedavi-Kortikosteroidler

Sistemik Steroidler;
(Potansiyel)

- Ürtiker
- Anjioödem
- Toksikodendron
- Kontakt/Allerjik Dermatitler

Sistemik Steroidler;
(En iyi-dermatolog ile)

- Eritema Multiforme
- Toksik Epidermal Nekroliz
- Vaskülitler

Tedavi-Kortikosteroidler

- Oral prednizolon;
 - Kaşıntı ve klinik düzelme için
 - 40 mg/gün 4 gün, hızlı ve tam tedavi
 - Yan etki yok

Tedavi-Kortikosteroidler

Topikal Steroidler

- Güçlü bir uygulama tercihi
 - Farklı konsantrasyon
 - Farklı baz
 - Farklı maaliyet
- KS gücü (antinflamatuar vb.)
 - Vazokonstriksiyon yapabilme gücü (1-7)
 - Florinasyon ile...
- Cilt inceldikçe düşük güçte KS
- Hidrokortizon
 - %1-2,5
 - En sık
 - Farklı alanlar
 - Yıkanmaya gerek yok
- Farklı kullanım protokolleri
- 9'lar kuralı
 - 1gr=%1 TBSA

Tedavi-Antibiyotikler

- Ana tedavi olarak yüzeysel cilt enfeksiyonlarında topikal AB nadiren kullanılır
- Sadece Mupirosin impetigonun oral tedavisinde ve aftöz stomatitte tetrasiklin ana tedavi aracı
- Sıkça kullanılan ajanlar;
 - Polimiksin B
 - Basitrasin
 - Neomisin ve Gümüş Sülfadiazin
- Yapışıklıkları, koagülüm ve bakteri kolonizasyonunu azaltır

Tedavi-Antibiyotikler

- Antifungaller (dermatofitozlar ve kandida)
- Antiviraller (herpes enfeksiyonları)
- Antibit vb.

İLK ON

- Yüz ve Skalp
- El, Ayak ve Uzuvlar
- Kasık ve Cilt Kıvrımları
- Jeneralize Cilt Enfeksiyonları
- İnfestasyonlar ve Böcek Isırıkları

Erizipel ve Yüzde Selülit

- Erizipel;
 - Dermis
 - Daha yüzeysel
 - Genç ve yaşlı
 - Grup A Streptokoklar (en sık)
 - H. İnfluenza (çocukta, aşı nedeni ile pek görülüyor)
- Yüzde sıkça travmaya ikincil
- Selülit;
 - Subkutan
 - Birincil veya dermatozların ikincil komplikasyonu
 - Etmen sıkça Saprotik Staf veya Streptokoklar

Erizipel ve Yüzde Selülit-Klinik

- Cilt sıcak, parlak kırmızı ve hassas
- Alan keskin bir sınırla belirli ve genişleme eğiliminde
- Merkezi temiz olmayıp bül veya vezikül olabilir
- Tek veya çift taraflı olabilir
- Tek taraflı ise erken evre herpes infeksiyonundan,
- İki taraflı ise SLE malar erupsiyonundan ayırt edilmelidir



Erizipel ve Yüzde Sellülit-Klinik

- Ateş ve lenfadenopati siktir
- Periorbital sellülitde orbital sellülitte düşünölmeli
- Orbital abse, serebral abse ve menenjit riski unutulmamalı

Erizipel ve Yüzde Selülit-Tanı

- Klinik gidiş ve bulgular
- Biyopsi nadiren gerekli ve sıkça yardımcı değil
- İğne aspirasyonu ile kültür düşük etkinlikte
- Hemogram ve kan kültürü bakteriyemi ayırımı için yapılmalı
- Göz hastalıkları konsültasyonu
- Göze yönelik görüntüleme yöntemleri

Erizipel ve Yüzde Selülit-Tedavi

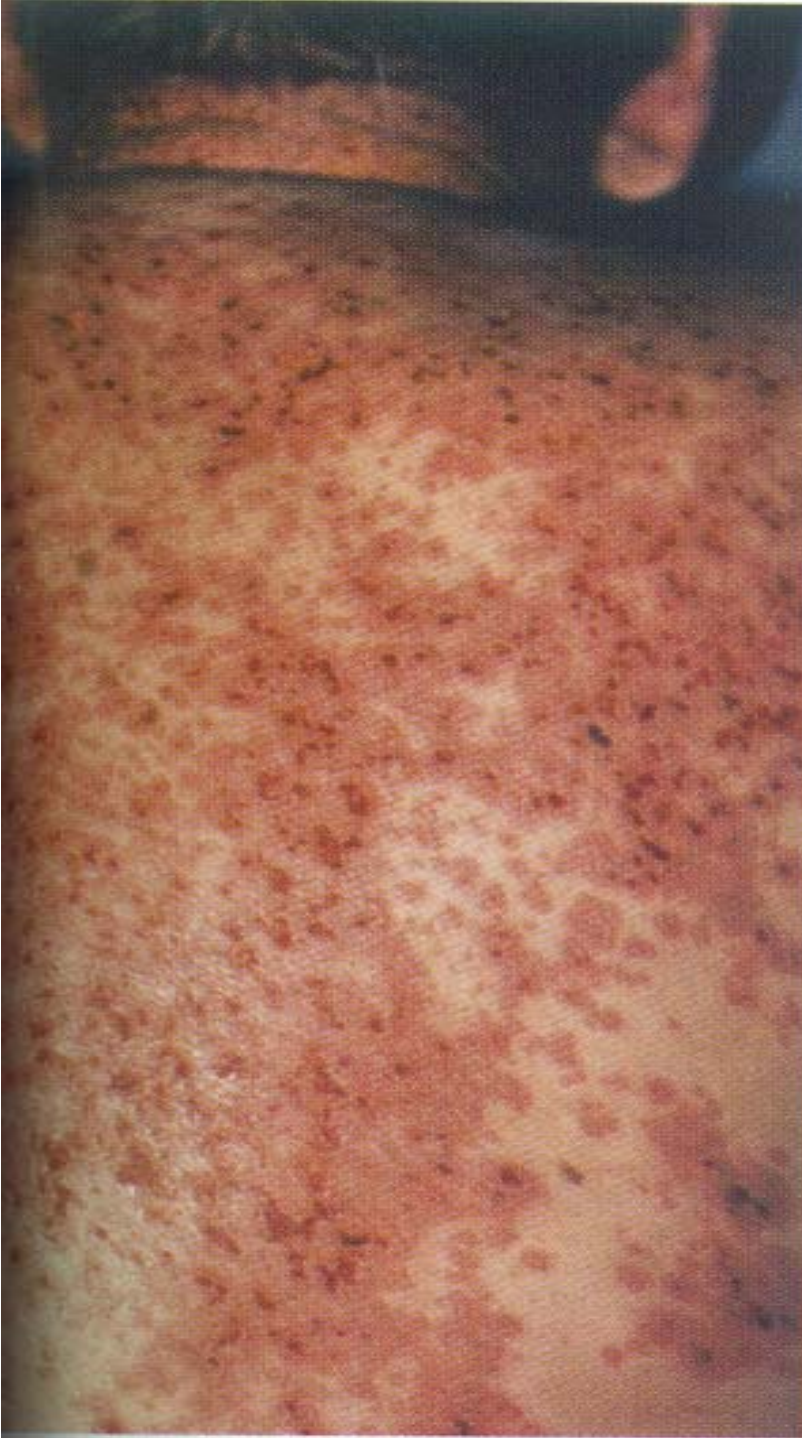
- Her ikisi tanıda, yatan hasta ise paranteral tedavi almalı
- Eğer öykü ile ilgili anormal bir organizma ise spekturum genişletilebilir
- Ve tabi ki göz hastalıkları konsültasyonu, gerekli ise

Herpes Zoster Enfeksiyonları

- Vücutun her yerinde görülebilir
- En sık torasik dermatomları sever
- Trigeminal sinir %10 gibi tutulur
- Yüz ve scalp potansiyel olarak en ciddi sekel riski olan alandır

Herpes Zoster Enfeksiyonları- Klinik

- Latent Varisella Zoster (LVS) enfeksiyonu yeniden aktifleşmesi bunlardan biridir
- İlk döküntüsü, su çiçeğidir. Ağrı veya ağrı algısı bozulması olur (3-5 gün)
- Eritematöz papüller, bu zeminde veziküllere döner ve 1 haftada söner
- Bağışıklık sistemi bozuk olanda yaygın olabilir



**Bağıışıklık yetmezliği
olan hastada
yaygın HSV
enfeksiyonu**



Herpes Zoster Enfeksiyonları- Klinik

- Trigeminal sinirin herhangi bir dalı tutulabilir
- Nazal bölgedeki veziküller nazosilier dal ile oftalmik tutulumu gösterir ve ciddidir
- Motor kök ganglionlarına yerleşerek paralizi ve güçsüzlük yapabilir
- Göz hareketleri kısıtlanabilir veya Ramsey-Hunt sendromundaki gibi yüz felci sağırlık ve baş dönmesi olabilir.





Herpes Zoster Enfeksiyonları- Tanı

- Ayırıcı tanısı;
 - Herpes simplex enfeksiyonu
 - İmpedigo
 - Kontakt dermatit
- Tzanck preparatı ve viral kültür ile tanı kesinleşir
- Oküler tutulumda konsültasyon şarttır

Herpes Zoster Enfeksiyonları- Tedavi

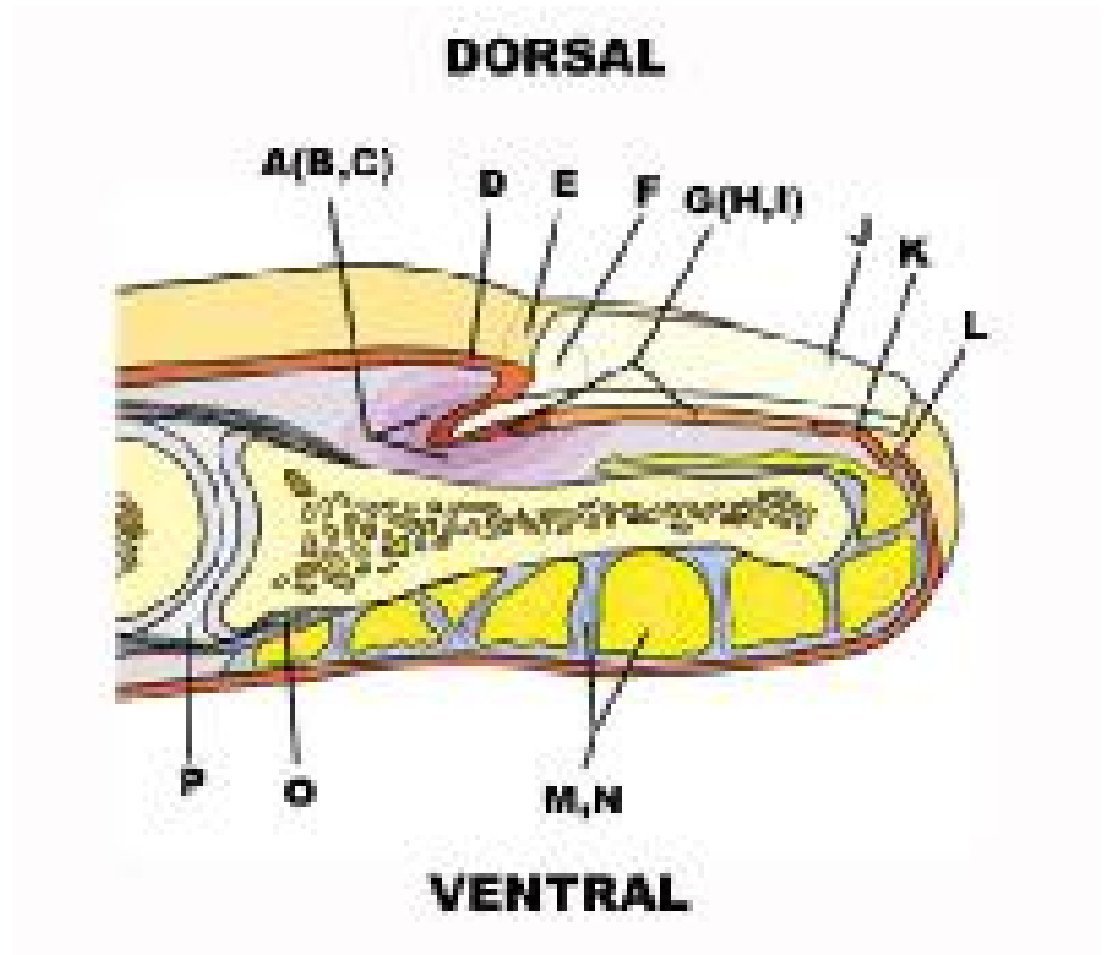
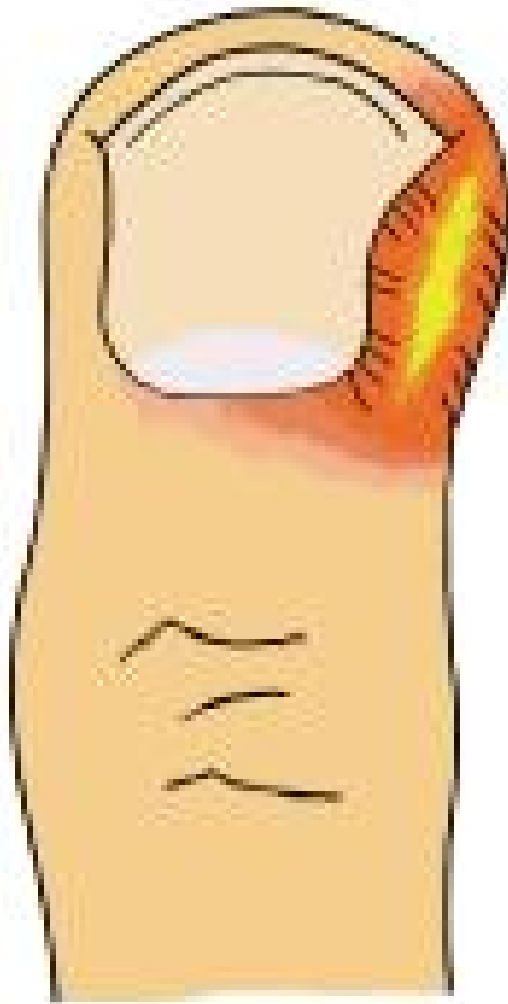
- Döküntülerden sonra 72 saat içinde verilen anti viral ajanlar etkilidir.
 - Ağrıyı azaltır
 - Lezyonları küçültür
 - Yeni lezyon oluşumunu azaltır
 - Postherpetik nöralji süresini azaltır
- 1:40'lık Demoboro solüsyonu, polisporin merhemi ve ağrı kesiciler
- Egzema Herpeticum (atopic dermatit +HSV veya VZV enf.)
- Herpes Simplex (HSV Tip I)

Paronişi

- Tırnak yatağı iltihaplanmasıdır
- Akut veya kronik olabilir
- Bayanlarda ve sıkça eli ıslak gezenlerde çokça görülür
- Sıkça travma ile tırnak yatağı ve cilt arasına bakteri invazyonu ile olur
- Akut enfeksiyonlarda sıkça etmen *Staf veya Grup A Streptokoklar*
- Kronikte ise *kandida, Staf ve Psödomanas'tır*

Paronişi-Klinik ve Tanı

- Hızlıca tırnak yatağı ve tırnak arasında şişlik, kızarıklık ve hassasiyet olur
- Ateşle beraber eritematöz bir döküntü yukarı uca ilerleyebilir
- Kronikte bulgular daha az alevli olup tırnakta enine bir çizgilenme olur
- Tanı öncelikli olarak klinik gidiş ve öykü ile konulur
- Kandida bakteriyel ayrımı için mantar kültürü yapılmalıdır



Paronişi-Tedavi

- Akut:
 - Abse ve fluktuasyonda; etkilenmiş alanın drenajı
 - Ilık su banyoları ile masaj
 - Lokal ve sistemik antibiyotik
- Kronik:
 - Mümkün olduğunca ıslatma
 - %2-4 Thymol ile alkol solüsyonu ile kurutma
 - Gerekli ise antifungaller vs

Eritema Nodosum

- Cilt altı yağ dokusunun iltihaplanmasıdır
 - Pannikülit
- Birden çok sebebi vardır ve her yaşta olabilir
- %40 etiyoloji bilinemiyor
 - Farmakolojik (sülfonamid, penisilin ve OKS)
 - Sarkoidoz
 - İnflamatuvar barsak hastalıkları
 - Gebelik
 - Behçet hastalığı
 - Lösemi ve lenfoma
 - İnfeksiyöz

Eritema Nodosum

Klinik, Tanı ve Tedavi

- Hassas, ılık nodül şeklinde kızarıklık
- Sıkça pretibial alanda izlenir
- Alt uzuvlar üste nazaran daha çok tutulur
- Birden çok lezyon olabilir ama üzerinde ülser varsa farklı bir pannikülit düşünülmeli
- Tanıda;
 - Klinik önemli
 - Tek lezyonsa bakteriyel selülit ?
 - Punch veya keserek biyopsi
- Tedavi; etyolojiye yönelik
 - K iodid, KS, uzvun istirahati, elevasyonu ve NSAİD's



İntertrigo

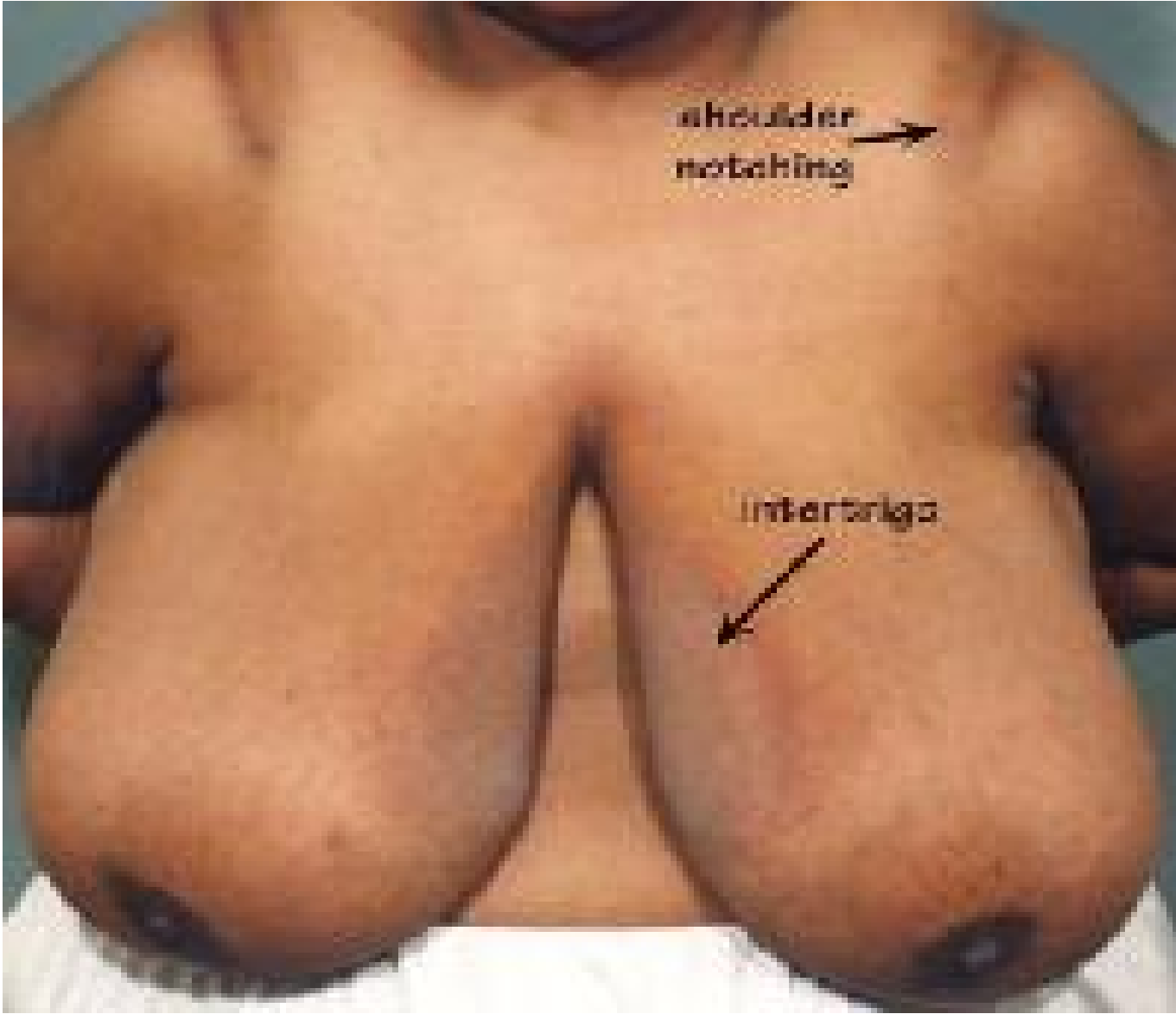
- Cilt katlantılarının (koltuk altı, meme altları vb.) ve kasıkların olduğu alanlar papuloskuamöz hastalıkların sıkça görüldüğü bölgelerdir
- Maserasyonlar, çatlaklar ve iltihabi hastalıklar
- Islak, sıcak ve apokrin salgılar
- Hidradenitis süpürativa

İntertrigo

- Kandidal intertrigo en sık rastlanan form
- Farklı katlantılar etkilenebilir
 - İnfantlarda
 - Kadınların kasık ve vulvalarında
 - Glans peniste (balanit)
 - Obes hastalarda
- Antibiyotik, sistemik KS kullanımı, idrar ve gaita inkontinansı, bağışıklık sisteminin baskılanması ve obezite predispozan faktörlerdir

İntertrigo-Klinik

- Tipik olarak; eritemli ve massere alan üzerinde küçük eritematöz papüller veya püstüller ile karakterizedir
- Uydu püstüller kandidanın diğer iltihabi intertrigolardan ayrımı için karakteristiktir
- Yanma veya kaşıntı hissi çok olur



shoulder
notching



intertrigo



İntertrigo-Etyoloji

- İnfeksiyöz
 - Tinea kruris, candida, eritrazma
- Dermatitler
 - Seboreik dermatit, iritan/allerjik kontakt dermatit, atopik dermatit, kronik Liken Simpleks
- Psöriyazis
- İnfestasyonlar (scabies)
- Neoplaziler (Bowen's H., Paget's H., Histiyositozis X)
- Hidradenitis Süpürativa
- Kutanöz Crohn H.
- Benign Ailesel Pemfigus
- Lenfoganüloma Venerum
- Granüloma İnguinalle
- Akrodermatitis Enteropatika (Zn, biotin veya esansiyel yağ asitleri)

İntertrigo-Tanı

- KOH testi
- Wood ışığı
- Biyopsi
- Kültür

İntertrigo-Tedavi

- Etkilenmiş alanın kuru ve serin tutulması
- Banyo sonrası fön ile kurutma
- Geniş ve ince giysiler
- Burow's Solüsyonu (alüminyum asetat)
- Demoboro's pudrası
- Lokal antifungaller (spektazol +AB)
- Oral antifungaller ve partner tedavisi
- İritanlardan uzak tutma

Hidradenitis Süpürativa

- Apokrin bezlerin kronik skarlarla iyileşen iltihabi hastalığı
- Özellikle kasıklar, intergluteal sulkus, vulva ve koltuk altları
- Puberteden sonra sıkça bayanlarda ve obeslerde
- Akne konglobata, skalp sellülitlerinde ve plonidal sinüslere eşlik edebilir
- Asıl olay bez ağzının yağ deşarjı ile tıkanması
- Bakteriyal enfeksiyon ikincil olup hastalıkta asıl sebep değildir

Hidradenitis Süpürativa-Klinik

- Derin, ağrılı, eritematöz nodül
- Steril abseye dönüp kendi kendine drene olabilir
- Kalıcı olup, periyodik olarak drene olabilir
- Skarla iyileşebilir
- Aynı yerde tekrarlama riski yüksek
- Komedonlar ve birden çok ağızlı nodüller karakteristik
- Skar; nokta, köprü veya hipertrofik
- Aynı yerde bir çok farklı formda lezyon (skar veya aktif)



Hidradenitis Süpürativa-Tanı

- Tanı kliniktir
- Lokalizasyon, lezyonların tipleri, komedonlar ve skarlar
- İnflame epidermal inklüzyon kisti, inflame plönidal kist, fronkül
- Kutanöz Crohn, Lenfogranüloma Venerum, gronüloma inguinale ve aktinomiçes infeksiyonu

Hidradenitis Süpürativa-Tedavi

- Medikal ve Cerrahi
- Lezyonun genişliği ve şiddetine göre
- Akut inflame olanlar; lezyon içi KS (triamsinolon)
- Akut inflame abseler; insizyon ve drenaj + Ab. (akne gibi)
- Daha önceki tedavilerde yetersizlik ve tekrarlarda; oral KS veya Isotrtinoin
- Dermatoloji konsültasyonu
- Antibakteriyel cilt temizleyicileri ve kilo verme vb

Eritema Multiforme

- Akut, kendi kendini sınırlayan döküntülü bir tablo
- İris veya hedef lezyon (tipik)
- Hafif veya orta ağırlıktan ölümcül Stevens-johnsons sendromuna geniş mukazal tutulumlu olabilir
- İlaç veya herpes enfeksiyonuna bağlı indüklenme sıktır
- Hücresel immün yanıt sebep gibi görünmekte
- Erkeklerde tutulum belirgin olarak fazla, mortalite %5 den az

Eritema Multiforme-Klinik

- 2. ve 4. dekatta fazla ama sfilise bağlı yenidoğan tutulumu bildirilmiř
- Öykü çokça basit ÜSYE nunu takiben 3 gün içinde olan sentripedal, simetrik ekstremitte döküntüleri ile karakterize
- Yine basit soğuk algınlığı veya ishal tablosunu takiben olabilir
- Ağrı sıkça yok, kaşıntı ve yanma hissi olabilir

Eritema Multiforme-Klinik

- Cilt lezyonları;
 - Soluk makül veya ürtiker plağı
 - Merkezi temiz veya papül, vezikül veya bül
 - Atipik hedef lezyonlar (iki halka iç içe)
 - Köbner fenomeni olabilir
 - Bazen polisiklik arkuat lezyonlar
 - Nikolsky bulgusu negatif
- Sıkça ekstensör yüzlerde, ekstremitelerde, boyun, yüz ve avuç içlerinde
- Mukoza tutulumu ve genital tutulum ağrılı ve gözde ciddi reaksiyonlar olabilir





Eritema Multiforme-Tanı

- Primer sebebe yönelik
 - İnfeksiyonlar
 - İlaçlar (Ab, anti konvülsan ve anti tbc vb)
 - Kontakt
 - Yiyecekler
 - Koruyucu maddeler
 - Döğme yaptırma vb.
 - Radyoterapi, soğuk, sıcak vs
- Biyokimya ve CBC ile ESR, kültürler belki

Stafilokoksik Haşlanmış Deri Sendromu (SHDS)

- Toksine bağlı exfolyatif dermatit
- Bül-SHDS, ağrılı eritemler
- Epidermolitik toksin A ve B, egzotoksin (S.Aureus)
- Erişkin bakıcılardan çocuklara
- Burun, el, perine ve aksilla
- Erişkinde hastane enfeksiyonu olarak

Stafilokoksik Haşlanmış Deri Sendromu (SHDS)

- Epidemi hiç görülmemiş
- Sellülit, sepsis ve pnömoni öldürücü
- Nazofarenks ve cilt enfeksiyonları
- Erişkinde %60'ın üzerinde öldürücü ve kan kültürü +
- Siyah çocuklarda az
- Erkeklerde 2 kat sık
- 5 yaş altı ve yenidoğan

Stafilokoksik Haşlanmış Deri Sendromu (SHDS)

- Enfeksiyon tabloları (üsye, konjonktivit gibi)
- Dramatik tablo (ciltte ağrılı kızarıklık döküntü, büller ve Nikolski bulgusu)
- Tanıda kültür ve biyopsi
- Büller (patlamamış) steril, boğaz, göz, gaita
- Penisiline dirençli antistafilokokal antibiyotikler
- Taşıyıcıların tespit ve tedavisi





Bitlenme

- *Sarcoptes Scabiei*
- Vücut dışında 3 gün
- İnsan epidermisinde 30 gün
- Tip IV hipersensitivite reaksiyonu
- Yılda 300 milyon vaka (dünya genelinde)
- Doğal felaketler, savaşlar ve gelişen ülkelerde prevalansı yüksek
- Str. Piyogenes, Staf. Aureus

Bitlenme

- Süper enfeksiyon, Str. Pyogenes
 - Akut post str. glomerülonefrit
 - Romatik ateş
- İmpedigo, sellülit
- Egzema veya Sedef H. ve dermatozların alevlenmesi
- Yaş ve cinsiyet farkı yok
- Çocuklarda ve cinsel aktif insanlarda sık
- Yaşlı, bağışıklık sistemi zayıf ve yatağa bağımlılar ile yaşlılarda sıklığı yüksek

Bitlenme-Klinik

- Dirençli kaşıntı (geceleri artan), vezikül ve kaşıntılı papüller
- Lezyonlar erişkinde;
 - El bileği iç yüzü, ayak sırtı, dirsekler, kalça ve genital bölge, elde parmak araları, srotum ve bayanda areola
- Çocukta;
 - Yüz, scalp, boyun ve avuç içleri başta hemen her yer
- Bağışıklık sistemi bozuk insanlarda tüm ciltte yaygın olabilir

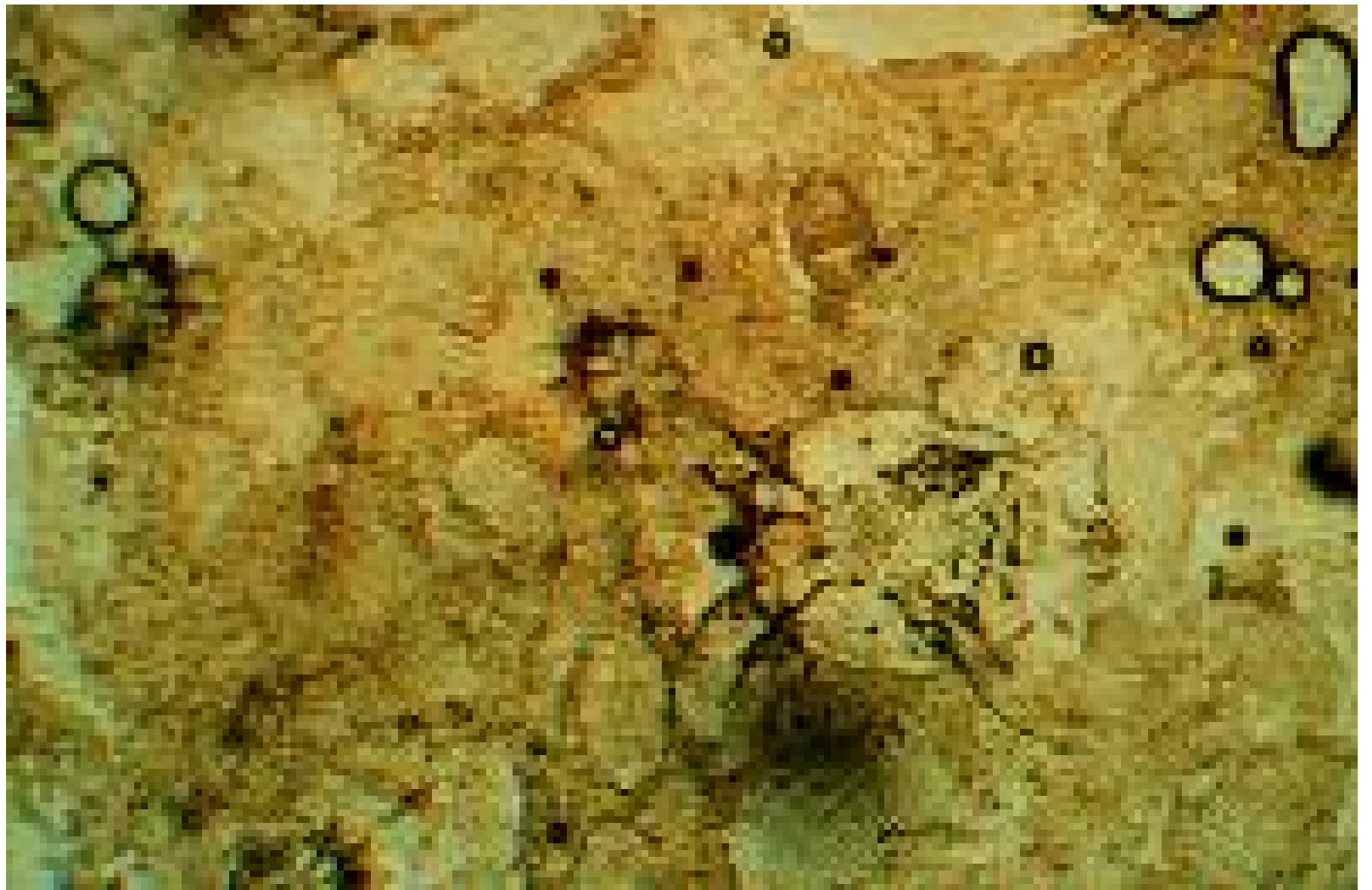


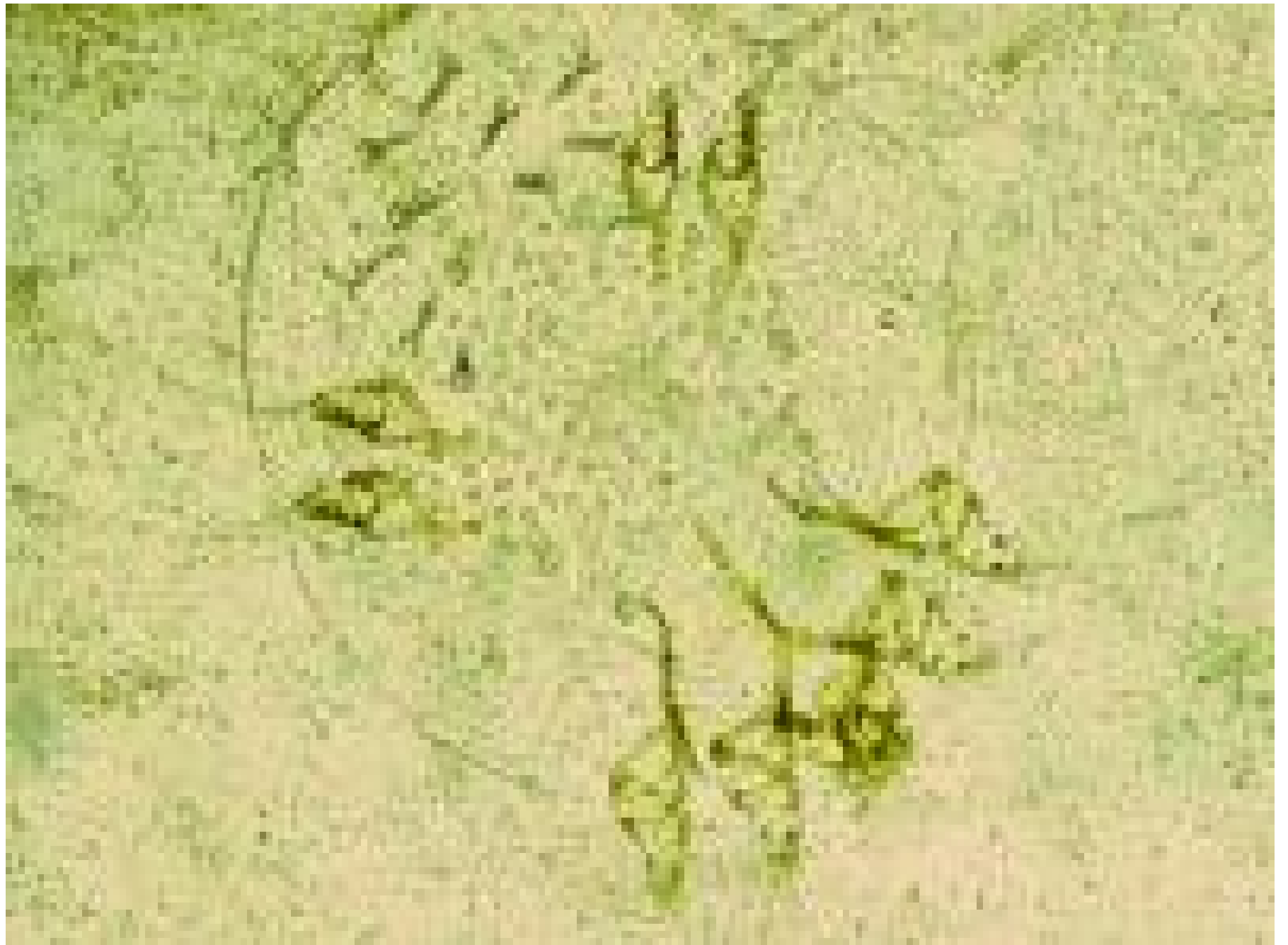




Bitlenme-Tanı

- Işık mikroskobu ile larvaların, etmenin kendisinin veya yumurtalarının görünmesi ile konur
 - Burrow mürekkebi ile (tipik)
 - Tetracyclin uygulaması ve wood bakısı ile yeşil görüntü (boyamadığı için geniş alanlarda tercih edilir)
- Ig E yüksekliği veya eosinofili
- DNA çalışması





Bitlenme-Tedavi

- Antipruritikler
- Scabicial ajanlar
- İkincil enfeksiyon var ise uygun Ab.
- Temas halindeki tüm aile (septom olmasa bile) tedavi edilir
- Tüm halı ve mobilyalar vakum ile temizlenir, tüm havlu ve çarşaf lar (1 hafta içinde kullanılan)
- Çocuklar tedaviden bir gün sonra okula gidebilir
- Oral İvermectine etkili (200-250 mcg/kg), topikal permethrine ve lindane

Yapılmaması Gerekenler

- Gereksiz steroid kullanımı
- Lezyonlu deri üzerinde santral damar yolu açılması
- Kesin tanı olmaksızın antibiyotik kullanımı
- Renkli antiseptik solüsyon kullanımı

- Gerekli ise yardımcı araştırmalar yapın
- Gerekli ise dermatoloji konsültasyonu isteyin ve/veya uygun sevki ayarlayın

TEŞEKKÜRLER