



**T.C.**

**DÜZCE ÜNİVERSİTESİ**

**TIP FAKÜLTESİ DERMATOLOJİ ANABİLİM DALI**

**DÜZCE YÖRESİNDE 65 YAŞ ÜSTÜ GERİATRİK  
HASTA POPÜLASYONUNDA DERMATOLOJİK  
HASTALIKLARIN PREVELANSI**

Tıpta Uzmanlık Tezi: Dr.Gizem Yavuzcan

Tez Danışmanı: Doç.Dr.Hakan Turan

**DÜZCE-ARALIK 2014**

Uzmanlık eğitimimde bilgi ve tecrübeleriyle büyük emeği geçen sayın Prof.Dr. Cihangir Aliağaoğlu ve tezimin hazırlanmasında katkılarını esirgemeyen tez yöneticim sayın Doç. Dr.Hakan Turan'a sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan birlikte çalıştığım kıdemli asistan arkadaşlarım olan Dr.Zehra Gürlevik ve Dr.Ersoy Acer'e de teşekkür ederim.

Düzce'de bulunduğum sürede, birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum ve benden her türlü yardımlarını esirgemeyen arkadaşlarım Dr. Esmâ Uslu ve Dr. Elife Başkan'a candan dostlukları ve kardeşçe destekleri için çok minnettarım.

Çalışma ortamımızda bize her türlü yardımı sağlayan poliklinik sekreterlerimiz Elif Subaşı, Serap Uysal ve birlikte çalıştığımız tüm servis hemşire, hemşire ve personellerine teşekkürlerimi sunarım.

Tezimin hazırlanması ve asistanlık dönemim boyunca her türlü anlayışı gösteren, hayatımın anlamı sevgili eşim Yrd. Doç. Dr. Ali Yavuzcan'a ;

Bugünlere gelmemdeki en büyük pay sahibi, beni nice fedakarlıklarla büyüten, sevgilerini bir an olsun esirgemeyen ve destek olan canım annem Ayşe Şakar ve babam Reşat Şakar'a ;

Beni kendi evlatları gibi seven, üzerime titreyen ve hep yardımcım olan eşimin annesi Remziye Yavuzcan ve babası Yavuz Yavuzcan'a ,

Ve; kucağımıza almayı beklediğimiz evladımıza ithafen...

Dr. Gizem Yavuzcan

01/01/2015-Düzce

## İÇİNDEKİLER

	<b><u>Sayfalar</u></b>
Özet.....	6
İngilizce Özet.....	7
Simgeler ve Kısaltmalar Dizini.....	8
1.Giriş ve Amaç.....	11
2.Genel Bilgiler.....	14
2.1. Yaşlılarda Cilt Hastalıklarına Ait Genel Bilgiler...	14
2.2 Senil Pruritus veya Kserozis.....	14
2.3 Ekzematöz Dermatit.....	15
2.4 Cilt Enfeksiyonları.....	17
2.5 Parazitik Enfestasyonlar.....	18
2.6 Grover Hastalığı.....	19
2.7 Besinsel Bozukluklar.....	19
2.8 Otoimmün Bozukluklar.....	20
2.9 Vasküler Bozukluklar.....	22
2.10 Fotosensitivite Bozukluklar.....	23
2.11 Neoplazi.....	24
2.12 Eritroderma.....	27
2.13 Paraneoplastik Sendromlar.....	27
2.14 Yaşlılarda Ayak ve Tırnak Hastalıkları.....	29
2.14.1 Staz Dermatiti.....	30
2.14.2 Kontakt Dermatit.....	30
2.14.3 Ülserler.....	31
2.14.4. Kaşıntı ve Kseroz.....	31
2.14.5 Ayak Dermatozları.....	32
2.14.6 Enfeksiyonlar.....	32

2.14.7 Tırnak Enfeksiyonları.....	33
2.15 Yaşlılarda Yüzeysel Mikozlar.....	34
2.15.1 Dermatofitoz.....	34
2.15.2 Tinea Versikolor.....	35
2.15.3 Kandidiyaz.....	35
2.16 Yaşlılarda Büllü Hastalıklar.....	36
2.16.1 Büllöz Pemfigoid.....	38
2.17 İlaç Reaksiyonları.....	39
2.17.1 Akneiform Lezyonlar.....	41
2.17.2 Akut Jeneralize Ekzantematöz Püstülozis.....	41
2.17.3 Alopesi.....	42
2.17.4.Anjiyoödem.....	42
2.17.5 Aftöz Stomatit.....	43
2.17.6 Siyah Kıllı Dil.....	43
2.17.7 Büllöz Erüpsiyonlar.....	43
2.17.8 Eritema Multiforme ve Stevens-Johnson Sendromu....	44
2.17.9 Eritema Nodosum.....	45
2.17.10 Ekzantemler.....	46
2.17.11 Eksfoliyatif Dermatit .....	46
2.17.12 Fiks İlaç Erüpsiyonları .....	47
2.17.13 Likenoid (Liken Planus Benzeri) Erüpsiyonlar.....	48
2.17.14 Lupus Eritematozus.....	48
2.17.15 Pemfigus Vulgaris.....	49
2.17.16 Fotosensitivite.....	49
2.17.17 Pigmentasyon.....	50
2.17.18 Pitriyazis Roze Benzeri Erüpsiyonlar.....	51
2.17.19 Kaşıntı.....	51

2.18.20 Psoriasis.....	52
2.18.21 Purpura.....	52
2.18.22 Toksik Epidermal Nekrolizis.....	53
2.18.23 Ürtiker.....	54
2.18.24 Vaskülit.....	54
3.Materyel ve Metod.....	56
4.Bulgular.....	57
4.1 Cinsiyet ve Hastalıklarla İlişkisi.....	63
4.2 Sosyodemografik Özelliklerin Hastalıklarla İlişkisi.....	66
4.3 Üç Farklı Yaş Grubunun Hastalıklarla İlişkisi.....	69
5.Tartışma.....	75
6.Sonuçlar.....	82
7.Kaynaklar.....	83
8.Ekler.....	91

# DÜZCE YÖRESİNDEKİ 65 YAŞ ÜSTÜ GERİATRİK HASTA POPÜLASYONUNDAKİ DERMATOLOJİK HASTALIKLARIN PREVELANSI

## **Özet:**

**Amaç:** Yaşlanma, deri dahil tüm organ sistemlerini etkileyen, önlenemeyen bir durumdur. Geriatrik yaş popülasyonu 65 yaş üzerini kapsamaktadır ve günümüzde geriatrik yaş popülasyonunda dünya çapında bir artış mevcuttur. Çalışmamızda amacımız Düzce ilinde yaşayan 65 yaş ve üstü geriatrik popülasyonda görülen dermatolojik hastalıkların prevalansını ve sosyodemografik özelliklerini belirlemektir.

**Gereç ve yöntem:** Çalışmamızda Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı polikliniğine Ekim 2013 – Ocak 2014 tarihleri arasında başvuran 65 yaş ve üzerindeki toplam 300 hasta dahil edilmiştir. Hastaların klinik ve sosyodemografik bilgileri kayıt altına alınmıştır.

**Bulgular:** Hastaların 130'u kadın, 170'i erkektir. Hastaların yaşı ortalaması  $73,57 \pm 6,80$  olarak saptanmıştır. Toplam 77 hastada ekzamatöz dermatit saptanmış olup oranı %25,7'dir. Hastaların 135 tanesinde (%45) kseroz görülmüştür. 15 hastada psoriasis vulgaris (%5), 73 hastada pruritus (%24,3), 5 hastada ise (%1,7) liken planus saptanmıştır. Fungal enfeksiyonlar 89 hastada (%29,7) saptanmıştır. En sık saptanan benign deri tümörü %27,3 oran ile izole seboreik keratozlardır. Malign veya premalign deri hastalıklarının çoğunu 25 hasta ile (%8,3) aktinik keratozlar oluşturmaktadır. Sellülitler 21 hasta (%7) ile en sık saptanan derinin bakteriyel enfeksiyonlarıdır. Derinin en sık viral enfeksiyonları ise 10 (%3,3) hastada saptanan zonadır.

**Sonuç:** Geriatrik yaş grubuna ait sık görülen dermatolojik problemlerin akılda tutulması birçok hastalığın erken tanı ve tedavisinde kolaylıklar getirecektir.

**Anahtar kelimeler:** dermatolojik hastalıklar, geriatrik, prevalans.

# PREVALENCE OF SKIN DISEASES IN GERIATRIC POPULATION AGED OVER 65 YEARS IN DUZCE PROVINCE

## **Abstract:**

**Purpose:** Aging is an unavoidable condition that affects the whole organ system including skin. Geriatric population covers the individuals aged 65 years and older. In time the geriatric population has shown an increase throughout the world. The aim of the present study was to analyze the prevalence of dermatological diseases in the geriatric population aged 65 years and older and identify the sociodemographic characteristics.

**Material and Method:** This study included 300 patients, who were aged 65 years and older and applied to the outpatient clinic of Department of Dermatology at the Faculty of Medicine at Düzce University between October 2013 and January 2014. Clinical findings and sociodemographic data of the patients were recorded.

**Results:** 130 of the patients were female and 170 of the patients were male. The average age of the patients was  $73.57 \pm 6.805$  years. A total of 77 (25.7%) patients were diagnosed with eczematous dermatitis. 35 patients (45%) had xerosis. Psoriasis vulgaris was detected in 15 patients (5%), while pruritus was detected in 73 patients (24.3%) and lichen planus in 5 patients (1.7%). Furthermore, 89 patients (29.7%) showed fungal infections. The most common benign skin tumors was isolated seborrheic keratosis (%27,3) . Cellulitis was the most commonly encountered bacterial skin infection with 21 patients (7%) affected. The most frequent viral skin infection was zoster, which was detected in 10 (3.3%) patients.

**Conclusion:** Keeping the dermatological problems frequently experienced by geriatric age group in mind may enable early diagnosis and treatment of several diseases.

**Key Words:** dermatological diseases, geriatric, prevalence

## **SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ**

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

DNA: Deoksiribonükleik asit

C3: Kompleman 3

IgG: Immunglobulin G

IgA: Immunglobulin A

IgM: Immunglobulin M

kDa: Kilodalton

UVA: Ultraviole A

UVB: Ultraviole B

OKT8: anti CD8 antikor

KTHL: Kutanöz T hücreli lenfoma

MF: Mikozis fungoides

KOH: Potasyum hidroksit

PAS: Periyodik asit-Schiff

ISM: İnterselüler madde

Anti-ISM: Anti- İnterselüler madde

DIF: Direk immünofloresan

PV: Pemfigus Vulgaris

M.Ö: Milattan önce

Vb: Ve benzeri

AIDS: Acquired Immune Deficiency Syndrome

FXE: Fiks ilaç erüpsiyonu

AN: Akantozis nigrikans

ACTH: Adrenokortikotropik hormon

AGEP: Akut jeneralize ekzantematöz püstülozis

SKD: Siyah kıllı dil

NSAİİ: Non steroid anti inflamatuvar ilaçlar

SLE: Sistemik lupus eritematozus

ANA: Anti nükleer antikor

INH: İzonyazid

ACE: Anjiyotensin converting enzyme

TEN: Toksik epidermal nekroliz

İKD: İrritan kontakt dermatit

BCC: Bazal hücreli karsinom

SCC: Skuamöz hücreli karsinom

DLE: Disoik lupus eritamatozus

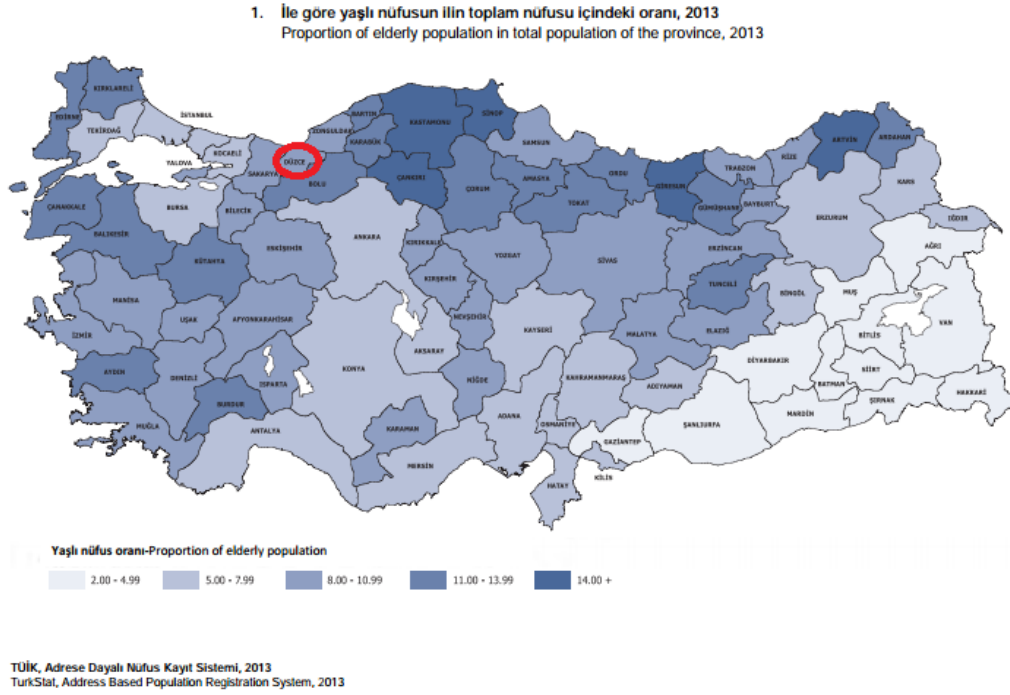
PAN: Poliarteritis nodosa



## 1.GİRİŞ VE AMAÇ

Geriatrik yaş grubu hastalar 65 yaş ve üzerindeki hastalar olarak kabul edilmektedir. Gelişen dünyada modern hayatın getirdiği zorluklarla beraber doğurganlık hızının azalması ancak buna karşın beklenen yaşam süresinin uzaması yaşlı popülasyonun nüfustaki oranının giderek artması sonucunu doğurmuştur (1). Tıptaki bilimsel ve teknolojik gelişmeler, hastalıkların önlenmesi ve erken dönemde teşhis ve tedavinin sağlanması, koruyucu sağlık hizmetlerinin gelişmesiyle bebek ölümlerinin azalması ortalama yaşam süresinin uzamasında etkili diğer faktörlerdir (2). Özellikle Avrupa ve Kuzey Amerika gibi endüstriyel ülkelerde geriatrik hasta popülasyonu oldukça yüksektir (3). Türkiye’de 2013 yılı verilerine göre yaşlı (65 ve daha yukarı yaş) nüfus 5891694’dür. Yaşlı nüfusumuz bu büyüklüğü ile Danimarka (5 584 728) ya da Finlandiya’nın (5 262 930) nüfuslarından fazladır. 2013 yılı itibariyle nüfusumuzun %7,7’sini yaşlı nüfus oluşturmaktadır. Birleşmiş Milletlerin tanımına göre bir ülkedeki yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranının %8 ile %10 arasında olması o ülke nüfusunun yaşlı, %10’un üzerine geçmesi ise çok yaşlı olduğu anlamına gelmektedir. TÜİK nüfus yansıtımlarına göre yaşlı nüfus oranının 2023 yılında %10,2; 2050 yılında %20,8; 2075 yılında ise %27,7’ye yükseleceği tahmin edilmektedir. 2075 yılında Türkiye’nin yaşlı nüfusunun yaklaşık 24,7 milyon olacağı ve bu değerle Avustralya’nın 2012 yılındaki toplam nüfusuna yaklaşacağı tahmin edilmektedir. 2013 yılı verilerine göre yaşlı nüfus oranı il bazında incelendiğinde, en yüksek yaşlı nüfus oranına sahip il %16,7 ile Sinop’tur. Sinop’u %15,7 ile Kastamonu, %14,3 ile Çankırı, %14,2 ile Giresun ve %14,0 Artvin illeri izlemektedir (2). TÜİK 2013 verilerine göre Düzce ilindeki toplam nüfusun % 8,7’sini yaşlı nüfus oluşturmaktadır (4) (Resim 1).

## Resim 1. İllere göre yaşlı nüfus ve Düzce ilinin durumu.



İlerleyen yaşla birlikte hücre yenileme kapasitesi, bariyer fonksiyonlar, kimyasal temizlenme kapasitesi, duyuşsal algılama, mekanik koruma, yara iyileşmesi, immün yanıt, ısı regülasyonu, ter üretimi, sebüm üretimi, D vitamini üretimi ve DNA tamir kapasite gibi derinin mevcut fonksiyonlarında azalma ortaya çıkmaktadır. Bunun sunucunda, deride kabalaşma, kırışıklık ve deri gevşekliğı gibi deri değışiklikleri yaşlı hastalarda sık gözükmeğtedir (5) . Ayrıca sistemik hastalık insidansının artışı, ultraviyole ışınlarla bağılı deri hasarı, kserozis varlığı ve periferik dolaşım bozuklukları geriatrik hastalarda deri hastalığı insidansını artırmaktadır (6,7). Geriatrik hasta grubunda deri hastalıkları sıklığıının %65 oranında olduğı ve çoğıu hastanın birden fazla dermatolojik probleme sahip olduğı bildirilmiştir (8).

Geriatrik yaş grubu hastalara verilecek sağıık hizmetlerinin planlanmasında ve koruyucu sağıık hizmetlerinin geliştirilmesinde yaşlı popülasyonla ilgili yapılacak epidemiyolojik çalışmaların yol gösterici olacağı düşünölmektedir (1). Bu çalışmada

hastanemiz dermatoloji polikliniğinde değerlendirilen 65 yaş ve üzeri hastalarda saptanan deri hastalıklarının tipleri ve bu hastalıkların cinsiyete, yaş grubuna ve coğrafik özelliklere göre dağılımları retrospektif olarak incelenmiştir.



## **2.GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Yaşlılarda Cilt Hastalıklarına Ait Genel Bilgiler**

Hem gelişmiş hem de az gelişmiş ülkelerde yaşlı nüfusun oranı artmaktadır ve yirmi birinci yüzyılda yaşlı kişilerin sayısı ikiye ve hatta üçe katlanacaktır (9).

Yaşlanmaya dair iki temel teori, yaşlanma genleri, hücresel yaşlanma, telomer kısalması, apoptoz ve dayanıklılık genlerinde bozukluk olduğunu ileri süren programatik teori ile oksidatif stres, amino asit rasemizasyonu ve nonenzimatik glikozilasyonu olası teorilerdir. Ayrıca immün sistemde azalan bir bozukluk olma olasılığı da vardır. Cilt değişikliği iki fenomenden etkilenmektedir: geçen zamanla birlikte meydana gelen gerçek yaşlanma ve güneşe maruziyetten kaynaklanan fotoyaşlanmadır (10).

Yaş ile birlikte azalan cilt fonksiyonları hücre yenilenmesi, bariyer fonksiyonu, duyuşal algı, mekanik koruma, yara iyileşmesi, immün yanıt vericilik, termoregülasyon, terleme ve sebum üretimi, vitamin D üretimi ve DNA onarımıdır (11).

Işığa maruz kalmamış ciltte yaşlanmanın kutanöz belirtileri kserozis (kuruluk), ince kırışıklık, ciltte incelme ve elastisite kaybı ile seboreik keratozların ve deri katlantılarının gelişmesidir (12). Yaşlılarda güneşe maruz kalan cilt hipopigmente ve eritem ile lekeli hale gelmekte, kalın ve derin kırışıklıklar oluşmakta ve epidermal displazi ile malign lezyon insidansı artmaktadır (13).

### **2.2 Senil Pruritus veya Kserozis**

Yaşlılarda en sık görülen ve rahatsız edici erüpsiyonlardan birisi jeneralize kaşıntıdır. Genellikle dermatolojik veya sistemik bir hastalık ile ilişkisizdir. Cilt kuru, kaba, pulsu ve asteatozis ile uyumludur. Pruritus kış mevsiminde genellikle daha kötüdür ve özellikle sıcak su ve “kuvvetli” deterjanlar ile sık yıkanma nedeniyle şiddetlenmektedir. Hasta akşam

kıyafetlerini çıkardığında yoğun kaşıntı krizleri yaşamaktadır. Kış aylarındaki düşük nem ve ısı düzeyi katkıda bulunmaktadır. Kaşıntı sekonder olarak ekzematize hale gelebilen ve stafilokoklar ile enfekte olan ekskoriyasyonlara yol açabilir. Topikal ilaçlar ve hazırlama ilaçlardan kaynaklanan iritan veya kontakt dermatit ya da nadiren altta yatan bir lenfoproliferatif hastalık (lenfoma veya lösemi), sistemik hastalık (diyabet, hepatik veya renal bozukluk) veya ilaçlarla ilişkili durumlar dışlanmalıdır.

### **2.3 Ekzematöz Dermatit**

Ekzematöz dermatit en sık görülen dermatolojik problemlerden birisidir (14). Asteatozis, nümmüler ekzema, akut kontakt iritan dermatit, enfeksiyöz ekzematoid dermatit, staz ekzeması ile ovalama ve mekanik sürtünmeden kaynaklanan psikojenik dermatozu daha komplike hale getirebilir. Nümmüler ekzema kabuklanan ve pullanan aşırı kaşıntılı, iyi sınırlı, veziküler “akıntılı” plaklardan oluşmaktadır. Akut veya subakut olabilir. Erüpsiyon yaygın olabilir ancak ekstremiteleri sever. Cilt kuru olma eğilimindedir ve nadir olmamakla beraber atopi ile ilişkilidir. Lezyonların diskoid doğada olması nedeniyle psöriazis ve tinea corporis’ten ayırt edilmesi gereklidir.

Seboreik dermatit kafa derisinin ince pul halinde dökülmesi ve yüz, gövde ve anogenital bölgede kuru, kırmızı ve pulsu cilt ile karakterizedir. Parkinson hastaları, kuadripleji ve emostonel distresi olan hastalarda görülen yüksek insidans ve hastalık şiddeti bu durumun merkezi sinir sisteminden etkilendiğini düşündürmektedir. Bu durum antifungal şampuan kullanımı ve hafif steroidli kremlerin tatbiki ile etkili şekilde tedavi edilebilir.

Staz dermatiti genellikle venöz yetmezlik, variköz venler ve pedal ödem ile ortaya çıkmaktadır. Venöz hipertansiyon ve derin ven trombozundan kaynaklanmaktadır. Hemosiderin birikiminden ötürü deride kahverengimsi renk değişikliği olmaktadır. Kronik ekzematöz dermatit ayak bileği etrafında ortaya çıkmaktadır. Travma ülserasyona neden

olabilir. Dermatit ve/veya ülserin komplikasyonları topikal ilaçların özellikle antibiyotiklerin kullanımından kaynaklanan selülit ve kontakt dermatiti içermektedir. Bazı topikal ilaçlar veya üstüne eklenen bir enfeksiyon, “İd” reaksiyonu adı verilen, özellikle ekstremitelerde simetrik ekzematöz dermatit ve/veya el ve ayaklarda dishidrotik ekzematöz dermatite neden olan otosensitizasyona neden olabilir.

Yaşlılar hastalık veya sosyoekonomik koşullar nedeniyle sıklıkla strese maruz kalmakta ve sonucunda psikojenik bozuklukların görülebileceği anksiyete ve/veya depresyon yaşamaktadır. Liken simpleks kronikus genellikle kaşıntılı lezyonlara odaklanan obsesif kişiliği olan bireyleri etkilemektedir. Bu kişilerin genellikle atopik bir zemini bulunmaktadır ve ciltlerini kaşıma veya öncül dermatiti ovalama eğilimindedirler. Diffüz likenifikasyon, “aslan yüzü” adı verilen görünüme neden olabilir. Lezyonlar tekil veya çoğul olabilir ancak her zaman parmakların ulaşabileceği yerdedir. Sık tutulan bölgeler ense kökü (“nukkal dermatit” adı verilir), dirseklerin ekstensör yüzeyi, ayak ve el bileklerinin fleksör yüzeyleri, anogenital bölge, dış kulak kanalı, el ayaları ve ayak tabanıdır. Lezyonlar sınırları zor ayırt edilen likenifiye ve skuamlı eritematöz plaklar şeklinde olup bazen psöriazis, fungal enfeksiyon veya mikozis fungoides’ten ayırt edilmesi gerekir. Anogenital kaşıntının psikoseksüel bir anlamı da olabilir ancak dışkılama ile tetiklenebilir. Vajinal enfeksiyonlar, kıl kurdu, diabetes mellitus, liken sklerosis et atrofikans ve psöriazis dışlanması gereken durumlardır (15).

Prurigo nodularis cildin duyuşal sinir innervasyonunda bir anormallik şeklinde ortaya çıkabilir. Ekstremitelerde ve özellikle orta yaşlı kadınlarda dağınık, aralıklı keratotik pigmente nodüller ile karakterizedir. Kaşıntı çok yoğun ve hatta ağrıdır. Ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken üç durum, hipertrofik liken planus, kutanöz amiloidozis, aktinik prurigo ve büllöz pemfigoiddir (15).

Nörotik ekskoriasyonlar, böcek sokması veya ovalama gibi bir faktörün neden olabilmesine rağmen belirli bir dereceye kadar kişinin kendisinin yaptığı durumlardır. Hastalar kompulsif şekilde ciltlerini çekiştirmekte ve ülserasyonları, nodülleri ve atrofik skarları içeren tüm gelişim aşamalarında lezyonların oluşmasına neden olmaktadır (15).

Diyabetik hastalar periferik duyuşal nöropati ile bunun üstüne travma veya sürekli basınca (dekübitüs) sekonder ciltte ülserasyon geliştirebilir (15).

Parazitos delüzyonları hastanın parazitlerin neden olduğuna ikna olduğuy kaynama hissi ile karakterizedir. Çoğunlukla kadın olan bu tür hastalar ciltlerinden materyal kazıp çıkararak bu inançlarını desteklerler. Hekim muayene sırasında parazit veya yan ürünlerini bulamaz. Psikoz, psikonöroz, toksik durumlar, besinsel eksiklikler, ilaç bağımlılığı ve arteriyoskleroz katkıda bulunan faktörlerdir.

## **2.4 Cilt Enfeksiyonları**

Yaşlılardaki cilt enfeksiyonları bakteriyel, fungal veya viral olabilir (14). Kaşıntılı, bal renginde krutlu erozyonlar ile karakterize impetigo (streptokokal), ince duvarlı gevşek büllerden oluşan büllöz impetigo (stafilokokal) ve özellikle yüz, kafa derisi ve perinede sınırları belirgin plaklar ile ortaya çıkan ve sıklıkla psöriazis olarak yanlış tanı alan erizipel (streptokokal selülit) bakteriyel enfeksiyonlar arasında yer almaktadır.

Fungal enfeksiyonlar dermatofitoz ve kandidiyazisi içermektedir. Dermatofit tutulumu esasen tinea pedis, onikomikoz ve tinea cruris şeklinde olmaktadır. Tinea pedis genellikle parmak arasında değişiklik ve distrofik tırnak değişiklikleri olsun veya olmasın makosen benzeri eritemli soyulmanın olduğuy bir dermatittir. Tinea cruris kasıkta halka şeklinde meydana gelen kaşıntılı eritematöz soyulmanın olduğuy bir erüpsiyondur. Tinea unguium klinik olarak tırnaklarda gevrek, kırılğan, hipertrofik ve distrofik hale gelebilen donuk opak sarımsı-beyaz renk bozukluğudur. Bu klinik ifadelerin hepsinde mikroskop altında septalı

dallanan hiflerin veya Sabaroud kültür ortamında spesifik tipte üremenin gösterilmesi ile tanı doğrulanır. Kandida enfeksiyonu fleksural, meme altları, anogenital ve perioral gibi nemli vücut kıvrımlarını sever. Erüpsiyonlar genellikle uydu püstülleri bulunan “et kırmızısı” damla şeklinde alanlar çermektedir; bazen genellikle kasık bölgesinde inflamatuvar kavisli lezyonlar şeklinde ortaya çıkar. Özellikle diabetik olanlarda ve/veya elleri sıklıkla ıslananlarda paronişiyal alan tutulabilir. Tanı yine mikroskopide psödohiflerin ve sporların veya kültürde karakteristik üremenin gösterilmesi ile koyulur. Diyabet, antibiyotikler, besinsel faktörler ve tükrük fonksiyonunun azalması eğilim oluşturan durumlardır (15).

Yaşlıları iki viral enfeksiyon etkileyebilir. Herpes zoster en sıklıkla yaşlılarda ve özellikle hastalık veya tedavi nedeniyle immünsüpresif hale gelenlerde görülmektedir. Hasta genellikle dermatomda ağrı, duyarlılık ve hiperestezi şikayet eder ve bu dermatomda daha sonra küçük göbekli veziküllerden oluşan ağrılı kümeler gelişir. Ağrı (post zoster nöralji) haftalar, aylar veya yıllar boyunca devam edebilir. Hastaların yaklaşık %5’i tutulan dermatomun dışında variselliform erüpsiyon geliştirebilir. Komplike olan motor değişiklikler idrar kesesi, rektal sfinkter ve barsağı tutabilir. Fasiyel sinirin oftalmik dalının tutulması kornea ülserasyonuna neden olabilir. Bir poxvirus tipi olan molluskusum contagiosum en sıklıkla çocuklarda görülmesine rağmen yaşlılarda da meydana gelmektedir. Lezyon pembemsi-beyaz kubbe şeklinde ve göbekli papüllerden oluşmaktadır. Yüzde özellikle tekil olarak çıkıyorsa hatalı şekilde bazal hücreli kanser tanısı alabilir (15).

## **2.5 Parazitik Enfestasyonlar**

Yaşlılarda iki parazitik enfestasyon meydana gelmektedir, skabiyez ve pedikulozis (16). Yaşlılarda skabiyezin atipik şekilde ortaya çıkabilmesine rağmen genellikle parmaklar, el bilekleri, dirsekler, an aksiller alan, memeler, genitaler, kalçalar ve karında küçük, aşırı kaşıntılı ekskoriye olmuş papüller halinde klasik bir klinik tabloda ortaya çıkar. Ancak

yaşlılarda genellikle daha az inflamasyon vardır ancak kaşıntı hala yoğundur ve olağan dışı bir bölge olan sırt tutulabilir. Hastanelerde yaşlılar klinik olarak tırnaklar, el ayakları ve ayak tabanlarının tutulduğu kabuklu eksfoliyatif eritroderma şeklinde ortaya çıkan Norveç uyuzu kapabilir. Tanı deri kazıntılarında akar, yumurta ve tipik fekal yumakların olduğu her hangi bir evrenin gösterilmesi ile koyulur. Bit enfestasyonları pedikülozis kapitis (saç biti), pedikülozis korporis (vagabond hastalığı, vücut biti) ve pedikülozis pubisi (kasık biti, pubis biti) içermektedir. Saçlı deri, aksilla veya pubis kıllarında ve kıyafetlerin dikiş yerlerinde bit ve/veya sirkeleri aranmalıdır. Pedikülozis pubis kıllarda sirkeleri ve pubiste yetişkin organizmaların gösterilebildiği kaşıntılı bir erüpsiyona neden olmaktadır. Yaşlılarda göz kapakları tutulabilir (15).

## **2.6 Grover Hastalığı**

Geçici akantolitik dermatoz (Grover hastalığı ) 40 yaşın üstündeki erkeklerde sıklıkla; nedeni bilinmemektedir (16). Kalıcı olabilir. Klinik olarak dağınık kaşıntılı eritematöz papüller veya papüloveziküller ile ensede, göğsün üst kısmında, sırtta ve gövdede kabuklanma vardır. Histolojik olarak akantolizis ve diskeratoz vardır.

## **2.7 Besinsel Bozukluklar**

Yaşlılarda uygun olmayan diyet veya altta yatan hastalıklar nedeniyle ikincil vitamin eksiklikleri olabilir (16). Skorbüt ve pellegra bunlara örnektir. Klinik olarak skorbüt perifoliküler hiperkeratotik papüller ile eritem ve purpura ile çevrelenmiş merkezinden yuvarlanmış saçlar ile karakterizedir. Hemoraji ciltte ekimoz, gingivada, gastrointestinal sistemde, merkezi sinir sisteminde, genitoüriner sistemde ve periost altında ortaya çıkabilir. Pelegra triptofan ve/veya B kompleksi vitaminlerinin özellikle nikotik asitin eksikliğinden kaynaklanmaktadır. Klinik belirtileri fotosensitiviteden ve eritem, veziküllü ödem ve

kabarcıklardan kaynaklanmaktadır. Akut erüpsiyonlar geçtikçe cilt kaba, yarıklı ve siyahımsı-kahverengi bir görünüm almaktadır.

## **2.8 Otoimmün Bozukluklar**

Büllöz pemfigoid, sikatrizan pemfigoid ve pemfigus vulgaris yaşlılarda nadir görülmeyen otoimmün kabarcıklı bozukluklar. Büllöz pemfigoid genellikle yaşlılarda ortaya çıkmaktadır ve kadınlarda daha siktir. Batı dünyasında en sık görülen otoimmün bozukluktur. Büllöz pemfigoid ile ilişkilendirilmiş olan ilaçlar arasında furosemid, sülfasalazin, penisilinler, kapitol, antipsikotik ilaçlar ve aldosteron antagonistleri yer almaktadır. Malignite ile ilişkisi tartışmalıdır. Hasta büllerin oluşmasından haftalar veya aylar önce kaşıntı ile başvurabilir. Büllerin başlamasından önce eritematöz kaşıntılı ürtikeryal dermatit veya ekzematöz bir süreç şeklinde de ortaya çıkabilir. Marjinal vezikülasyon ile şekilli eritem başka bir ortaya çıkış şekli olabilir. İnflamasyonun bulunmadığı büller yaşlıların büllöz erüpsiyonu şeklinde alt ekstremitelerde çıkabilir. Lezyonlar genellikle eritematöz veya normal görünümlü cilt üzerinde gergin kaşıntılı büller şeklinde görünmektedir ve ekstremitelerin ve alt abdomenin fleksural bölgelerini sever. Mukozalarda kabarcıklar nadirdir ancak deskuamatif gingivitis meydana gelebilir. Superepidermal kabarcıklı bir hastalıktır. Bazal membranda kompleman C3'ün üçüncü komponentinin ve IgG'nin bulunması immunopatolojik bulgulardır (15).

Sikatrizan pemfigoid cilt ve müköz membranları tutan subepitelyal büllü bir hastalıktır ve bu bölgelerde skar oluşumuna neden olmaktadır. Lezyonlar oral konjonktiva ve nazofaringeal, laringeal, özefajiyal, genital ve rektal mukozayı tutmaktadır. Cilt lezyonları olguların üçte birinde ortaya çıkmaktadır ve saçlı deri, yüz ve gövdenin üst kısmını sevmektedir. Gergin büller ve erozyonlar şeklinde görünmektedir. Hastalık kronik ve progresif olma eğilimindedir. Direk immüno Floresan incelemede epitelyal bazal

membranlarda immünrektanlar (esasen IgG ve C3 ancak ayrıca IgA ve IgM) bulunur. Brunstig-Perry pemfigoidi adı verilen bu hastalığın lokalize formu rekürren lokalize subepidermal büller ile baş ve boyunda skar oluşumu ile karakterizedir.

Pemfigus vulgaris derinin ve müköz membranların skar oluşturmayan, büllü bir cilt hastalığı olup eritematöz cilt üzerinde kolayda rüptüre olan ve geride erode alanlar bırakan gevşek büller ile karakterizedir. Müköz membranlar ve özellikle ağız sıklıkla tutulmaktadır. Yahudi ırkında, özellikle Askenazi Yahudilerinde artan bir yatkınlığın olmasına rağmen pemfigus genellikle tüm ırklardaki ve her iki cinsiyetteki orta yaşlı kişileri etkilemektedir. Hastaların genetik olarak diğer otoimmün hastalıklara yatkın olduğu görülmektedir. Klinik olarak cilt tutulumundan aylar önce özellikle ağızda, saçlı deride veya burunda lokalize hastalık olarak ortaya çıkabilir. Tercih ettiği cilt alanları saçlı deri, yüz, aksillalar, kasık ve fleksural bölgelerdir. Saçlı deri ve fleksural alanlarda lezyonlar vejetatif (pemfigus vejetans) hale gelebilir. Tırnak tutulumu distrofi ve paronişiye neden olabilir. Cilt lezyonlarının histolojisi kabarcık kavitesinde akantolitik hücreler ile supra-bazal hücre yarılmalarını göstermektedir. İmmünopatoloji desmosomlardaki demoglein 3 (hedef antijen) ile keratinositlerin hücre membranını bağlayan IgG otoantikörlerini göstermektedir (15).

Pemfigus foliaceus (yüzeysel pemfigus) pemfigus vulgarise göre daha az sık görülmektedir. Güney Amerika'nın kırsal alanlarında hastalığın endemik bir formu görülmektedir. Erüpsiyon genellikle saçlı deri, yüz, göğüs ve sırt gibi seboreik alanları tutmaktadır ve klinik olarak ağırlı kabuklu erozyonlar şeklinde ortaya çıkmaktadır ve hoş olmayan bir kokusu vardır. Bazen hastalar ekzfoliyatif eritroderme ile başvurmakta veya geliştirmektedir. Histopatolojik olarak stratum korneumun hemen altında veya daha üstteki granüler tabakada yüzeysel yarıklar ve büller görülmektedir. Büller dağınık granüler akantolitik keratinositler, nötrofiller ve fibrin içermektedir. Yukarıdaki değişikliklerden önce

eozinofilik veya nötrofilik spongiyoz görülebilir. Otoantikorlar (IgG) hedef antijen olan 160-kDa'lık desmosom kaderini olan desmoglein 1'i tanır.

Kollajen vasküler hastalıkların başlangıcı yaşlılıkta olabilir ancak genel olarak yaşlılardaki insidans daha yüksek değildir ve klinik ortaya çıkışı genç hastalarda daha sık görülen halden farklı değildir (16). Malignitelerin yaşlılarda daha sık görülmesi nedeniyle maligniteler ile ilişkili dermatomyozit nadir değildir. Bu hastalarda gösterilebilir miyozit olmaksızın (dermatomyozitsiz olmaksızın miyozit) dermatomyozit benzeri kutanöz erüpsiyon bulunabilir.

Sjögren sendromu gözler, ağız ve vajinanın muköz membranlarında kuruluk ile karakterize otoimmün bir bozukluktur. Romatoid artirit ile ilişkili olabilir. Minör tükürük bezinde lenfositik infiltratı gösteren dudak biyopsisi tanı koydurucudur.

## **2.9 Vasküler Bozukluklar**

Kronik vasküler yetmezlik valvüler yetmezliğe sekonder venöz hipertansiyondan kaynaklanmaktadır ve uzun süreli ayakta durma ve venöz tromboz ile artabilir; ayrıca herediter faktörler de bulunabilir. Ödem, varisler, kahve rengi renk değişikliği, yüzeysel neovaskülarizasyon, dermatit ve venöz ülserler (sıklıkla alt bacak medial) şeklinde belirtiler verebilir.

Şiddetli arteriyosklerozu olan hastalarda kutanöz kolesterol embolisi görülmektedir. Ateroembolizm, ateromatöz plaklardan kopan kolesterol kristallerinden kaynaklanmaktadır; spontan olarak ortaya çıkabilir veya intravasküler çalışmalar ve cerrahi prosedürleri komplike hale getirebilir. Mikroemboliler iç organların küçük arter ve arteriyollerini – gastrointestinal sistem, böbrek – ile merkezi sinir sistemi ve retinaı etkilemektedir. Ayak ve bacaklarda paroksizmal ağırlı iskemi, livedo retikularis, gangren (“warfarin” ayak parmakları gibi) ve ülserler kutanöz belirtileridir. Ayırıcı tanıda koagulopati sendromları ve PAN bulunmaktadır.

## 2.10 Fotosensitivite Bozukluklar

Güneş yaşlılarda foto yaşlanma veya dermatoheliaz, kutis romboidalis nukha, solar lentigo, Favre-Rachouchot sendromu, senil purpura, venöz göllenme ve üst ekstremitelerde stellat skarlara neden olmaktadır. Yaşlılarda görülen hipersensitivite reaksiyonlarından birisi aktinik retiküloid dermatittir. Sarışın yaşlılarda foto yaşlanma ciltte kabalaşma ve atrofi, yağ kaybı, buruşma ve ışığa maruz kalan alanlarda pigment değişiklikleri ile karakterizedir. Kronik olarak ışık hasarına uğrayan ciltte solar elastotik sendrom (dermiste elastotik materyal birikimi ile karakterizedir), kutis romboidalis nukha (boynun kalınlaşmış köselemsi cildinde kalın çizgiler ile karakterizedir) ve Favre-Rachouchot sendromu (kistler ve komedonlar ile nodüler elastozistan oluşmaktadır) sıklıkla gözlenmektedir. Işığa maruz kalan alanlarda, özellikle yüz ve ellerin dorsal kısmında pigmente maküllerin bulunduğu senil lentigo ve submental alanı tutmayan boyundaki retiküllü pigmente ve eritematöz erüpsiyon (poikiloderma benzeri) güneş ışığına kronik maruziyetin neden olduğu pigmente lezyonlar arasındadır. Vasküler değişiklikler ışığa maruz kalan alanlarda travmaya sekonder solar purpura, alt dudakta venöz ektazi (venöz göllenme gibi) ve frajil cildin yırtılarak purpura oluşturması ile eller ve ön kolların dorsal kısmında stellat skar oluşumudur (15).

Aktinik retiküloid dermatit, UVA veya UVB'ye ve hatta görünür ışığa aşırı yanıt ile ilişkili fotosensitivite bozukluğudur. Bazı hastalarda yaygın koku ve kompozit bitkilerin oleoresin ekstrelerine karşı kontakt allerji öyküsü vardır. Klinik olarak hastaların alın ve boyunlarında ilerleyerek aslan yüzü oluşturan likenifiye eritematöz plaklar vardır. Kaşıntı çok yoğundur. Psödolenfoma olarak tarif edilmiştir ancak malin lenfomaya dönüşüm bildirilmiştir. Histopatolojik infiltrasyon baskın olarak T-hücreli süpresör hücrelerdir (OKT8).

Yaşlı kişilerin çoğunlukla birçok ilaç kullanması nedeniyle fotosensitivite ilaç reaksiyonlarının ortaya çıkması çok muhtemeldir. Tiazid diüretikleri ve sülfonamid içeren hipoglisemik ajanlar sorumlu ilaçlar arasındadır. Naproksen ve furosemid kullanan hastalar güneşe maruz kalan cilt alanlarında porfiri benzeri erüpsiyonlar geliştirebilir (15).

## **2.11 Neoplazi**

Görülen tümörler benin kiraz anjioma, seboreik keratoz, aktinik keratoz ve lökoplakidir. Bowen hastalığı (skuamöz hücreli kanser in situ), meme dışı Paget hastalığı (adenokarsinoma in situ) ve lentigo maligna hastalığı intraepidermal neoplaziler arasındadır. Keratoakantoma, bazal hücreli kanser, skuamöz hücreli karsinoma ve melanoma epidermal karsinomlar arasındadır. Mikrositik adneksal karsinoma, anjiyosarkoma, Kaposi sarkomu, atipik fibroksantom, Merkel hücreli kanser ve T hücreli lenfomalar dermal neoplazmlar arasındadır (17).

Kiraz anjiyomlar gövde ve ekstremitelerin proksimalinde bulunan birçok parlak kırmızı ve morumsu renkte, yumuşak, 1-3 mm boyutunda papüllerdir. Seboreik keratozlar en sık görülen tümördür ve yüz, sırt, göğüs, karın ve ekstremitelerin proksimalinde simetrik olarak ortaya çıkar. Bu benin lezyonlar esmer-koyu kahverengi veya siyah yassı veya kubbeli verrüköz papüllerdir ve cilde yapışık görünmektedir. Aktinik keratoz (solar veya senil keratoz) güneşin hasarladığı ciltte 3-6 mm çapında kırmızı-kahverengi kaba keratotik papüldür. Lökoplaki yaşlılarda özellikle sigara içenler ve tütün çiğneyenlerde görülür ve sıklıkla epitelyal displazi ile mukozal yüzeyde beyazımsı yamalar şeklinde ortaya çıkar ve yaklaşık %10'u skuamöz hücreli karsinoma geliştirir.

Genellikle açıkta kalan alanlarda ve müköz membranlarda görülen bir intraepitelyal skuamöz hücreli karsinoma olan Bowen hastalığına Queyrat eritroplazisi adı verilmektedir. Bowen hastalığı açık tenli görünen erkekleri sever. Güneş ışınlarının ve arsenik maruziyetinin

neden olduğuna inanılmaktadır. Yaklaşık %30'unda multipl lezyon vardır. Hastaların %5'inde invaziv skuamöz karsinoma dönüşmektedir. Paget hastalığı ve meme dışı Paget hastalığı diğer intraepitelyal karsinomlardır. Meme lezyonu (Paget hastalığı) altta yatan memenin duktal karsinomu ile ilişkilidir. Meme dışı Paget hastalığı en sıklıkla vulva ve erkek genital organlarını, perianal bölgeyi ve aksilayı etkilemektedir. Lezyon kaşıntılı olabilen keskin sınırlı eritematöz sızıntılı plaktır. Meme dışı Paget hastalığı bazı vakalarda altta yatan adenokarsinomun bir uzantısını temsil etmektedir (15).

Keratoakantoma merkezinde keratin tıkaçı olan hızlı büyüyen kırmızımsı bir papüldür; benindir ve spontan olarak geriler. Histolojik ve klinik olarak iyi diferansiye skuamöz hücreli karsinoma benzer ve en sıklıkla erkeklerde güneşe maruz kalan cilt üzerinde ortaya çıkar.

Bazal hücreli karsinoma insanlarda en sık görülen malignitedir. Üç tipi vardır, nodüler-ülseratif, sklerozan ve yüzeysel (multisentrik). En sık görülen tipi olan nodülo-ülseratif tip yüzü sevmektedir ve telenjiektatik damarları olan translüsen eritematöz papül, nodül veya plak şeklindedir. Sklerozan lezyon sarımsı-beyaz sklerotik plak şeklindedir ve yüzeysel bazal hücreli karsinoma genellikle multipl olan kabarık ince duvarlı inflamatuvar bir lezyondur ve psöriazise benzer.

Skuamöz hücreli karsinoma açık tenli kişileri sever, erkeklerde daha siktir, güneşe maruz kalan alanlarda ortaya çıkar ve genellikle aktinik keratoz veya Bowen hastalığından köken alır. Aktinik keratoz skuamöz hücreli kansere dönüştüğünde orijinal lezyon daha inflamasyonlu ve sert hale gelir. De novo lezyon hızla genişler ve merkezi ülserli hale gelir. Güneşin hasar verdiği ciltte ortaya çıkan skuamöz hücreli kanserlerin metastaz eğilimi düşüktür (%0,5-3). Ancak, skuamöz hücreli kanser daha önceden hasarlanmış dokudan, örneğin yanık skarından ve sinüs traktından köken alabilir ve daha yüksek metastas insidansı ile daha fazla agresiftir (15).

Özellikle genç beyaz kadınlarda malign melanom insidansında artış olmuştur. Beyaz ırkta ömür boyu risk yaklaşık seksende birdir. Lezyon de novo olarak veya lentigo maligna gibi önceden var olan lezyonlardan köken alabilir. Malign melanomun dört primer tipi vardır: yüzeysel yayılan, nodüler, akrolentiginöz ve lentigo maligna. Prognozu tümörün kalınlığı (Breslow kalınlığı) ile doğru orantılıdır. Lentigo malign melanoma, melanomların yaklaşık %5'ini oluşturmaktadır. Lentigo malign melanoma düzensiz sınırları ve eşit olmayan pigmentasyonu ile kahverengi-siyah bir maküldür. Lezyon kadınlarda büyük olma eğilimindedir ve esasen orta yaşlı ve yaşlı kişilerde ortaya çıkmaktadır. Güneşe maruz kalan alanlar, özellikle yüz bölgesi olağan tutulum bölgeleridir. Hastaların %30-50'sinde 10-15 yıllık bir süreden sonra malign melanoma ilerler.

Kutanöz anjiyosarkoma genellikle yaşlı erkekleri etkilemektedir. İrradiasyon, vinil klorid, anabolik steroidler ve insektisitler ile ilişkilendirilmiştir. Klinik olarak nodülasyon ve ülserasyon olsun veya olmasın tam belli olmayan mavimsi plaklar şeklinde ve daha az sıklıkla eritematöz odunsu ödem ve skar bırakan alopesi şeklinde ortaya çıkar. Saçlı deri en sıklıkla tutulan bölgedir; diğer bölgeler burun, kulaklar ve dudaklardır. Servikal nodlar, akciğer ve karaciğer tercih ettiği metastaz bölgeleridir. Prognoz ve 5-yıllık hayatta kalım oranı kötüdür.

Kaposi sarkomu (multipl idiyopatik hemorajik sarkoma) birinci derecede cildi, özellikle bacakların altını ve elleri ve müköz membranları etkileyen içsi şekilli hücre agregatları ile endotel döşeli kanalların multisentrik neoplastik vasküler proliferasyonudur. Klasik formu endemik olup yaşlıları, özellikle merkezi Avrupa (Yahudiler, Polonyalılar, Ruslar) ve İtalyadakileri etkiler. Bazen diğer primer maligniteler ile özellikle lenforetiküler kökenli olanlar ile ilişki bulunmaktadır (15).

Kutanöz T hücreli lenfoma (KTHL) başlangıçta ciltte ortaya çıkan malign klonal T lenfositlerinin oluşturduğu hastalık grubunu içermektedir. Mikozis fungoides ve Sezary

sendromu en sık görülenleridir ve malign hücreleri genellikle yardımcı/başlatıcı (CD4) fenotipinde matür post-timik T hücreleridir. Mikozis fungoides (MF) en sıklıkla 5. dekattaki yetişkin erkekleri etkiler ve Afro-amerikanları tercih eder. Lezyonlar klasik olarak belirlenmiş kutanöz fazlarda 5-10 yıllık yavaş bir ilerleme gösterir. Poikilodermik olabilen eritematöz skuamlı yamalar, plaklar ve tümörler (nodüler ve ülser). MF ilerledikçe ekstra-kutanöz tutulum şansı artmaktadır. En sık tutulum yerleri bölgesel lenf nodları, akciğerler, karaciğer, dalak, gastrointestinal sistem ve beyindir (15).

## **2.12 Eritroderma**

Sezary sendromu KTHL'nin eritrodermik lösemi varyantıdır. İlaç erüpsiyonları, atopik dermatit, psöriazis ve kontakt dermatit gibi diğer potansiyel olarak eritrodermik durumlar bu durumu taklit edebilir. Klinik tablonun patognomonik olmaması nedeniyle klinik, histopatolojik ve immünolojik çalışmaların (monoklonal antikorlar ve gen yeniden düzenlenme çalışmaları) kombinasyonu ile tanı koyulmaktadır. Periferik kanda lökositoz ile %10'dan fazla çok kıvrımlı serebriform hücre çekirdekleri görülmektedir. Sendrom de novo olarak ortaya çıkabilir ve mikozis fungoides ile komplike hale gelebilir. Klinik olarak Sezary sendromu palmo-plantar keratoderma, alopesi, onikodistrofi, adenopati ve hepatosplenomegalinin eşlik ettiği eritrodermik kaşıntı ve deskuamasyonun olduğu bir dermatit tipidir. Hastalarda aslan yüzü gelişebilir (15).

## **2.13 Paraneoplastik Sendromlar**

Paraneoplastik sendromlar malignitenin direk bir parçası veya metastaz sonucu olmayan ancak varlığını önemli kılacak derecede sık görülen kanser ile ilişkili durumlardır. Bu sendromlar ilişkili oldukları maligniteden önce çıkabilir, onunla paralel gidebilir veya maligniteden bağımsız olabilir (17).

Eritema giratum repens odun tanesi paterni olan, genellikle hızla değişen ve sarmal şekilde soyulan ilerleyici bir eritemdir. Bu bozukluğun gidişatı beraberindeki akciğer, meme, üst gastrointestinal sistem ve ürogenital sistem malinitesinin gidişatı ile çok iyi koreledir.

Malign tüylenme ismi verilen hipertrikozis lanuginosa akuzita ileri derecede nadirdir ve çok yumuşak, non-medüller ve nonpigmente tüysü kılların (köpek yüzü) aniden ortaya çıkması ile karakterizedir. En sıklıkla akciğer, kolon, meme ve genitoüriner sistemdeki ilerlemiş malignite ile ilişkilendirilmiştir.

Pankreatik karsinomlar iki sendrom ile ilişkilendirilebilir: Subkutanöz yağ nekrozu ve nekrolitik migratuvar eritem. Yetişkinlerdeki subkutanöz yağ nekrozu pretibial alanlarda duyarlı eritematöz nodüllerin bulunması ile karakterizedir. Sıklıkla poliartralji, ateş ve eozinofili ile ilişkilidir. Serum lipaz, amilaz ve tripsin seviyeleri yüksektir. Nekrolitik migratuvar eritem, glukagonoma sendromunun kutanöz belirtisidir. Hastalarda kilo kaybı, halsizlik, diyabet, yüksek plasma glukagon ve hipoaminoasidemi mevcuttur. Mukokutanöz lezyonlar stomatit ve glossit, yüzün merkezi kısmını, alt abdomen, perine ve ekstremitelerini tutan yuvarlak veya kemer şeklinde eroziv kabuklu maküller veya papüllerdir.

Akrodermatitis paraneoplastik (Bazex sendromu) burun kemeri, kulaklar ve ekstremitelerin eritematöz soyulan psöriaziform dermatozudur. Sadece üst solunum yolu, üst sindirim kanalında karsinomu ile servikal veya mediastinal bölgede metastatik lenf nodu tutulumu olan hastalarda görülmektedir.

Malign neoplazmlar ile ilişkilendirilmiş iki kabarcıklı bozukluk pemfigus vulgaris ve paraneoplastik pemfigustur. Pemfigus vulgaris klasik histopatolojik ve immünolojik değişiklikler ve intraepitelyal kabarcıklar ile karakterize kabarcıklı mukokutanöz bir bozukluktur. İlişkili olan maliniteler timoma ve lenfoma ile over, tiroid, meme, uterus ve midenin tümörleridir. Paraneoplastik sendrom eritema multiforme, liken planus ve pemfigus

vulgarisin klinik özellikleri ile mukokutanöz ve polimorf cilt lezyonları ile karakterizedir. Histolojik olarak serumda direk ve indirek immüno Floresan ve immünopresipitasyon paternleri ile akantolizis ve keratinosit nekrozunun olduğu ara bir dermatit fazı vardır. Lenfoma, kronik lenfositik lösemi ve benin timoma gibi lenforetiküler neoplazmlar ile ilişkilidir.

Hastaların %25'inde multisentrik retikülohistiozitozis (lipoid dermatoartrit) meme, serviks, over ve akciğerlerin visereal maligniteleri ile ilişkilidir. Klinik olarak parmakların, ekstremitelerin ve müköz membranların eritematöz papüler ve nodüler erüpsiyonu ile karakterizedir. Genellikle kistik kemik değişikliklerinin olduğu poliartrit vardır. Histopatolojik görünüm tanı koydurucudur.

Vaskülit paraneoplastik bir sendrom olabilir. Vaskülitler granülomatöz komponent olsun veya olmasın küçük veya orta boyuttaki damarları tutabilir. En sıklıkla lösemi ve lenfoma ile ilişkilidirler.

#### **2.14 Yaşlılarda Ayak Ve Tırnak Hastalıkları**

Yüz cildi ile ilişkili şikayetler daha sık iken yaşlılarda bacaklar cilt şikayetlerinin en sık olduğu ikinci bölgedir. Bu şikayetlerin ortalama süresi iki yıl olup bir hekime danışmada meydana gelen gecikme maliyete, zahmete ve düzelme beklentisinin düşük olmasına atfedilmektedir (19). Alt ekstremitelerde görülen dermatozlar kserozis, staz dermatiti, kontakt dermatit, kutanöz enfeksiyonlar, ülserler, stellat psödoskarlar, boynuzlaşma ve kalluslar, tinea pedis ve tırnak distrofileridir (19-20). Etiyolojik olarak bacak ve ayak patolojisini yağ yastıkçığı atrofisi ve kollajen dejenerasyonu, osteoartrit ile ilişkili problemler, dolaşım bozukluğu ve diğer sistemik hastalıklar alevlendirmektedir (21). Cilt yaşlanmasının moleküler biyolojisi ile ilgili araştırmalar hem güneşe maruz kalan ciltteki hem de erkeklerin bacak cildinde olduğu gibi ışığa karşı korunan ciltteki (22,23). Kronik hasar mekanizmalarını

aydınlatmaya çalışmaktadır. Dermal mikrovaskülatürdeki bozukluk ve bunun sonucu olan besin alış verişi için yüzey alanında meydana gelen azalma kronik venöz yetersizliği olan hastalardaki kötü yara iyileşmesini kısmen açıklayabilir (24,25). Cilt kalınlığı ile yaş arasında genel bir ilişki olmadığı görülmektedir ancak ekstremitelerde cilt kalınlığının yaşla azaldığı görülmektedir (26,27). Postmenopozal kadınlarda hormon replasmanı bu dermal atrofiyi geciktirebilir (28).

### **2.14.1 Staz Dermatiti**

Yaşlıların %6,9'unda staz dermatitinin ortaya çıktığı bildirilmiştir (19). Klinik olarak staz dermatiti akut veya kronik olabilen, likenifikasyon, hiperpigmentasyon, iyileşen ülserler üzerinde fibrotik ve atrofik cilt ve skarlar ile ilişkili bilateral alt ekstremitede kırmızı, ödematöz, ekzematöz, ıslak erüpsiyon olarak ortaya çıkmaktadır (29). Potasyum hidroksit (KOH) ile muamele edilmiş deri kazıntıları ve fungal kültür ile staz fungal enfeksiyondan ayırt edilebilir. Kötüleşen rekürren staz epizodlarının nedeni ekskoriasyon ve beraberindeki enfeksiyon olabilir (30).

Oto-ekzematizasyon veya "id" reaksiyonu, alt ekstremitelerin şiddetli staz dermatitinin bir sonucu olarak yüzde, boyunda ve vücutta kaşıntılı bir dermatit şeklinde ortaya çıkabilir (30). İd reaksiyonu staz ile hastaların üçte birinde meydana gelebilir (31). Ve olasılıkla 1-2 haftalık 40 mg/gün prednizon veya yoğun tedavi için hastaneye yatış ile staz kontrol altına alınıncaya kadar sebat edecektir.

### **2.14.2 Kontakt Dermatit**

Staz dermatiti olan yaşlı hastalarda patch testi %60 oranında en azından bir pozitif patch testi insidansı olduğunu göstermektedir (32). Kronik ülserasyon alanlarına uygulanan topikal tedaviler bacaklardaki allerjik kontakt dermatitin en sık nedenidir (33,34). İd reaksiyonu distal

vücut bölgelerinde ortaya çıkabilir. Etkinliği şüpheli olan preparatların kullanımı sınırlanarak allerjik kontakt dermatit riski azaltılabilir (33).

### **2.14.3 Ülserler**

Alt ekstremitte ülserleri yaşlılarda sıktır ve yaş ile ilişkili cilt değişiklikleri, periferik vasküler hastalık ve konkomitan tıbbi problemlerden kaynaklanmaktadır (34). 1980'den bu yana hastaneden taburcu edilen hastalarda bası ülserlerinin prevalansında artış olmuştur (35,36). Bakım evi hastalarında gözlenen bası ülserlerinin yaklaşık üçte ikisi artık bu kurumlara ilk girişte mevcut olmaktadır (35).

Tüm bacak ülserlerinin %60-70'ini oluşturan venöz ülserler orta yaşlı ve yaşlı kadınlarda görülmektedir (37). Venöz ülserler venöz yetmezlik sonucu ortaya çıkmaktadır. Klinik olarak etrafında morumsu kahverengi plak barındıran sıklıkla medial malleol üzerinde yerleşen ağrısız ülsere lezyonlarıdır.

Arteriyel ülserlerin keskin zımba deliği şeklinde sınırları vardır ve sıklıkla pretibial olarak veya ayak parmaklarının üstünde çıkmaktadır. Venöz ülserlere göre daha ağrılı olabilirler ve hiperpigmentasyon ya da lipodermatoskleroz ile çevrili olabilirler. Diabetes mellitus, lupus eritematozus, romatoid artrit, kötü uygulanmış baskılı pansumanlar, sıcak su şişeleri ile yanıklar ile komatöz ve paralizli hastaların topuklarında basıncı hafifletilmemesi ülser oluşumuna yatkınlık yaratan faktörler olabilir (29).

### **2.14.4. Kaşıntı Ve Kseroz**

Yaşlılarda kaşıntı ve kseroz tüm cilt şikayetlerinin büyük bir kısmını oluşturmaktadır. Yaşlılarda en sık başvuru semptomu olan kaşıntı jeneralize veya lokalize olabilir. Kaşıntı gibi kseroz da bacakları fokal olarak etkileyebilir. Asteatotik ekzema olarak da adlandırılan kuru, pulsu “kış kaşıntısı” tercihen alt ekstremiteleri tutar. Hastalar rüzgarlı ve soğuk havada yeterli

koruyucu kıyafet giymek konusunda teşvik edilebilir. İç ortamda eş zamanlı olarak nemlendiriciler kullanarak düşük sıcaklıkları tercih ettirmelidirler. Yıkanma sıklığını azaltmak ve yumuşatıcı sabunlar ile nemlendiricilerin kullanımını artırmak hem asteotik ekzema hem de kaşıntıyı rahatlatılabilir. Dengesi bozuk hastanın küvet veya duşta kaymasını engellemek için banyo sonrası ıslak bir banyo bezi ile banyo yağları uygulanmalıdır. Laktik asit preparatları veya topikal steroidler bacaklarda ileri derecede pullanmış ve yarılmış ciltteki rahatsızlığı alabilir(29).

#### **2.14.5 Ayak Dermatozları**

Fiziksel zindeliğe yapılan vurgunun artması yaşlı hastalarda ayak şikayetleri insidansının artmasına yol açmıştır(21). Koşucular, bisiklet kullanıcıları, yüzücüler ve aerobik meraklılarında sıklıkla ayak problemleri olmaktadır ve 65 yaşın üstündeki hastaların %75'inde tıbbi dikkat gereken en azından bir ayak problemi vardır. Düzenli olarak görülen cilt problemleri hiperkeratoz, boynuzlar ve kalluslar, parmak deformiteleri, maserasyon, enfeksiyonlar ve tırnak distrofilerini içermektedir(29).

#### **2.14.6 Enfeksiyonlar**

Ayak hiperkeratozu ve maserasyonu inatçı olduğunda ardından enfeksiyon meydana gelebilir. Alt ekstremitte enfeksiyonları diyabetik hastaların en sık hastaneye yatış nedenlerinden birisidir(29). Diğer ayak ve bacak enfeksiyonları daha az şiddetli olabilir. Ayak parmağı aralıklarındaki maserasyon Wood lambası ile aydınlatıldığında pembe-kırmızı floresans ile görülen yüzeysel *Corynebacterium minutissimum* enfeksiyonu olan eritasma açısından şüphe ettirebilir. Onikomikozda sekonder bakteriyel enfeksiyon eşlik edebilir (38). Komşu metatars çukurlukları arasındaki alanları palpe etmek ikincil enfeksiyonu düşündüren ağrı ve eritemi ortaya çıkabilir. Yaşlı ve yatalak hastalarda skabiyez enfestasyonları atipik olarak ortaya çıkmaktadır(39) ve kırmızı papül yığınları bazen ekstremitte yerine daha çok

gövdede görülmektedir. Psöriazis, ekzema ve kontakt dermatit gibi yanlış tanılar almaktadır. Senil demans, kutanöz duyu yokluğu, immünosüpresyon ve kötü hijyen yatkınlık yaratan önemli faktörlerdir. Bakım tesisinde skabiyezi bulaştıran vektör olan hastada genellikle keratotik (Norveç) skabiyez vardır.

#### **2.14.7.Tırnak Enfeksiyonları**

Tırnağın fungal, bakteriyel ve viral enfeksiyonları yaşlılarda sıktır. Yaşlılarda nispeten daha sık görülen tinea unguium, KOH preparatı, tırnak yatağı veya plağının mantar kùltürü veya daha kesin olarak tırnak biyopsisi örneğinin periyodik asit-Schiff (PAS) boyalı incelemesi ile teşhis edilebilir (40). Tinea unguiumun dört tipi bulunur. Bunlar, en sık görülen çeşidi olan ve subungal hiperkeratoz ve onikoliz ile belirti veren subungal tip, en az görülen tipi olan ve beyaz bir lekenin proksimal tırnak katlantısından proksimal tırnak plağına doğru uzandığı proksimal subungal tip, tırnak yüzeyinde toz şeklinde beyaz birikim şeklinde görülen beyaz yüzeysel tip ve sıklıkla onikoliz ve tırnak plağının sarı renk değişikliği ile ilişkili olan Kandidal onikomikoz olan formudur.

Tırnak biriminin bakteriyel enfeksiyonu akut veya kronik olabilir (41). Akut bakteriyel paronişi stafilokok enfeksiyonunun oluşturduğu pürülan karakterde olup insizyon ve drenajın ardından oral antibiyotikler ile tedavi edilir. Kronik paronişi kırmızı, ödemli, hassas tırnak katlantıları olarak görülür ve Proteus veya Klebsiella benzeri Gram-negatif organizmalardan veya Candida'dan kaynaklanabilir. Kronik paronişi tırnak plağını deforme edebilir. Pseudomonas aeruginosa enfeksiyonunun tırnak plağında neden olduğu yeşil renk değişikliği onikolitik tırnağı çekerek ve günde üç kez topikal gentamisin veya sülfasetamid uygulayarak düzeltilebilir (42).

Distal parmakların viral enfeksiyonları diğer yetişkinlere göre yaşlılarda daha yaygın olmayabilir (43). Ancak, yaşlı hastalarda immün sistemin nispeten baskılanmış olması

periungual verrüka ve herpetik dolama gibi problemler için daha agresif tedavilere ihtiyaç olduğunu gösterebilir.

## **2.15 Yaşlılarda Yüzeysel Mikoelar**

Dünya popülasyonu yaşlanmaya devam ettikçe ve hastalarımız çeşitli çevresel değişikliklere, yeni antimikrobiyal tedavilere, immün sistemi baskılayıcı ilaçlara ve kemoterapötik kanser ajanlarına maruz kaldıkça hekimlerin yüzeysel mikoeları tedavi etme zorluğu ile karşı karşıya kalma ihtimali artacaktır (44).

Yüzeysel mikoelar esasen canlı olmayan, boynuzlaşmış cilt, saç ve tırnak tabakaların etkileyen fungal enfeksiyonlardır. Yaşlılarda kutanöz hastalıklardan sorumlu yüzeysel fungal enfeksiyonlar dermatofitoz, tinea versikolor ve kutanöz kandidiyaz ile varyantlarını içermektedir (44).

### **2.15.1 Dermatofitoz**

Dermatofitler epidermisin stratum korneum tabakası, tırnak, saç ve çeşitli hayvanların boynuzsu dokuları ile kuşların tüyleri gibi keratin içeren dokularda kolonize olma yeteneği olan taksonomik olarak ilişkili bir mantar grubudur (45). Keratinofilik mantarlar ekolojik perspektiften köken alan üç kategoriye ayrılabilir ve jeofilik (toprak kaynaklı), zoofilik (hayvan kaynaklı) ve antropofilik (insan kaynaklı) mantarlar olarak bilinmektedir. İnsanlarda dermatofit enfeksiyonlarından sorumlu üç cins *Trichophyton*, *Microsporum* ve *Epidermophyton*'dur. Bunlardan *Trichophyton* türleri yaşlılardaki dermatofit enfeksiyonlarının çok büyük çoğunluğundan sorumludur. Dermatofitozun ilk lezyonu inflamasyon ile çevrili küçük bir vezikül şeklinde ortaya çıkar. Primer lezyon periferik olarak büyüdükçe vezikül patlar ve geride halka şeklinde kabuklanma ile dermatofit enfeksiyonunun tipik halkamsı tinea veya "halka benzeri" lezyonunu bırakır. Etkilenen alanlardaki kabuklanmanın direk

mikroskopik incelemesi yüzeyel mantar enfeksiyonları için tipik olan çok dallı ve septalı hifleri (fungal elemanlar) ortaya çıkarır (44).

### **2.15.2.Tinea Versikolor**

Yaşlılarda nadir görülen tinea versikolor, endemik cilt florasının bir parçası kabul edilen lipofilik mayalar olan *Malassezia furfur* ve *Pityrosporum* türlerinin neden olduğu, stratum corneum tabakasının nüks eden kronik ve yüzeyel mikozudur. Şu anda *Pityrosporum* türlerinin (*P. Orbiculare*, *P. Ovale*) tercih edilen terminoloji ve tinea versikolor ile varyantları için kabul edilen etiyolojik ajanlar olduğu görülmektedir. Hastalık pullu, hipo veya hiperpigmente, tipik olarak perifoliküler yerleşimli değişiklik şekillerde maküller ile karakterizedir ve gövde, boyun, yüz, saçlı deri veya ekstremitelerin proksimalinde bulunabilir (46). Tinea versikolor yüksek nem, yüksek sıcaklık ve güneş ışınlarının sık maruziyetin olduğu tropikal iklimlerde yüksek prevalans ile ortaya çıkmaktadır. Tüm klinik varyantlar eşit cinsiyet dağılımına sahiptir. Ergenler ve genç yetişkinler en sıklıkla etkilenen gruplar olurken yaşlılar uzun süreli oklizon veya immün supresyon gibi özel koşullar altında etkilenmektedir (47).

### **2.15.3.Kandidiyaz**

Alışılmış kutanöz kandidiyaz eritematöz tabanda lokalize, yaklaşık 1-mm çaplı, birbiri ile birleşerek stratum korneum ve yüzeysel epidermiste daha yaygın eritem ve erozyonlar oluşturan püstüllerden oluşmaktadır. Kutanöz kandidiyazis, ısı ve terleminin arttığı koşullarda nemli ve vücudun kıvrım bölgelerinde ortaya çıkmaktadır (48). Çocuklardaki klasik formu bebek bezi kızarıklığıdır. Yetişkinlerde özellikle de yaşlılarda ayak parmak araları, kasık, koltuk altları ve meme altı katlantıları en sıklıkla tutulan bölgelerdir. Meme altındaki intertrigo belki de hekime ve dermatologlara en sık başvuru nedeni olan kandida enfeksiyonudur. Daha az tutulan diğer bölgeler kemer çizgisi ve kalçalardır. Ayak

parmaklarının arasında kaşıntı, kızarıklık ve erozyon gelişmesi “atlet ayağı” sendromunun önemli bir epizodik veya kronik bileşenini oluşturmaktadır. Ayrıca, elleri sıkça suyun içine giren veya deterjanlar ile tahriş olan ve perionişium ile parmak arası bölgelerde kronik inflamasyon ve enfeksiyona neden olan hastalarda kutanöz kandidiyaz mesleksi cilt hastalığı olarak bulunabilir. Bu bulgular özellikle kadınlarda yaygındır. Yaşlanan popülasyonumuz artıp daha uzun yaşadıkça daha fazla geriatrik mesleksi hastalığın görülmesi mümkündür ve kandida enfeksiyonları mesleksi cilt hastalıklarına katkıda bulunan primer veya sekonder bir faktör haline gelebilir (44).

İmmün bozukluğu olmayan konakta kutanöz kandidiyazın sık görülen formları yüzü genellikle tutmamaktadır. Ağız kenarları ve dudakları tutan perleş (angüler keileit) oral kandidiyaz ile ilişkili olabilir ve konak direncinde belirli bir derecede defekt olduğunu göstermektedir(49). Kandida enfeksiyonunun yaşlıları etkileyen en sık klinik alt tipleri vulvovajinal kandidiyaz, intertrigo ve kandidal paronişiyi içermektedir.

Hafif düzeyde immün supresyon, diyabet veya malinite varlığı ve kanser için kemoterapi veya diğer immünosupresif tedavilerin uygulanması gibi durumlar yaşlılarda kandida enfeksiyonlarının gelişmesine yatkınlık yaratabilir(48).

## **2.16 Yaşlılarda Büllü Hastalıklar**

Yaşlılarda büllü hastalıklar nadirdir; ancak yaşlı popülasyonun artması nedeniyle sıklık ve insidansın da artması mümkündür. Nadir olmalarına rağmen birçoğunun ciddi ve hatta fatal sonuçları olabilir. Pemfigus cilt ve müköz membranları etkileyen nadir görülen büllü bir hastalıktır; birçok varyantı vardır ve vulgaris tipi en sık formudur (50). Daha az görülen formları vejetan, foliaceus, eritematozus, ilaçların neden olduğu ve fogo selvagem tipini içermektedir (51). Pemfigus vulgaris her iki cinsiyeti eşit şekilde etkilemekte olup hastaların büyük kısmı 50-60 yaşlarında ortaya çıkmaktadır (51). Pemfigus vulgarisin sıklıkla

etkilediği diğer müköz alanlar larinks, farinks, özefagus, anüs ve genital bölgeyi içermektedir (50,51). Pemfigus vulgariste cilt tutulumu olduğuunda genellikle yüz, gövde, sırt, meme, kasık ve koltuk altlarında ortaya çıkmaktadır (50). Pemfigus vulgarisin gerçek pemfigus olmayan ancak kimi lezyonları pemfigus vulgaris ve eritema multiformeye benzeyen klinik açıdan heterojen bir fenotip ile kompleks semptomları olan paraneoplastik pemfigustan ayırt edilmesi gereklidir. Cilt ve müköz dokuları etkilemektedir ve lenfoma, kronik lenfositik lösemi ve bronkojenik karsinoma gibi tümörler ile ilişkilidir. Pemfigus lezyonlarına sıklıkla neden olduğu görülen ilaçlar penilisilamin, kaptopril, penisilin, seftazidim, rifampin, B-blokerler, progesteron, eroin ve pirazolin bileşikleridir (51). Pemfigus akantolizis ile karakterizedir (52). Epidermal hücreleri desmozomlar ile bağlayan interselüler maddeye (ISM) karşı otoantikolar üretilmektedir. Bu anti-ISM antikoları epidermisteki antijene bağlanarak plazminojenin plazmine dönüşümünden sorumlu enzimleri aktive eder. Plazmin daha sonra ISM'nin parçalanmasına neden olarak akantolizise ve böylece bül oluşumuna yol açar (52). Histolojik incelemede epidermis içindeki akantolizis, intra-epidermal vezikül oluşumu ile pemfigus için ayırt edici bir özelliktir. Pemfigus vulgaris ve vejetansta vezikül bazal membranın üstündedir. Pemfigus foliaceus ve eritematozus subkorneal vezikül oluşumu ile karakterizedir. Direk immünofloresana (DIF) incelemede etkilenmiş dokularda ve çevresindeki alanlarda homojen interselüler IgG ve C3 birikimi görülmektedir (50). Pemfigus vulgaris ve pemfigus foliaceuslu hastaların serumları test edilen substrat üzerindeki ISM'ye maddeye bağlanan bir antikor içermektedir. Hastaların büyük kısmında otoantikor titresi hastalık aktivitesi ve şiddeti ile paraleldir. Pemfigusun prognozu alt tipinin yanında bazı başka faktörlere göre değişmektedir. Vulgaris ve vejetansa göre pemfigus foliaceus ve eritematozusun prognozu daha iyidir. Ancak, kortikosteroid tedavisinin kullanılması PV'da mortaliteyi yaklaşık olarak %10 oranında azaltmıştır (51). Kötü prognozu ön görebilen faktörler başlangıç yaşı, hastalık progresyonu ve kortikosteroid tedavisine yanıtı içermektedir (53).

### 2.16.1.Büllöz Pemfigoid

Büllöz pemfigoid en sıklıkla 70 yaşın üstündeki kişilerde ortaya çıkan otoimmün büllöz hastalıktır (54). İlk semptomlar 24-48 saat içinde geçmeyen benin kalıntılı ekzematöz dermatit veya ürtikeryal kızarıklığa benzeyebilir ve haftalar veya aylar içinde gergin büllere ve kabarcıklara ilerleyebilir (55). Büllerin çapı 0,5 ile 7cm arasında değişmekte olup pemfigustan klinik olarak ayırt etmeye yardımcı olabilir (4). Rüptüre olan büller arkada post-inflamatuar pigment değişiklikleri bırakarak iyileşir (55). Büllöz pemfigoid subepidermal vezikül veya alttaki dermiste büller ile karakterizedir. Bu lezyonlar inflamatuvar infiltrat yönünden zengin veya fakir olabilir. İnfiltratın doğası sabit olabilir veya polimorfonükleer ya da eozinofilik hücreler baskın olabilir. Büllöz pemfigoid tanısı lezyonu çevreleyen cildin bazal membranında en sıklıkla IgG tipinde immünoglobulinlerin ve komplemanın varlığı ile doğrulanır. Büllöz pemfigoidli hastaların %70-80'inin serumunda anti-bazal membran antikoru saptanmaktadır (56). Büllöz pemfigoidin klinik gidişatı ön görülemez. Spontan erken remisyon ile kendini sınırlayıcı olabilir ancak uzun inatçı ve kronik bir süreci de olabilir. Ancak pemfigus vulgaris, müköz membran pemfigoidi ve epidermolizis bülloza gibi diğer büllü hastalıklara göre daha iyi bir prognozu vardır. Prognoz üzerinde etkisi olan faktörler yaş ve hastalığın yaygınlığını içermektedir. Büllöz pemfigoid tedavi edilmediğinde veya uygun şekilde tedavi edilmediğinde öldürücü olabilir ve mortalite %20-30 arasında olmaktadır (57). Dermatitis herperiformis yaşlılarda nadiren bildirilen bir büllöz hastalıktır. Bu otoimmün hastalığın erkeklerde hafif bir üstünlüğü vardır ve Avrupa kökenli kişilerde ortaya çıkmaktadır (58). Dermatitis herpetiformisli hastaların büyük kısmında çölyak hastalığına benzer ince barsak bozukluğu vardır (59). Bu lezyonlar dağınık yerleşimlidir, asemptomatiktir, mikroskopiktir ve hasta açısından klinik bir sonucu yoktur. Dermatitis herpetiformisli hastalar lezyonların ortaya çıkmasından yaklaşık 12 saat önce bölgesel iğne batması, kaşıntı veya yanma şeklinde semptomlar yaşayabilir (59). Jeneralize, şiddetli, yaygın

ve cilt lezyonları ile orantısız olan kaşıntı sıklığı ve hastalığın tanı koydurucu özelliği olabilir. Lezyonlar vezikül, papül, ürtiker veya küçük büller şeklindedir (55). Simetrik olarak dağılmış olabilirler ve sıklıkla bir arada gruplaşırlar veya yüz, yüzün saç çizgisi, omuzlar, dizler, kalçalar, sakral alanlar ve ön kolların ekstensör yüzeylerine dağılmış olurlar (59). Rutin histolojide eozinofilik apse adı verilen ve eozinofiller ile nötrofillerden oluşan inflamatuvar infiltrat ile dermal papillada veziküller görülür (58). Direk immüno Floresan incelemede dermal papillaların uçlarında karakteristik granüler IgA birikimi görülür. Serumda hastalığın aktivitesi ve şiddetli ile korele, endomiyosiuma karşı IgA antikorları mevcuttur (58).

### **2.17 İlaç Reaksiyonları**

İlaç reaksiyonları “tıptaki ilerlemeden kaynaklanan hastalıklar” olup modern ilaç tedavisinin faydalarına karşılık ödediğimiz bedeldir. İlaçların yan etkileri önlenemez. M.Ö. 42’de Publilius Syrus şöyle yazdı: “Hastalıktan daha kötü bazı şifalar vardır” (60).

Daha ve daha fazla kişi – esasen yaşlı popülasyon – tezgah üstünde ve reçeteli satılan daha ve daha fazla ilaç aldığı kaçınılmaz bir gerçektir. Tüm bozukluklar için – yüksek kan basıncı, gastrik ülser, diyabet, migren, yüksek kolesterol, vb. – yeni ilaçlar hemen her gün ilaç piyasasında yerini almaktadır. Maalesef, daha fazla ilaç reaksiyonu esasen cilt, saç, tırnak ve müköz membranlarda birçok ilaç nedeniyle artmaktadır (60).

Yüz yıl kadar önce aksi kutanöz reaksiyonlara neden olacak fazla sayıda ilaç yoktu ve 19. yüzyılda yayınlanan bir kitapta sadece bir ilaç “erüpsiyonu” vardır. 1950’den bu yana sistemik ilaç tedavisi muazzam şekilde arttı ve morfolojik olarak değişken yeni aksi olay serileri gözlenmiştir. Cilt reaksiyonları ilaç duyarlılığının en sık görülen belirtisidir. Hafif makülopapüler erüpsiyonlardan Stevens-Johnson sendromu, toksik epidermal nekrolizis, ekfoliyatif dermatit, anafilaksi, serum hastalığı, hipersensitivite reaksiyonları ve diğerleri gibi şiddetli, yaşamı tehdit edici durumlara kadar çeşitli kutanöz aksi olaylar ilaçlardan

kaynaklanabilir. Sistemik olarak uygulanan ilaçlar çeşitli ilaç reaksiyonları meydana getirmektedir. Aynı ilaç çeşitli tiplerde reaksiyon paternlerine neden olabilir ve birçok farklı ilaç morfolojik olarak benzer ilaç reaksiyonları oluşturabilir. Belirli bir ilaca spesifik reaksiyonların insidansı genellikle reçete edilen ilacın sıklığı ve kullanılan toplam miktar ile ilişkili olacaktır. Şu anki tahmin genel popülasyonun %2-3'ünün ve hastanede yatan popülasyonun %15 ile 30'unun ilaçlara karşı şiddetli yan reaksiyonlar geliştirdiği şeklindedir. Bu farklılık hastanede yatan hastaların genellikle daha yaşlı olması ve daha fazla ve farklı sınıfta ilaç verilmesidir. İlaç erüpsiyonları, cilt, saç, tırnak ve müköz membranlardaki yan etkiler herhangi bir dermatolojik antitenin şeklini alabilir. Sifilizin “en büyük taklitçi” olduğu söylenirdi. Şu anda en büyük taklitçi ilaç erüpsiyonudur. İnsidansı AIDS hastalarında yüksek olan istenmeyen ilaç reaksiyonları örneğin penisilin sonrası görülen ürtiker veya anafilaktik şok gibi dakikalar içinde ortaya çıkabilir veya penisilamin veya altın sonrası purpura veya ekfoliyatif dermatit ya da likenoid erüpsiyonlar gibi ortaya çıkmaları birkaç gün, hafta veya ay alabilir. Bir ilacın kullanımını, –genellikle hastanın en son aldığı yeni ilaç– ilaç erüpsiyonları (ekzantem, ürtiker, FXE, fotosensitivite, vb) ile ilişkili klasik morfolojik patern takip ettiğinde veya lityum ile akne ve psöriazis, oral kontraseptifler ile akne, fenitoin ile gingival hiperplazi ve diğerleri gibi önceden var olan bir cilt hastalığı ilaç alan hastada kötüleştiğinde aksi kutanöz reaksiyondan şüphelenilebilir. Ani, kaşıntılı ve simetrik kızarıklık belirdiğinde ayırıcı tanı listesinde ilaç erüpsiyonu ilk sırada yer almalıdır (60).

Akantozis nigrikans (AN) koltuk altları, boyun, inguinal alanlar ve diğer vücut katlantılarında simetrik olarak dağılan, cildin yumuşak, kadifemsi, kahve rengi veya grimsi-siyah kalınlaşması ile karakterize bir süreçtir. Sorumlu olan ilaçlar kortizon, lityum ve oral kontraseptiflerdir (60).

### **2.17.1 Akneiform Lezyonlar**

Akneiform erüpsiyonlar akne vulgarise benzeyen ve klinik olarak papül veya püstül gibi ortaya çıkan inflamatuvar foliküler reaksiyonlardır. Monomorfik reaksiyonlardır, monomorfik bir görünümüleri vardır ve daha çok vücudun üst kısımlarında bulunurlar. Akne vulgarisin aksine komedonlar nadiren mevcuttur. Aşağıdaki durumlar akneiform erüpsiyondan şüphelenilebilir:

- (1) Başlangıcı ani olduğunda,
- (2) Mevcut akne lezyonlarında kötüleşme olduğunda,
- (3) Başlangıcından itibaren oldukça yaygın olduğunda
- (4) Görünüm monomorfik olduğunda
- (5) Yerleşimi akne için olağan dışı olduğunda, örneğin distal ekstremiteler tutulduğunda,
- (6) Bilinen akne için hastanın yaşı sıra dışı olduğunda,
- (7) Sorumlu potansiyel ilaca maruziyet olduğunda

Akneiform erüpsiyonlardan en sık sorumlu olan ilaçlar adrenokortikotropik hormon (ACTH), androjenik hormonlar, anti-konvülzanlar (hidantoin türevleri, fenobarvital, trimetadon), kortikosteroidler, danazol, disulfiram, halidler (bromidler, kloridler, iyodidler), lityum, oral kontraseptifler, tüberkülostatikler (ethionamid, izoniyazid, rifampin) ve B2, B6 ve B12 vitaminleridir (60).

### **2.17.2 Akut Jeneralize Ekzantematöz Püstülozis**

Yüz veya vücudun katlantı alanlarında ortaya çıkan akut jeneralize ekzantematöz püstülozis (AGEP) yüzlerce küçük yüzeysel püstül ile kaplı hızla büyüyen, yaygın,

skarlatiniform erüpsiyon ile karakterizedir. Çoğunlukla yüksek ateşin eşlik ettiği AGEP penisilin ve makrolid antibiyotikler ile sıklıkla ilişkilidir ve genellikle ilaç maruziyetinden sonraki 24 saat için ortaya çıkar (60).

### **2.17.3 Alopesi**

Birçok ilacın saç kaybına neden olduğu bildirilmiştir. Sıklıkla diffüz olarak ortaya çıkan alopesi erkeklere göre kadınları daha sıklıkla etkilemektedir ve çoğu durumda saçlı deri ile sınırlıdır. Doza bağımlı olan ve tedavinin başlangıcından yaklaşık iki hafta sonra ortaya çıkan sitostatik ajanlar ile ilişkili saç kaybı. Saçın anagen siklusunda (büyüme) meydana gelen kesintinin bir sonucudur. Diğer ilaçlar ile saç kaybı ilacın başlangıcından 2-5 ay sonrasına kadar başlamaz. Kolesterol düşürücü ilaçlarda difüz alopesi normal keratinizasyonun engellenmesinin bir sonucudur. Saçlı deri normaldir ve tedavi kesildikten sonra bir-üç ay içinde ilacın neden olduğu alopesi hemen daima düzelir. Yeniden büyüyen saç sıklıkla pigmentsizdir ve bazen kıvırcıktır. En sık sorumlu olan ilaçlar sitostatik ajanlar ve antikoagulanlardır ancak hormonlar, antikonvülzanlar, amantadin, amiodaron, kaptopril, kolesterol düşürücü ilaçlar, simetidin, kolşisin, etretinat, isotretinoin, ketokonazol, ağır metaller, lityum, penisilamin, valproik asit ve propranolol gibi sık kullanılan çeşitli ilaçlar ile saç kaybı meydana gelebilir (60).

### **2.17.4 Anjiyoödem**

Anjiyoödem dermis yerine esasen subkutanöz dokuların tutulduğu ürtikerin bir varyantı için kullanılan bir terimdir. Quincke ödemi, dev ürtiker ve anjiyonörotik ödem olarak da bilinen bu akut, kaybolan, cilt rengindeki dairesi ödem genellikle en gerilebilir dokular olan dudakları, göz kapaklarını, kulak memelerini ve genital organları etkiler. Ayrıca dilin müköz membranlarını, ağız ve larinks de etkileyebilir. Anjiyoödem sıklıkla tek taraflı,

asimetrik ve kaşıntısız olan semptomları genellikle bir veya iki saat sürer ancak 2-5 gün kadar sürebilir.

### **2.17.5 Aftöz Stomatit**

Aftöz ülser olarak da bilinen aftöz stomatit oral müköz membranların sık görülen bir hastalığıdır. Küçük, münferit veya grup halinde papül veya vezikül şeklinde ortaya çıkan bu ağrılı lezyonlar, ince, kırmızı bir sınır ile çevrili grimsi-sarı tabanlı olan küçük (2-5 mm çaplı), yuvarlak, sıg ülserasyonlar haline gelir. Çoğunlukla labial ve bukkal mukoza üzerine yerleşen bu aftlar 10-14 gün içinde skar oluşturmadan iyileşir. Rekürrens yaygındır. En sık neden olanlar aspirin, kaptopril, diflunisal, altın, ibuprofen, naprozen, paroksetin, sülfametaksol ve terbinafindir (60).

### **2.17.6 Siyah Kılılı Dil**

Siyah kılılı dil (SKD) (*lingua villosa nigra*) dilin ön üçte ikilik kısmındaki filiform papillaların benin hiperplazisi şeklinde ortaya çıkmaktadır. Genellikle siyah, kahve rengi veya sarı pigmentasyonun bulunduğu bu papiller uzantılar pigment üreten bakterilerin aşırı büyümesine atfedilmektedir ve 2 cm kadar uzayabilir. Sadece yetişkinlerde ortaya çıkan SKD oral antibiyotiklerin kullanılması, kötü diş hijyeni ve aşırı sigara içimi ile ilişkilendirilmiştir (60).

### **2.17.7 Büllöz Erüpsiyonlar**

Büllöz ve veziküler ilaç erüpsiyonları, uygulanan ilaçların bir komplikasyonu olarak bül ve veziküllerin ortaya çıktığı hastalıklardır. Büller ilaçlara verilen kutanöz reaksiyonların iyi bilinen bir belirtisidir. Birçok ilaç reaksiyonu tipinde diğer belirtilere ek olarak büller ve veziküller görülebilir. Eritema multiforme, Stevens-Johnson sendromu, toksik epidermal nekrolizis, çok yoğun olduğunda fiks erüpsiyonlar, ürtiker, vaskülit, porfiri kutanea tarda ve

fototoksik reaksiyonlarda (furosemid ve nalidiksik asit nedeniyle) büller genellikle kaydedilmektedir. Bromoderma ve iyododerma ile barbitürat doz aşımında gergin, kalın duvarlı büller görülebilir. Nadalol, penisilamin, piroksikam, prosalenler, rifampin, klonidin, furosemid, diklofenak, mefenamik asit, bleomisin ve diğerleri büllöz er psiyonlara ve büllöz pemfigoide sık neden olan ilaçlardır (60).

### **2.17.8 Eritema Multiforme ve Stevens-Johnson Sendromu**

Eritema multiforme çoğunlukla öncesindeki herpes simplex veya mikoplazma enfeksiyonu ile ilişkili olan nispeten sık görülen, akut, kendini sınırlayan, inflamatuvar bir reaksiyondur. Bahsedilebilecek diğer birkaç neden bağ dokusu hastalığı, fiziksel ajanlar, X-ışını tedavisi, gebelik ve internal malignitelerdir. Olguların %50'sinde hiçbir neden bulunamaz. Eritema multiforme hakkında yapılan yeni prospektif bir çalışmada sadece %10'u ilaçlar ile ilişkiliydi. Erüpsiyon 12-24 saatlik süre içinde hızla ortaya çıkar. Olguların yaklaşık yarısında ateş, halsizlik ve değişik derecelerde kas ve eklem ağrılarının eşlik ettiği üst solunum yolları ile ilişkili prodromal semptomlar vardır. Klinik olarak mavimsi-kırmızı, iyi sınırlı, maküler, papüler veya ürtikeryal lezyonlar ile klasik iris veya hedef lezyonları, bazen merkezi veziküller ile büller veya purpura tercihen ekstremitelerin distalinde özellikle ellerin arka yüzeyinde ve  n kolların ekstensör yüzeylerine dağılmıştır. Lezyonlar periferde doğru yayılma eğilimindedir ve el ayaları ve gövde ile ağız ve genital organların müköz membranlarını tutabilir. Lezyonların merkezinde iyileşme ve lezyonların üst üste binmesi genellikle kemer şeklinde, anüler ve sarmal paterne neden olmaktadır. Lezyonlar bir haftalık veya on günlük süre içinde ortaya çıkar ve sonraki iki haftada geriler (60).

Eritema multiformenin şiddetli ve bazen de ölümcül bir varyantı olan Stevens-Johnson sendromunun hızlı bir başlangıcı vardır ve aşağıdakilerden biri veya hepsi eşlik etmektedir: ateş, miyalji, halsizlik, baş ağrısı, artralji ve oküler tutulum ile bazen büller ve erozyonlar

vücut yüzeyinin %10'dan azını kaplamaktadır. Ağrılı stomatit erken ve dikkat çeken bir semptomdur. Dudaklar, ağız ve genital bölgedeki müköz membranlar üzerinde hemorajik büller ortaya çıkabilir. Hastalar genellikle yüksek ateş ile akut şekilde hastadır. Erüpsiyondan lezyonların iyileşmesine kadar geçen süre altı haftaya kadar uzayabilir. Aşağıdaki ilaçlar sıklıkla eritema multiforme ve Stevens-Johnson sendromu ile ilişkilendirilmiştir: allopürinol, antikonvülzanlar (fenitoin), barbitüratlar, karbamazepin, östrojenler/progestinler, altın, NSAİİ, penisilamin, sülfonamidler, tetrasiklin ve tolbutamid (60).

### **2.17.9 Eritema Nodozum**

Eritema nodozum sıklıkla bacakların alt kısımlarının ön yüzeyinde dağılan ve bazen herhangi bir yerde ortaya çıkan eritematöz, hassas ve ağrılı subkutanöz nodüller ile karakterize kutanöz bir reaksiyon paternidir. Genç kadınlarda daha yaygın olan eritema nodozum çoğunlukla yükselen östrojen seviyeleri ile ilişkilidir, örneğin gebelik sırasında veya oral kontraseptif kullanımı sırasında ortaya çıkar. Ayrıca bazen streptokok enfeksiyonu, sarkoidoz, sekonder sifiliz, tüberküloz, belirli derin fungal enfeksiyonlar, Hodgkin hastalığı, lösemi, ülseratif kolit ve radyasyon tedavisinin belirtisi olmaktadır ve sıklıkla öncesinde ateş, yorgunluk, artralji, kusma ve diyare bulunmaktadır. İlaçlardan kaynaklanan eritema nodozumun insidansı düşüktür ve ilaçlardan kaynaklanan eritema nodozumu diğer faktörlerden kaynaklanan eritema nodozumdan klinik olarak ayırt etmek imkansızdır.

Eritema nodozuma neden olduğu bilinen bazı ilaçlar antibiyotikler, östrojenler, amiodaron, altın, NSAİİ, oral kontraseptifler, sülfonamidler ve piyatlardır.

### **2.17.10 Ekzantemler**

Çoğunlukla viral kızarıklıklara benzeyen ekzantemler kutanöz ilaç erüpsiyonlarının en sık tipini temsil etmektedir. Makülopapüler veya morbiliform erüpsiyonlar olarak tarif edilen, çapı birden birkaç milimetreye kada olan düz, çok az kabarık eritematöz bu lekeler genellikle bilateral ve simetrikdir. Çoğunlukla baş ve boyunda veya göğsün üst kısmında başlar ve aşağıya bacaklara doğru ilerler. Bitişik alanlar şeklinde ortaya çıkabilir veya gelişebilir ve buna kaşıntı ve hafif ateş eşlik edebilir. İlaçların neden olduğu ekzantem mobiliform erüpsiyonlar (tırnak boyutunda eritematöz lekeler) veya birleşme eğiliminde olan eritematöz alanlarda benekli, iğne ucu veya toplu iğne başı büyüklüğünde lezyonlar olan skarlitiniform erüpsiyonlar olarak sınıflandırılabilir (60).

Makülopapüler ilaç erüpsiyonları genellikle deskuamasyon ve bazen post-inflamatuvar hiperpigmentasyon ile yaklaşık iki hafta içinde kaybolmaktadır. Etken yeniden alındığında sabit şekilde geri gelmektedir. Semi-sentetik penisilinlerin neden olduğu ve ilk dozun ardından ilk iki hafta içinde gelişenler haricinde ekzantemlerin çoğunlukla uygulamadan sonraki ilk iki hafta içinde ani bir başlangıcı vardır. Ekzantem ile en sıklıkla ilişkili olan ilaçlar aşağıdadır: amoksisilin, ampisilin, bleomisin, kaptopril, karbamazepin, klorpromazin, kotrimoksazol, altın, nalidiksik asit, naproksen, fenitoin, pensilinamin ve piroksikam (60).

### **2.17.11 Eksfoliyatif Dermatit**

Eksfoliyatif dermatit eritem, kaşıntı ve tüm vücutta kabuklanma ile karakterize nadir ancak ciddi bir reaksiyon paternidir. İlaçların neden olduğu eksfoliyatif dermatit genellikle suçlu ilacın uygulanmasının ardından birkaç hafta veya daha uzun süre sonra başlamaktadır. Çoğunlukla yüzde eritematöz, ödematöz yama şeklinde başlayan lezyonlar tüm deriyi tutacak şekilde yayılır. Cilt şiş ve kırmızı hale gelir ve saman renkli bir sıvı sızdırır; bunu birkaç gün içinde deskuamasyon takip eder. Kutanoz değişikliklerin beraberinde lenf nodlarında

büyümenin yanında yüksek ateş, şiddetli halsizlik ve titreme bulunmaktadır. Tüm reaksiyon paternlerinin en tehlikelilerinden biri olan eksfoliyatif dermatite aşağıdakilerden bir kısmı veya hepsi eşlik edebilir: hipotermi, sıvı ve elektrolit kaybı, kalp yetmezliği ve gastrointestinal hemoraji. Erüpsiyonun başlangıcından sonra ilaca devam edildiğinde ölüm meydana gelebilir. Sekonder enfeksiyon genellikle hastalık sürecini komplike edebilir. Aktif dermatit gerilediğinde ardından hiperpigmentasyon ile saç ve tırnak kaybı gelebilir. Diğerlerinin arasında aşağıdaki ilaçlar eksfoliyatif dermatite neden olabilir: barbitüratlar, kaptopril, karbamazepin, simetidin, furosemid, altın, izoniyazid, lityum, nitrofurantoin, NSAİİ, penisilamin, fenitoin, pirazolonlar, kinidin, streptomisin, sulfonamidler ve tiazidler.

#### **2.17.12 Fiks İlaç Erüpsiyonları**

Fiks ilaç erüpsiyonları suçlu ajana her maruz kalındığında aynı kutanöz (mukozal) bölge veya bölgelerde nüks eden bir veya daha fazla iyi sınırlı eritematöz plak ile karakterize olağan dışı hipersensitivite reaksiyonudur. Lezyonların çapı birkaç milimetre ile yirmi santimetre arasında değişmektedir. Yutulan, enjekte edilen, inhale edilen veya vücuda yerleştirilen herhangi bir ilaç cilt reaksiyonunu tetikleyebilir. Erüpsiyon tipik olarak ilacın uygulanmasından 30 saniye-8 saat sonra gelişen, üstünde büyük bir bül bulunan keskin sınırlı, soliter, ödematöz papül veya plak şeklinde başlar. Suçlu ajan hızla uzaklaştırılmadığında inflamasyon yoğunlaşarak 7-10 gün içinde kabuklanan, pul pul dökülen veya kabarcık yapan koyu kırmızı, morumsu veya kahve renginde bir benek oluşturur. Lezyonlar nadiren kaşıntılıdır. Sevdiği bölgeler eller, ayaklar, yüz, genital bölge ve özellikle glans penistir.

Fiks ilaç erüpsiyonunda cilt lezyonlarının spesifik lokalizasyonunun nedeni bilinmemektedir. Suçlu ilaç cilt bölgesinde saptanamaz. Belirli ilaçlar belirli bölgelerde fiks erüpsiyona neden olmaktadır, örneğin tetrasiklin ve ampisilin çoğunlukla penis üzerinde fiks erüpsiyon meydana getirirken aspirin genellikle yüz, uzuvlar ve gövdede cilt lezyonlarına neden

olmaktadır. Fiks erüpsiyonların sık görülen nedenleri şunlardır: ampisilin, aspirin, barbitüratlar, dapson, metronidazol, NSAİİ, oral kontraseptifler, fenolftalein, fenitoin, kinin, sulfonamidler ve tetrasiklinler (60).

### **2.1713 Likenoid (liken planus benzeri) Erüpsiyonlar**

Karakteristik olarak çoğul, münferit, morumsu, üstü düz, çoğunlukla poligonal şekilli ve aşırı kaşıntılı papüller şeklinde ortaya çıkan papüloskuamöz bir bozukluk olan liken planusa benzerliğinden ötürü bu lezyonlara likenoid ilaç erüpsiyonları adı verilmektedir. Nadir olmamakla birlikte likenoid lezyonlar sorumlu ilaca maruziyetin ardından haftalar veya aylar içinde ortaya çıkar. Kural olarak semptomlar, ilacın kesilmesinin ardından birkaç hafta içinde geriler. Likenoid erüpsiyonlara sıklıkla neden olan ilaçlar şunlardır: antimalaryan ilaçlar, beta-blokerler, klorpropamid, furosemid, altın, metildopa, fenotiazinler, kinidin, tiazidler ve tolazamid (60).

### **2.17.14 Lupus eritematozus**

Çeşitli ilaçlar ile ilişkili olarak klinik ve patolojik açıdan idiyopatik sistemik lupus eritematozusa (SLE) benzeyen bir reaksiyon bildirilmiştir. İlaçların neden olduğu SLE'un genetik temeli olduğuna dair bazı kanıtlar vardır (sabit şekilde pozitif ANA reaksiyonu eşlik etmekte ve %90'unda antihiston antikörleri bulunmaktadır). Lupusun nispeten benin bir formu olan SLE'un bu semptomları, sorumlu ilacın kesilmesinden sonra günler veya haftalar içinde gerilemektedir. Cilt lezyonları olguların yaklaşık %20'sinde ortaya çıkmaktadır. İlaçlar tüm sistemik lupus eritematozus olgularının %8'den azına neden olmaktadır. Aşağıdaki ilaçların SLE'un oluşması, alevlenmesi ve ortaya çıkması ile ilişkilendirilmiştir: beta-blokerler, karbamazepin, klorpromazin, östrojenler, griseofulvin, hidralazin, INH, lityum, metildopa, minoksidil, oral kontraseptifler, penisilamin, fenitoin (difenilhidantoin), prokainamid, propiltiourasil, kinidin ve testosteron (60).

### **2.17.15 Pemfigus Vulgaris**

Pemfigus vulgaris cilt ve müköz membranları tutan nadir, ciddi, akut veya kronik, büllöz bir hastalıktır. PV'in normal veya eritematöz cilt veya müköz membranlar üstünde ortaya çıktığı görülen ince duvarlı, kolayca rüptüre olan, gevşek büller ile karakterize lezyonları başlangıçta ağız içinde ortaya çıkar (olguların yaklaşık %60'ında), haftalar ve aylar sonra yayılarak koltuk altları ve kasık, saçlı deri, yüz ve boynu tutar. Lezyonlar jeneralize hale gelebilir. Hassas tavanları nedeniyler büller rüptüre olarak ağırlı erozyonlar bırakır ve daha çok saçlı deride kabuklanmalar gelişebilir. Sorumlu ilaçlar asetominofen, amoksisilin, aspirin, fenobarbital ve propranolölü içermektedir (60).

### **2.17.16 Fotosensitivite**

Fotosensitivite reaksiyonu, bir kişiyi aşırı şekilde ışığa hassas hale getiren kimyasal olarak meydana gelen bir cilt değişikliğidir. Belirli dalga boyundaki ışığı absorbe ederek oral, enjeksiyon ile alınan veya topikal bir ilaç makül, papül ve veziküllerden bül, ödem, ürtiker veya akut ekzematöz reaksiyona kadar değişken bir reaksiyon oluşturabilir. Yüz, ellerin dorsal kısmı, boynun V bölgesi ve presternal alanda belirgin olan herhangi bir erüpsiyon ışığa karşı aksi bir reaksiyonu düşündürmelidir. Lezyonun dağılımı tanıda anahtardır. Başlangıçta eritem, ödem, bül, akıntı ve pullanmadan oluşan erüpsiyon alın, kulak kenarları, burun, malar çıkıntılar, avurtlar, boynun yan ve arka kısımları, ön kolların ekstensör yüzeyleri ve ellerin dorsal kısımlarını tutar. Bu reaksiyonlar çoğunlukla gölgede kalan alanları, çene altını, burun altını, kulakların arkasını ve üst göz kapaklarının kat aralarını tutmaz. Genellikle takı bölgelerinde ve kıyafet kenarlarında keskin bir sınır vardır. Işığa maruz kalan tüm alanların eşit şekilde etkilenmesi gerekmez. İki ana fotosensitivite tipi vardır: fototoksik ve fotoalerjik reaksiyon. İlaçların neden olduğu fotosensitivitenin en sık tipi olan fototoksik reaksiyonlar abartılı güneş yanığına benzer ve cilt fotosensitizasyon yapan maddeye ve uygun dalga boyu

ve yoğunluktaki ışığa maruz kaldıktan sonra 5-20 saat içinde ortaya çıkar. Bir allerji formu değildir – önceden duyarlılaşma olması gerekmez – ve teorik olarak yeterli ilaç ve ışık verilen herhangi bir kişide ortaya çıkabilir. Fototoksik reaksiyonlar hem ilaç hem de güneş ışığı açısından doza bağımlıdır. Fototoksikite reaksiyonu olan hastalar çoğunlukla 320-400 nm'deki “bronzlaşma ışınları” adı UVA radyasyonu ışınına karşı duyarlıdır. Melanin koruması olmadığı için tırnak yatağının özellikle yatkın olması nedeniyle fototoksik reaksiyonlar onikolizise neden olabilir. İlaçların neden olduğu fotosensitivitenin daha az yaygın formu olan gerçek ışık alerjili hastalar (ilaç, ışık ve immün sistemin etkileşimi), 290-320 nm'deki “yakıcı ışınlar” olarak adlandırılan UVB radyasyonuna karşı duyarlıdır. Fototoksik yanıtların aksine fotoallerjik reaksiyonlar immünolojik değişimi temsil etmektedir ve duyarlılaşmanın olduğu 24-48 saat arasında latent bir süreyi gerektirmektedir. Doza bağımlı değildir. Fotosensitizasyon yapan etken içten etki gösterdiğinde foto-ilaç reaksiyonudur; dışarıdan etki gösterdiğinde foto-kontakt dermatit adını alır. Fototoksik reaksiyonlara neden olması olası ilaçlar şunlardır: amiodaron, nalidiksik asit, çeşitli NSAİİ'lar, fenotiazinler (özellikle klorpromazin) ve tetrasiklinler (özellikle demeklosiklin). Fotoallerjik reaksiyonlar griseofulvin, NSAİİlar, fenotiazinler, kinidin, sulfonamidler, sulfonilüreler ve tiazid diüretikleri gibi sistemik olarak uygulanan ilaçlar ile paraaminobenzoik asit (güneş kremlerinde bulunur), bitinol (sabun ve kozmetiklerde kullanılır), parafenilendiamin ve diğerleri gibi harici ajanlara maruziyetin sonucu olarak ortaya çıkabilir (60).

### **2.17.17 Pigmentasyon**

Cilt, saç, tırnaklar ve müköz membranlarda ilaçların neden olduğu pigmentasyon ya melanin sentezi, artmış lipofüsin sentezi ya da post-inflamatuvar pigmentasyonun bir sonucudur. Lokalize veya yaygın olabilen renk değişiklikleri safra pigmentleri (sarılık) ve eksojen metal bileşiklerin birikiminden ve karoten ile kinakrin gibi bileşiklerin direk

birikiminden kaynaklanabilir. Post-inflamatuar pigmentasyon ilaçların neden olduğu çeşitli inflamatuvar kutanöz reaksiyonların ardından gelebilir; fiks ilaç erüpsiyonlarının aylar boyunca kalabilen rezidüel pigmentasyon bıraktığı bilinmektedir. Aşağıda çeşitli pigment değişikliklerine neden olabilen ilaçların kısmi bir listesi bulunmaktadır: antikonvülzanlar, antimalarya ilaçları, sitostatikler, hormonlar, metaller, tetrasiklinler, fenotiazinler, trankilizanlar, psoralenler, amiodaron, vb (60).

### **2.17.18 Pitriyazis Roze Benzeri Erüpsiyonlar**

Sıklıkla tinea corporis olarak yanlış tanı alan pitriyazis roze genellikle “ana” veya “haberci” lezyon adı verilen tekil, büyük, yuvarlak veya oval pembemsi yama şeklinde ortaya çıkan bir bozukluktur. Bu tekil lezyonun en sıklıkla çıktığı bölgeler göğüs, sırt ve karındır. Bunu aşağı yukarı iki hafta içinde genellikle yılbaşı ağacına benzer bir paternde gövde ve daha az oranda ekstremitelerde dağılan, merkezinde soyulmanın olduğu küçük, düz, yuvarlak veya oval, benzer renkte pulsu yamaların ortaya çıkışı takip etmektedir. Bu erüpsiyon nadiren kaşınmaktadır ve genellikle kendisini boyundan dizlere kadar olan alanda sınırlamaktadır. İlaçların neden olduğu pitriyazis rozede “haberci lezyon” genellikle yoktur ve erüpsiyon çoğunlukla klasik paterni takip etmeyecektir (60).

İdiyopatik pitriyazis rozenin etiolojisinin bilinmemesine rağmen çeşitli ilaçların bu benin hastalığa yol açtığının bildirildiğini biliyoruz. Bu ilaçlar şunlardır: barbitüratlar, beta-blokerler, bizmut, kaptopril, klonidin, altın, griseofulvin, izotretinoin, labetolol, meproamat, metronidazol, penisilin ve tripenelamin (60).

### **2.17.19 Kaşıntı**

Görünür bir tahriş belirtisi olmaksızın jeneralize kaşıntı olması, ilaçlara karşı en az görülen aksi reaksiyonlardan birisidir. Bundan daha sık olarak orta veya şiddetli ilaçların neden olduğu kaşıntı oldukça jeneralizedir. Birçok ilacın nasıl kaşıntıya neden olduğu

bilinmemektedir; bazı ilaçlar direk olarak veya kolestaz yoluyla indirek olarak kaşıntıya neden olabilir. Allerjik, psödoalerjik (histamin salınımı), nörojenik, vazodilasyon, kolestatik etki ve diğer farklı patogenetik mekanizmalar ile kaşıntı gelişebilir.

Kaşıntıya neden olabilen ilaçların küçük bir listesi aşağıdadır: aspirin, NSAİİ'ler, penisilinler, sulfonamidler, klorokin, ACE inhibitörleri, amiodaron, nikotinic asit türevleri, lityum, bleomisin, tamoksifen, interferonlar, altın, penisilamin, metoksalen, izotretinoin, vb.

### **2.18.20 Psoriazis**

Farmakolojik etkilerinin bir sonucu olarak birçok ilaç psoriazis veya psoriaziform erüpsiyonların yatışması veya alevlenmesinden sorumlu tutulmuştur. Psoriazis etiyolojisi bilinmeyen, yaygın görülen, karakteristik histopatolojik özelliklerinin ve birçok biyokimyasal, fizyolojik ve immünolojik anormalliğin bulunduğu kronik, papüloskuamöz bir bozukluktur. Diğerlerinin yanında beta-blokerler ve lityum psöriazisi yatıştıran ilaçlardır. Anti-malarya ilaçları, beta-blokerler, lityum, NSAİİ'ler, kinidin ve fotosensitizasyon yapan ilaçlar psoriazisi şiddetlendirdiği bildirilmiş olan ilaçlardır. İlaçların neden olduğu bu psoriatik erüpsiyonların etkisi ve yayılımı doza bağlıdır.

### **2.18.21 Purpura**

Cilt içine kanamanın bir sonucu olan purpura trombositopenik purpura ve non-trombositopenik purpura (vasküler purpura) olarak ikiye ayrılabilir. Hem trombositopenik hem de vasküler purpura ilaçlardan kaynaklanabilir ve purpuraya neden olan birçok ilaç bunu vasküler hasar ve trombositopeni ile yapabilir. Her iki purpura tipinde allerjik veya toksik mekanizmalar rol alabilir. Bazı ilaçlar trombositler ile birleşerek antijen oluşturmakta, trombosit-ilaç kombinasyonuna karşı antikor oluşumunu uyarmaktadır. Böylece ilaç hapten olarak davranmaktadır; ardından antijen-antikor reaksiyon trombosit hasarına neden olarak trombositopeniye yol açmaktadır. Purpurik lezyonlar vücudun alt kısımlarında, özellikle

hareket edebilen hastalarda bacaklarda ve ayakların dorsal yüzlerinde genellikle daha belirgindir. Eritema multiforme, eritema nodozum, fiks erüpsiyon, nekrotizan vaskülit gibi ilaçların neden olduğu diğer kutanöz reaksiyonların belirgin purpurik bileşeni olabilir. Bir yığın ilaç purpuraya neden olabilir ve en yaygın olanları şunlardır: NSAİİ'lar, tiazid diüretikleri, fenotiazinler, sitostatikler, altın, penisilamin, hidantoinler, tiyourasil ve sulfonamidler.

### **2.18.22 Toksik Epidermal Nekrolizis**

Lyell sendromu ve soyulmuş deri sendromu olarak da bilinen toksik epidermal nekrolizis (TEN), farklı ilaçlara karşı bir reaksiyon olarak gelişen ve cilt ile müköz membranların nadir, ciddi, akut ekfoliyatif büllöz erüpsiyonudur. TEN bakteriyel ve viral enfeksiyonların bir sonucu da olabilir ve radyasyon tedavisi ya da aşılarından sonra gelişebilir. TEN'in ilaç nedeniyle oluşan formunda ilaç verildikten kısa süre sonra ciltte büyük, kırmızı ve hassas alanların eşlik ettiği morbiliform erüpsiyon gelişecektir. Bu hızla bül oluşumuna ilerlemekte ve çok kısa süre sonra yüksek ateş eşliğinde epidermiste yaygın ekfoliasyon gelişmektedir. Vücudun kıllı bölgeleri genellikle korunmaktadır. Müköz membranlar ve gözler sıklıkla tutulmaktadır. Klinik tablo yaygın ikinci derece yanığa benzemektedir ve hasta akut şekilde hastadır. Yorgunluk, kusma, diyare ve anjina prodromal semptomlardır. Birkaç saat içinde durum tehlikeli hale gelmektedir. Toksik epidermal nekrolizis tıbbi bir acildir ve sorumlu ajan hemen kesilmediği sürece sonuç birkaç günlük süre içinde ölümcül olabilir. TEN'e en sık neden olan ilaçlar şunlardır: allopurinol, ampisilin, amoksisilin, karbamazepin, NSAİİ'lar, fenobarbital, pentamidin, fenitoin (difenilhidantoin), pirazolonlar ve sulfonamidler.

### **2.18.23 Ürtiker**

Ekzantemden sonra ilaçların neden olduğu ürtiker en sık görülen ikinci ilaç reaksiyonudur. Ürtiker kaşıntılı, eritematli papuller ile karakterize cildin vasküler bir reaksiyonudur. Lokalize ödemden kaynaklanan bu papul ve plakların boyutu birkaç milimetreden büyük el ayası boyutunda şişliklere kadar değişiklikler gösterebilir, örtülü alanları sever (gövde, kalçalar, göğüs) ve çoğunlukla jeneralizedir. Ürtiker genellikle sorumlu ilacın uygulanmasından sonra 36 saat içinde gelişir. Bazı lezyonlar nadiren 24 saatten daha fazla sebat eder. Ürtiker ilaç duyarlılığının tek semptomu olabilir veya serum hastalığı beraberinde ortaya çıkabilir ya da ardından serum hastalığının belirtileri ortaya çıkabilir. Ürtikere gözlerde veya dudaklarda anjiyoödem eşlik edebilir. Nadir durumlarda anaflaktoid reaksiyonlara veya anaflaksiye kadar ilerleyebilir.

Aşağıdakiler ilaçlar ile ilişkili ürtikere en sık neden olan ilaçlardır: antibiyotikler, özellikle penisilin (yutulmasına kıyasla parenteral uygulamadan sonra daha sıktır), barbitüratlar, kaptopril, levamizol, NSAİİ'lar, kinin, rifampin, sulfonamidler, tiopental ve vankomisin.

### **2.18.24 Vaskülit**

Kan damarlarının inflamasyonu ve nekrozu ile karakterize klinikopatolojik bir süreç olan ilaçlarla ilişkili kutanöz nekrotizan vaskülit sıklıkla alt ekstremiteler üzerinde ortaya çıkan küçük, palpe edilebilen kaşıntılı lezyonlar şeklinde ortaya çıkmaktadır: ürtiker benzeri lezyonlar, küçük ülserasyonlar ve bazen hemorajik veziküller ve püstüller. Temel süreçte damar duvarlarında hasara yol açan immün aracılı antijen yanıtı yer almaktadır. Küçük makül ve papül olarak başlayan lezyonlar en nihayetinde purpurik lezyonlara neden olur ve daha şiddetli olgularda hemorajik büller ve belirgin ülserasyonlar oluşur. Vaskülitik reaksiyon polimorfonükleer infiltrat ve küçük dermal damarlarda fibrinoid değişiklikler ile

karakterizedir. Vaskülit ile sıklıkla ilişkili olan ilaçlar şunlardır: ACE inhibitörleri, amiodaron, ampisilin, simetidin, kumadin, furosemid, hidantoinler, hidralazin, NSAİİ'lar, pirazolonlar, kinidin, sulfonamidler, tiazidler ve tiourasiller (60).



### 3.MATERYAL VE METOD

Ekim 2013–Ocak 2014 tarihleri arasında Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Polikliniğine başvuran 65 yaş üstü 300 geriatric hastanın bilgileri poliklinik dosya sisteminden retrospektif olarak incelenmiştir.

Hastaların tamamının yaş, cinsiyet ve ikamet bilgileri kaydedilmiştir. Hastalar Düzce ili ve ilçelerinin merkezinde oturanlar ve kırsalda oturanlar olarak iki ayrı gruba alınmıştır. Hastalar 65-75,75-84 ve 85 yaş üzeri olmak üzere gruplandırılmıştır (1,5).

Hastaların başvuru yakınmaları, dermatolojik bulguları kaydedilmiştir. Buna göre, ekzematöz dermatitler, kserozis, pruritus, psoriasis, fungal enfeksiyonlar, liken planus, ürtiker/angiödem, viral enfeksiyonlar, bakteriyel enfeksiyonlar, pigmentasyon bozuklukları, derinin benign ve malign hastalıkları, keratinizasyon bozuklukları, vezikülobüllöz hastalıklar, müköz membran bozuklukları, enfestasyonlar, rozasea, papüloskuamöz hastalıklar ve diğer gibi başlıklar altında bulgular kaydedilmiştir. Bu bulgular hastaların cinsiyetleri, yaş grupları ve sosyodemografik özellikleri ile kıyaslanmıştır.

Çalışmamızda 65 yaş üzeri popülasyonun dermatolojik hastalıklarının ayrıntılı prevalansı, cinsiyet ve sosyodemografik özellikler ile klinik özellikleri arasındaki ilişki araştırılmıştır. Sayısal verilerin normal dağılım uygunluğu histogram eğrileri ile değerlendirildi. İsimsel veriler ifade edilirken ise sıklık ve yüzde kullanılmıştır. Çalışmadaki tüm verilerin tanımlayıcı değerleri (ortalama, standart sapma, medyan, minimum, maksimum, yüzde) hesaplanmıştır. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Pearson ki-kare, Fisher' exact ve Fisher-Freeman-Halton testleri kullanılmıştır. Anlamlı fark saptanan kategorik değişkenlere post-hoc test olarak Bonferroni yaklaşımı uygulanmıştır. İstatistiksel test ve analizler PASW v.18 programında yapılmış ve  $p < 0,05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

#### 4.BULGULAR

Hastaların 130'u kadın (%43,3), 170'i erkek olup kadın/erkek oranı 1,3 idi. Hastaların yaşı 65-99 arasında değişmekte olup, ortalama  $73,57 \pm 6,80$ 'dir. Kadınların yaş ortalaması  $73,49 \pm 6,78$ ; erkeklerin yaş ortalaması ise  $73,64 \pm 6,84$  olarak saptanmıştır. 65-74 yaş arası olgu sayısı 176 (%58,7), 75-84 yaş arası olgu sayısı 100 (%33,3), 85 yaş ve üzeri olgu sayısı 24 (%8) tespit edilmiştir. Yaş gruplarının dağılımı Tablo 1'de cinsiyet dağılımı ise tablo 2 'de gösterilmektedir. Tablo 3'de ise yaş ile cinsiyet gruplarının dağılımı gösterilmektedir.

**Tablo 1.** Yaş Grupları Dağılımı

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Yaş</b>	<b>65-74</b>	176	58,7
	<b>75-84</b>	100	33,3
	<b>85 ≥</b>	24	8,0
<b>Toplam</b>		300	100,0

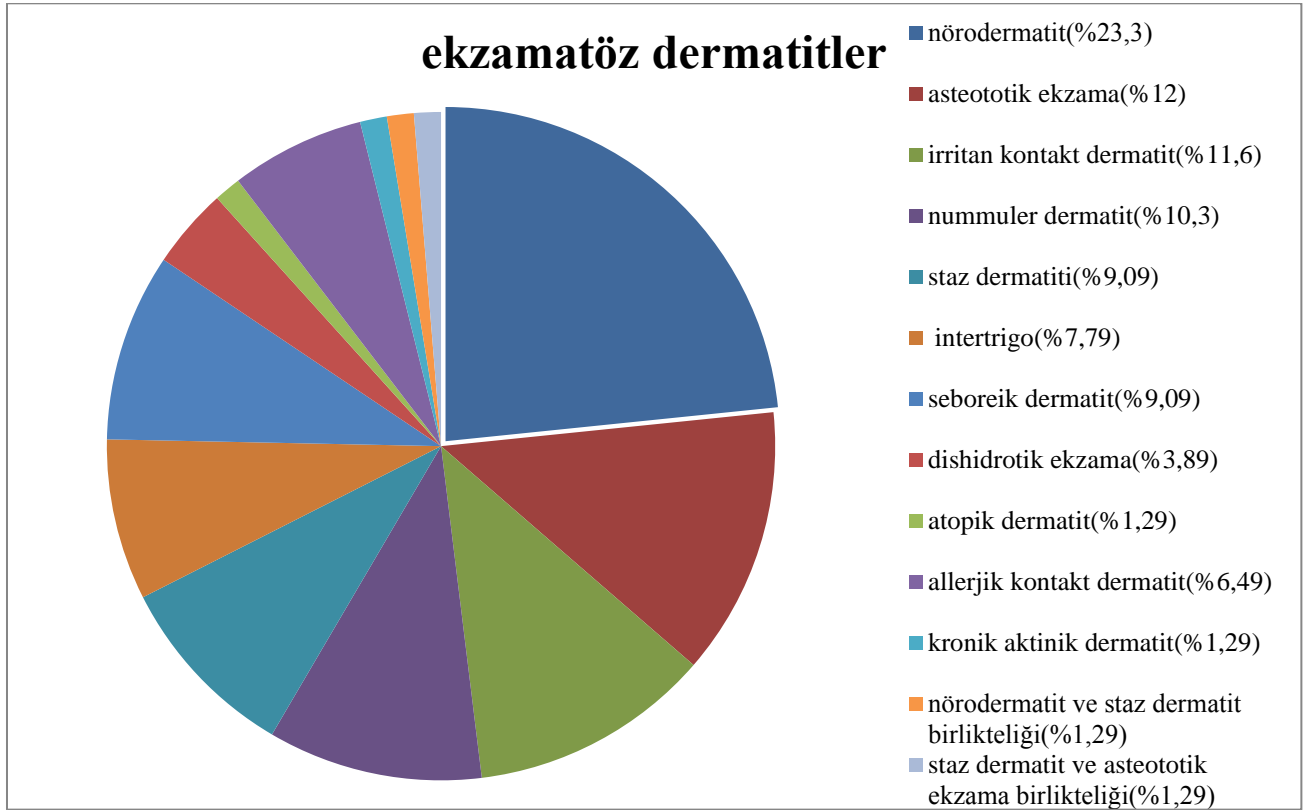
**Tablo 2.** Cinsiyet Dağılımı

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Kadın</b>	130	43,3
<b>Erkek</b>	170	56,7
<b>Toplam</b>	300	100,0

**Tablo 3.** Yaş ve Cinsiyet Dağılımı

CİNSİYET	n	Ortalama	Standart sapma	Medyan	Minimum	Maximum
<b>Kadın</b>	130	73,49	6,78	72,50	65	99
<b>Erkek</b>	170	73,64	6,84	72,50	64	89
<b>Total</b>	300	73,57	6,80	72,50	64	99

Ekzamatöz dermatit 77 hastada saptanmış olup oranı %25,7'dir. Ekzamatöz dermatitlerde en sık görülen grup ise 18 hasta ile sadece nörodermatit gözlenen grup olarak saptanmıştır. Sadece nörodermatit gözlenen grup tüm ekzamatöz dermatitlerin %23,3'ünü oluşturmaktadır, Bunu 10 hasta ile asteototik ekzamalar (%12), 9 hasta ile iritan kontakt dermatitler (%11,6) , 8 hasta ile numuler dermatitler (%10,3) ve 7 hasta ile izole staz dermatitler (%9,09) izlemektedir. Ekzamatöz dermatit başlığı altına alınan tüm hastalıkların yüzde oranları grafik 1'de gösterilmiştir.

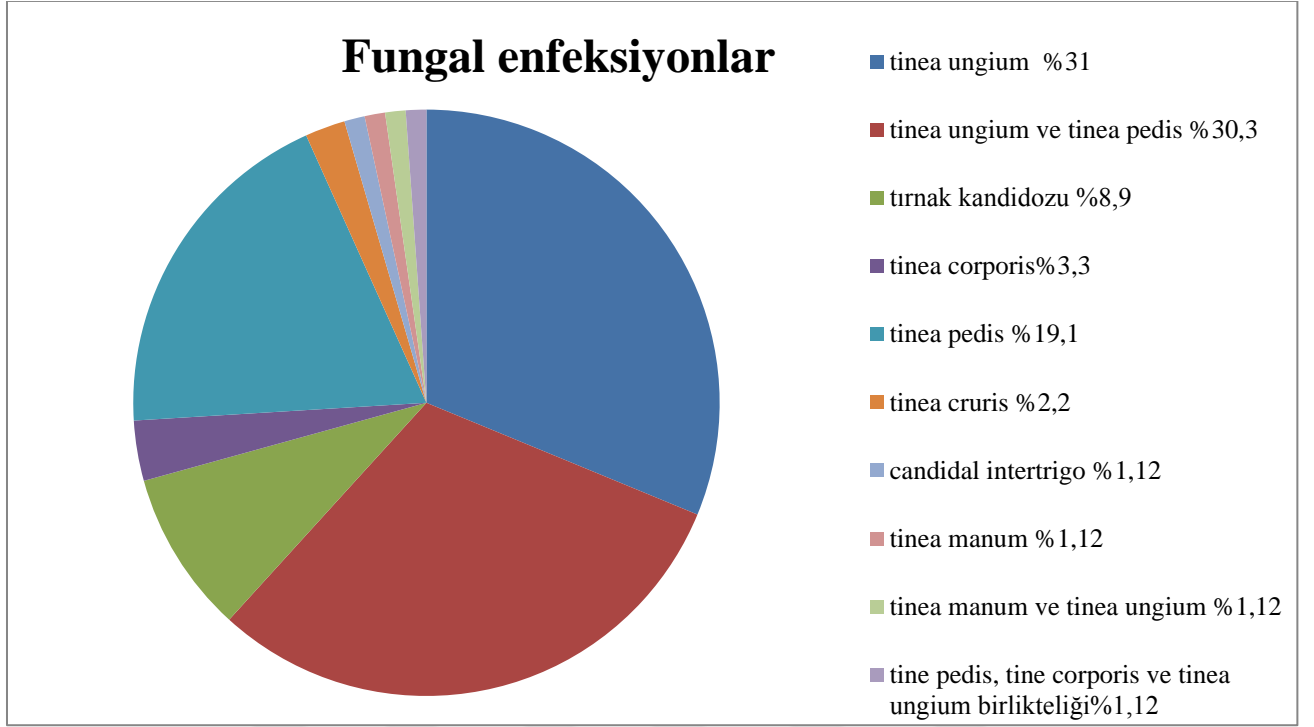


**Grafik 1.** Ekzamatöz dermatit hastalarının yüzdeleri dağılımı

Toplamda 135 hastada (%45) izole kseroz görülmüştür. 15 hastada psoriasis vulgaris (%5), 73 hastada pruritus (%24,3), 5 hastada ise (%1,7) liken planus saptanmıştır.

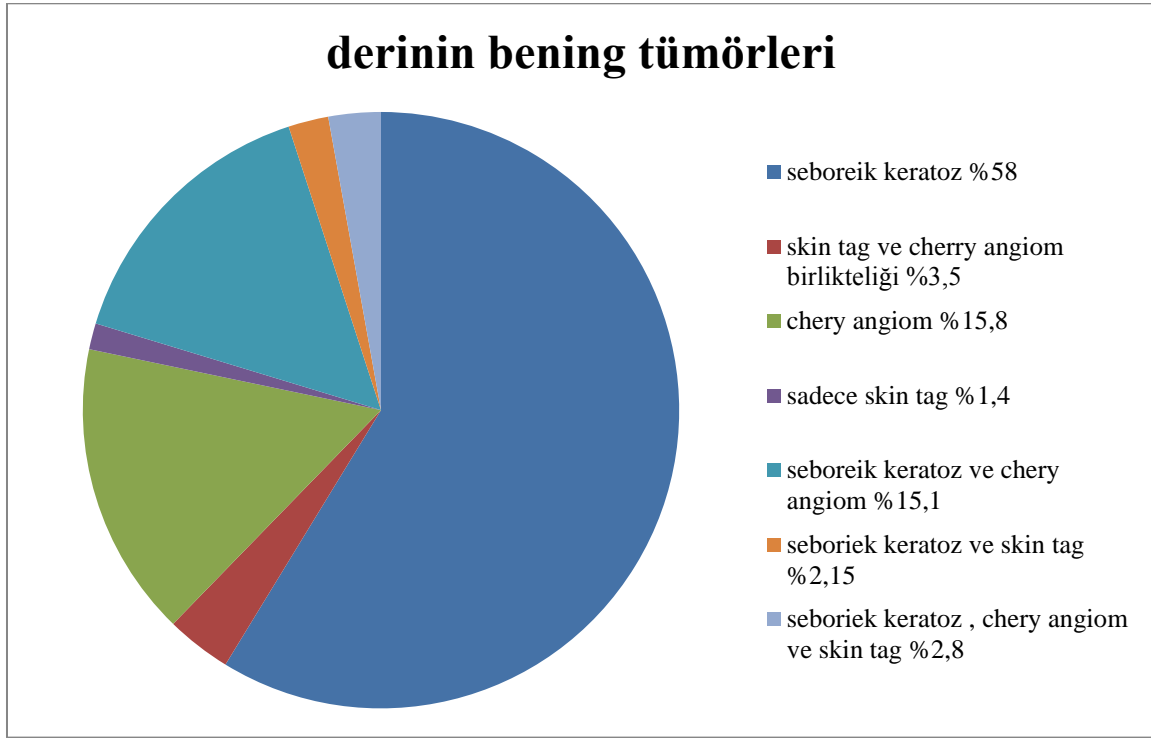
Çalışmamızdaki hastaların %29,7'inde (n=89) fungal enfeksiyonlar saptanmıştır. Fungal enfeksiyonlardan en fazla saptanan izole 28 hasta ile tinea unguium (%31), 27 hasta ile de tinea unguium ve tinea pedis beraber saptanan hastalardır (%30,3). Deri ve tırnak kandidiyazisi toplam 8 hastada (%8,9), 3 hastada tinea corporis (%3,3), 17 hastada izole tinea pedis (%19,1), 2 hastada tinea cruris (%2,2), 1 hastada kandidal intertrigo (%1,12), 1 hastada izole tinea manum (%1,12), 1 hastada tinea unguium ve tinea manum (%1,12) ve 1 hastada da hem

tinea pedis, hem tinea unguium hem de tinea corporis beraber görülmüştür (%1,12). Grafik 2’de fungal enfeksiyonların sıklığı gösterilmiştir.



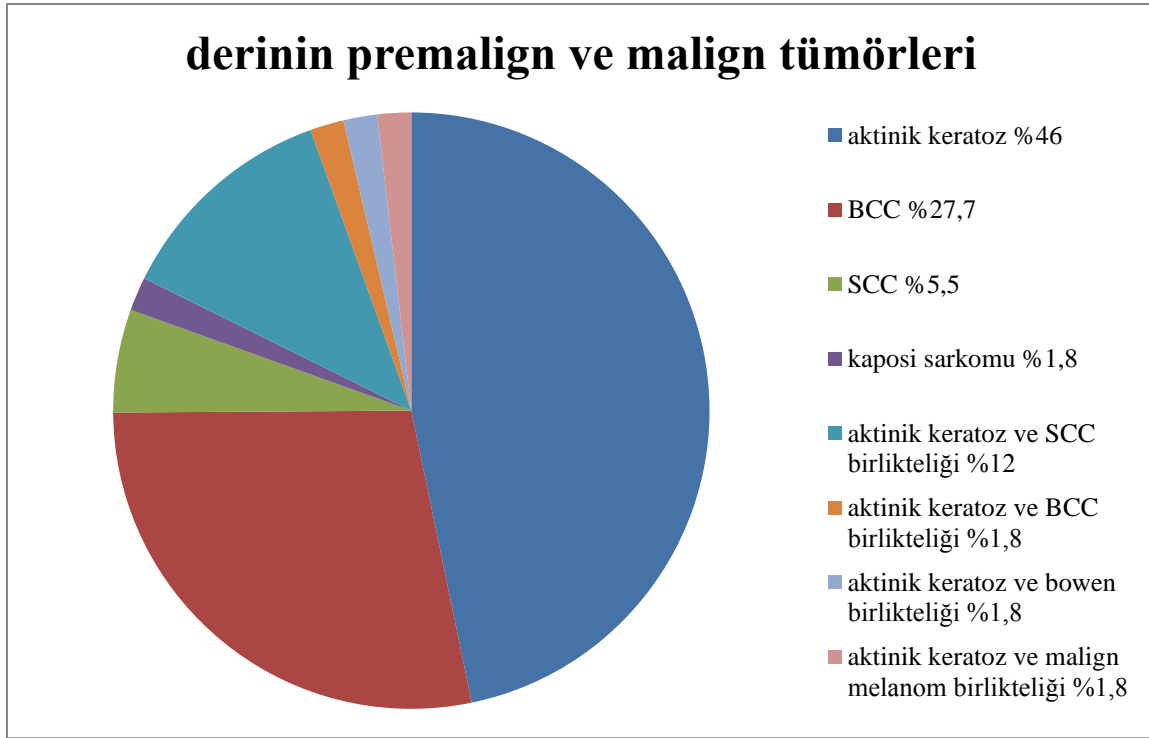
**Grafik 2.** Fungal enfeksiyonların yüzdeleri dağılımı

Bening deri tümörleri toplam 139 hastada (%46,3) saptanmıştır. En sık saptanan bening deri tümörleri, %58 oran ile izole seboreik keratozlar (82 hasta) (tüm hasta popülasyonun %27,3’ü) ve %15,8 oran ile izole cherry angiomlar (22 hasta) oluşturmaktadır. İzole skin tag görünen toplam 2 hasta (%1,4), Cherry angiom ve seboreik keratoz beraber gözlenen toplam 21 hasta (%15,1), seboreik keratoz ve skin tag beraber gözlenen toplam 3 hasta (%2,15), skin tag ve cherry angiom gözlenen toplam 5 hasta (%3,5) ve hem cherry angiom, hem seboreik keratoz, hem de skin tag saptanan toplam 4 hasta (%2,8) olarak tesbit edilmiştir. Grafik 3’de derinin bening tümörlerinin yüzdeleri verilmiştir.



**Grafik 3.** Derinin bening tümörlerinin yüzdeleri dağılımı.

Çalışmamızda toplam 54 hastada (%18) malign veya premalign deri tümörleri saptanmıştır. Bunların çoğunu 25 hasta ile (%46) aktinik keratozlar (toplam hastaların %8,3'ü) ve 15 hasta (%27,7) ile BCC'li olgular (toplam hastaların %5'i) oluşturmaktadır. 1 hastada (%1,8) aktinik keratoz ve bowen hastalığı beraber, 1 hastada (%1,8) aktinik keratoz ve malign melanom beraber, 3 hastada izole SCC (%5,5), 1 hastada kaposi sarkomu (%1,8), 1 hastada aktinik keratoz ve BCC beraber (%1,8), 7 hastada ise aktinik keratoz ve SCC (%12) beraber saptanmıştır. Grafik 4'de malign veya premalign deri hastalıklarının yüzdeleri verilmiştir.



**Grafik 4.** Malign veya premalign deri hastalıklarının yüzdeleri dağılımı

Derinin bakteriyel enfeksiyonları toplamda 45 hastada (%15) saptanmıştır. Bunların çoğunu, 21 hasta (%46,6) ile selülitler, 14 hasta (%31,1) ile de fronküller oluşturmaktadır. Ayrıca 3 hastada lenfanjit (%6,6) ,2 hastada paronişi (%4,4) , 2 hastada gram negatif follikülit (%4,4), 2 hastada eritrazma (%4,4) ve 1 (%2,2) hastada da b grubu streptokokal enfeksiyona sekonder eritema nodosum saptanmıştır.

Derinin viral enfeksiyonları toplamda 17 hastada (%3,7) saptanmıştır. Bunlar 10 hastada zona (%58,8), 6 hastada verruka vulgaris (%35,2) ve 1 hastada herpes simpleks (%5,8) şeklindedir.

Vezikülobüllöz hastalıklar toplamda 8 hastada (%2,7) saptanmıştır. Bunlar 4 hastada pemfigus vulgaris (%50) , 2 hastada pemfigus foileceus (%25), 1 hastada büllöz pemfigoid (%12,5) ve 1 hastada dermatitis herpetiformis (%12,5) şeklindedir.

19 hastada (%7,3) ürtikeryal deri döküntüleri saptanmıştır. Toplam 2 hastada oral mukoza hastalıkları (%0,66) , 4 hastada pigmentasyon bozuklukları (%1,3) , 14 hastada ise kallus (%4,7) saptanmıştır. Toplamda 1 hastada demosidozis (%0,3) ve 1 hastada skabies (%0,3) ve 9 hastada (%3) rozasea saptanmıştır. Liken planus ve psoriasis vulgaris dışı diğer papüloskuamöz hastalıklardan 4 hastada parapsoriasis (%1,3), 1 hastada (%0,3) liken simpleks kronikus saptanmıştır. 2 hastada (%0,66) makülopapüler ilaç erüpsiyonu saptanmıştır. Diğer deri hastalıkları grubundan ise 2 hastada lökositoklasik vaskulit (%0,66), 1 hastada reynaud hastalığı (%0,3) , 1 hastada morfea (%0,3) , 1 hastada deri sarkoidozu (%0,3) ve 1 hastada diskoid lupus eritamatoz (%0,3) saptanmıştır.

#### **4.1 Cinsiyet ve Hastalıklarla İlişkisi**

Cinsiyete göre hastalık gruplarına bakıldığında, kadınların %25,4'ünde ekzamatöz dermatitler saptanırken, erkeklerin %25,9'unda ekzamatöz dermatitler saptanmıştır. İki cinsiyet arası ekzamatöz dermatit görülme oranında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,922$  ve  $p>0,05$ ). Ekzamatöz dermatitlerin en yoğun grubunu tüm cinsiyetlerde nörodermatitler oluşturmaktadır. Bu oran kadınlarda %5,4 iken erkeklerde %6,5'dur. Kadınlarda asteototik ekzama görülme sıklığı %3,8 iken erkeklerde %2,9'dur. Numuler dermatitler çalışmamızda sadece erkeklerde saptanmıştır. İritan kontakt dermatit erkeklerde %3,5 iken kadınlarda %2,3 oranında saptanmıştır. Allerjik kontakt dermatit oranları ise kadınlarda %2,3 ve erkeklerde %1,2 olarak saptanmıştır. İntertrigo görülme sıklığı kadınlarda %3,8 iken erkeklerde %0,6'dır. Seboreik dermatit kadınların %3,1'nde görülürken, erkeklerde bu oran %1,8'dir.

Kseroz erkeklerde %45,3 kadınlarda %44,6 oranında saptanmıştır. Cinsiyet ile kseroz görülme oranları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,907$  ve  $p>0,05$ ). Psoriasis

vulgaris görülme sıklığı ise erkeklerde %5,9, kadınlarda %3,8'dir. Cinsiyet ile psoriasis vulgaris görülme oranları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,423$  ve  $p>0,05$ ).

Kadınların %26,22'sinde pruritus saptanırken, erkeklerde bu oran %22,9'dur. Pruritus görülme sıklığı ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,520$  ve  $p>0,05$ ).

Kadınların %30'unda fungal enfeksiyonlar saptanırken, erkeklerde bu oran %29,4'tür. Erkeklerde tinea unguium görülme sıklığı %8,8 iken kadınlarda %10; tinea unguium ve tinea pedis birlikteliği erkeklerde %10,6 iken kadınlarda %6,9'dur. İzole tinea pedis görülme sıklığı erkeklerde %5,3 iken kadınlarda %6,2 olarak saptanmıştır. Fungal enfeksiyon görülme sıklığı ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,912$  ve  $p>0,05$ ).

Kadınlarda liken planus görülme sıklığı %3,1 olarak saptanmıştır. Erkeklerde bu oran %0,6 olarak saptanmış olup kadınlarda liken planus görülme sıklığı erkeklere göre anlamlı olarak fazla tesbit edilmiştir ( $p=0,09$  ve  $p<0,05$ ).

Kadınların %5,4'ünde ürtikeryel deri lezyonları saptanırken, erkeklerde bu oran %7,1 olarak hesaplanmıştır. Ürtikeryal cilt lezyonları ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,555$  ve  $p>0,05$ ).

Kadınlarda derinin bening tümörleri varlığı %41,5, erkeklerde ise %50 olarak tesbit edilmiştir. Erkeklerde seboreik keratoz görülme sıklığı %32,4 iken kadınlarda %20,8'dir. . Derinin bening tümörleri varlığı ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,145$  ve  $p>0,05$ ).

Kadınlarda bakteriyel deri hastalıkları görülme sıklığı %13,8 iken erkeklerde bu oran %15,9 olarak saptanmıştır. Bakteriyel deri hastalıkları görülme sıklığı ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,625$  ve  $p>0,05$ ).

Kadınlarda derinin malign ve premalign tümörleri %13,8 oranında erkeklerde ise %21,2 olarak saptanmıştır. Erkeklerde aktinik keratoz görülme sıklığı %8,8 iken kadınlarda %7,7'dir. Erkeklerde BCC oranı %5,3 iken kadınlarda ise %4,6'dır. Derinin malign ve premalign tümörleri görülme sıklığı ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,101$  ve  $p>0,05$ ).

Hem rekürren aftöz stomatit hem de Behçet hastalığı sadece birer kadın hastada saptanmıştır. Oral mukoza hastalıkları ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,192$  ve  $p>0,05$ ).

Vitiligo görülen 1 kadın ve 1 erkek saptanmıştır. Kadınlarda melasma görülme sıklığı ise %1,5 olup erkeklerde saptanmamıştır. Pigmentasyon bozuklukları ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,342$  ve  $p>0,05$ ).

Erkeklerde viral enfeksiyon görülme sıklığı %5,9 iken kadınlarda %5,4 olarak saptanmıştır. Verruka vulgaris sadece erkek hastalarda tesbit edilmiştir (%3,5). Viral enfeksiyonların sıklığı ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,853$  ve  $p>0,05$ ).

Vezikülobüllöz hastalıklar kadınların %3,1'inde erkeklerin ise %2,4'ünde saptanmıştır. Vezikülobüllöz hastalıkların sıklığı ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,731$  ve  $p>0,05$ ).

Kallus kadınların %6,2 sinde saptanırken erkeklerin ise %3,5'inde tesbit edilmiştir. Kallus görülme sıklığı ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,286$  ve  $p>0,05$ ).

Demosidozis sadece 1 (%0,8) hastada saptanmıştır ve cinsiyeti kadındır. Skabiyez ise çalışmamızda yalnızca 1 (%0,6) erkek hastada tespit edilmiştir. Enfestasyonlar ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,683$  ve  $p>0,05$ ).

Erkeklerde rozasea oranı %2,9 iken kadınlarda %3,1'dir Rozasea ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,946$  ve  $p>0,05$ ).

Makülopapüler ilaç erüpsiyonu sadece 2 kadın hastada saptanmış olup kadınlarda görülme sıklığı %1,5 olarak saptanmıştır. Çalışmamızda hiçbir erkekte makülopapüler ilaç erüpsiyonu tesbit edilmemiştir.

Psoriasis ve liken planus dışı diğer papüloskuamöz hastalıklar sadece 1 kadın hastada saptanmıştır. Bu hasta ise parapsoriazistir. LSK sadece 1 hastada saptanmış olup bu hasta erkektir. Erkeklerde en sık görülen psoriasis ve liken planus dışı diğer papüloskuamöz hastalık ise %1,7 oran ile parapsoriazistir.

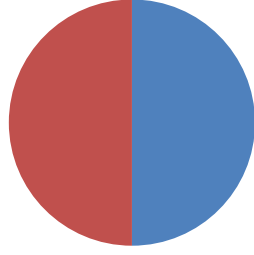
. Psoriasis ve liken planus dışı diğer papüloskuamöz hastalıkların sıklığı ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,793$  ve  $p>0,05$ ).

## 4.2 Sosyodemografik Özelliklerin Hastalıklarla İlişkisi

Hastaların 150 (%50) tanesi kırsal kesimde, 150 tanesi ise (%50) kent merkezlerinde ikamet ettiği saptanmıştır.

**Grafik 5.** Yaşanılan bölge ve Hastalıkların İlişkisi.

## SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER



- kırsal kesimde ikamet edenler
- kent merkezlerinde ikamet edenler

Kırsal kesimlerde yaşayanlarda ekzamatöz dermatitlerin görülme sıklığı %25,3 iken merkezde yaşayanlarda % 26,0 olarak saptanmıştır. Sosyodemografik özellikler ile ekzamatöz dermatitlerin görülme oranları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,895$  ve  $p>0,05$ .)

Kırsal kesimlerde kserozis görülme sıklığı %50 iken merkezde %40'dır. Sosyodemografik özellikler ile kserozis görülme oranları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,082$  ve  $p>0,05$ .)

Psoriasis vulgaris merkezde yaşayan hastaların %7,3'ünde saptanırken kırsalda yaşayanlarda %2,7 olarak saptanmıştır. Sosyodemografik özellikler ile psoriasis vulgaris görülme oranları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,064$  ve  $p>0,05$ .)

Pruritus şikayeti görülme sıklığı kırsalda %28,7 iken kentte %20 oranında görülmüştür. Sosyodemografik özellikler ile pruritus görülme oranları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,08$  ve  $p>0,05$ .)

Fungal enfeksiyonların görülme sıklığı kırsalda % 30,7 iken kent merkezinde yaşayan hastalarda %28,7 oranında saptanmıştır. Sosyodemografik özellikler ile fungal enfeksiyonların görülme oranları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,801$  ve  $p>0,05$ .)

Liken planus görülme sıklığı kırsalda %2 iken kent merkezinde %1,3'dür. Sosyodemografik özellikler ile liken planus görülme oranları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,651$  ve  $p>0,05$ .)

Ürtikeryal lezyonların varlığı kırsalda %6,7 iken kent merkezde %6 olarak saptanmıştır. Sosyodemografik özellikler ile ürtikeryal lezyonların görülme oranları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,813$  ve  $p>0,05$ .)

Derinin benign tümörleri şikayeti saptanan hastaların %52,7'si kırsalda yaşıyorken, %47,3'ü kent merkezlerinde ikamet etmektedir. Sosyodemografik özellikler ile derinin benign tümörleri görülme sıklığı benzerdir ( $p=0,728$  ve  $p>0,05$ .)

Bakteriyel deri enfeksiyonlarının görülme sıklığı kırsal kesimlerde %13,3 iken, kent merkezde bu oran %16,7'dir. Sosyodemografik özellikler ile bakteriyel deri enfeksiyonlarının görülme sıklığı benzerdir ( $p=0,419$  ve  $p>0,05$ )

Derinin malign ve premalign tümörleri görülme sıklığı kırsal kesimlerde %20 iken, kent merkezde bu oran %16'dır. Sosyodemografik özellikler ile derinin malign ve premalign tümörleri görülme sıklığı benzerdir ( $p=0,367$  ve  $p>0,05$ ).

Behçet hastalığı görülen 1 hasta ve rekürren aftöz stomatit görülen 1 hasta vardır ve bunlar şehir merkezinde ikamet etmektedirler. Oral mukozanın hastalıkları ile sosyodemografik özellikler arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,5$  ve  $p>0,05$ ).

Pigmentasyon bozukluğu görülme sıklığı kırsal kesimlerde ve kent merkezlerinde eşit olup bu oran %0,14'tür. Sosyodemografik özellikler ile pigmentasyon bozukluğu görülme sıklığı benzerdir ( $p=1$  ve  $p>0,05$ ).

Viral enfeksiyonların görülme sıklığı kırsal kesimlerde %4 iken, kent merkezde bu oran %7,3'tür. Sosyodemografik özellikler ile viral enfeksiyonların görülme sıklığı arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,212$  ve  $p>0,05$ ).

Vezikülobüllöz hastalıkların görülme sıklığı kırsal kesimlerde %1,3 iken, kent merkezde bu oran %4'dür. Sosyodemografik özellikler ile vezikülobüllöz hastalıkların görülme sıklığı arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,282$  ve  $p>0,05$ ).

Kallus görülme sıklığı kırsal kesimlerde %7,3 iken, kent merkezde bu oran %2'dir. Kallus görülen bireylerin büyük bir kısmı (%78,6) kırsal bölgede yaşamaktadır ( $p=0,029$  ve  $p<0,05$ ).

Rozasea görülme sıklığı kırsal kesimlerde %3,3 iken, kent merkezde bu oran %2,7'dir. Sosyodemografik özellikler ile rozasea görülme sıklığı arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,735$  ve  $p>0,05$ ).

Makülopapüler ilaç erüpsiyonları sadece kırsal kesimde yaşayan 2 hastada saptanmıştır. Makülopapüler ilaç erüpsiyonlarının kırsal kesimlerde görülme sıklığı %1,3'tür. Makülopapüler ilaç erüpsiyonları ile yaşanan yer arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. ( $p=0,498$  ve  $p>0,05$ ).

Liken planus ve psoriasis vulgaris dışı papüloskuamöz hastalıklar görülme sıklığı kırsal kesimlerde %3,3 iken, kent merkezde bu oran %0'dır. Liken planus ve psoriasis vulgaris dışı papüloskuamöz hastalıklar ile yaşanan yer arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. ( $p=0,06$  ve  $p>0,05$ ).

#### **4.3 Üç Farklı Yaş Grubunun Hastalıklarla İlişkisi**

Çalışmamızda 65-74 yaşarası hastalar toplam hasta nüfusunun %58,7'sini, 75-84 yaş arası hastalar toplam hasta nüfusunun %33,3'ünü, 85 yaş üstü hastalar ise toplam hasta nüfusunun %8'ini kapsamaktadır.

#### Grafik:6 Yaş grupları ile hastalıklar ilişkisi



Yaş aralığı 65-74 olan hastalarda %25,6'sında ekzamatöz dermatitler saptanırken, bu oranlar 75-84 yaş arası hasta popülasyonunda %22, 85 yaş ve üzeri hastalarda %41,7 olarak saptanmıştır. 65-74 yaş grubu hastalarda en fazla görülen dermatit türü nörodermatit olup bu oran %5,7'dir. 75-84 yaş arası hasta popülasyonunda da en sık görülen dermatit grubu %7 oranla nörodermatitlerdir. 75-85 yaş ve üzeri hasta popülasyonunda ise İKD, asteototik ekzama, nummuler dermatit ve staz dermatiti en sık görülen dermatitler olup oran 4 grup için eşit ve %8,3'tür. Yaş grupları dağılımı ile ekzamatöz dermatitlerin arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p=0,140$  ve  $p>0,05$ ).

Yaş aralığı 65-74 olan hastalarda kserozis görülme sıklığı %39,2; 75-84 yaş arası hastalarda %53; 85 yaş ve üzeri hastalarda %54,2'dir. Yaş ile kserozis arasında arasındaki ilişki istatistiksel olarak sınırda anlamlı bulunmuştur ( $p=0,05$ ). 75-84 yaş arasında kserozis görülen hastaların oranı görülmeyenlere göre sınırda anlamlı şekilde yüksek tespit edilmiştir ( $p=0,05$ ). Diğer yaş gruplarında kserozis dağılımlarının farklı olmadığı gözlenmiştir.

Yaş aralığı 65-74 olan hastalarda psoriasis görülme sıklığı %5,7; 75-84 yaş arası hastalarda %5 olarak saptanırken; 85 yaş ve üzeri hastalarda çalışmamızda psoriasis saptanmamıştır. Psoriasis vulgaris hastalığı ile yaş grupları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,488$  ve  $p>0,05$ ).

Yaş aralığı 65-74 olan hastalarda pruritus görülme sıklığı %20,5; 75-84 yaş arası hastalarda %30; 85 yaş ve üzeri hastalarda %29,2'dir. Pruritus görülme sıklığı ile yaş grupları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,175$  ve  $p>0,05$ ).

Yaş aralığı 65-74 olan hastalarda fungal enfeksiyonların görülme sıklığı %33; 75-84 yaş arası hastalarda %21; 85 yaş ve üzeri hastalarda %41,7'dir. 65-74 yaş arası hasta popülasyonunda en sık görülen fungal enfeksiyon %11,4 oranla ile tinea unguium ve %10,2 oran ile tinea unguium ve tinea pedis birlikteliği, 75-84 yaş arasında %7 ile tinea unguium ve tinea pedis birlikteliği iken 85 yaş ve üzeri hastalarda en sık görülen fungal enfeksiyonlar ise %12,5 ile izole tinea unguiumdur.

Yaş aralığı 65-74 olan hastalarda liken planus görülme sıklığı %2,3; 75-84 yaş arası hastalarda %1 iken 85 yaş ve üzeri hastalarda ise liken planus saptanmamıştır. Liken planus görülme sıklığı ile yaş grupları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,777$ ,  $p>0,05$ ).

Yaş aralığı 65-74 olan hastalarda ürtikeryal lezyonların görülme sıklığı %8; 75-84 yaş arası hastalarda %3; 85 yaş ve üzeri hastalarda %8,3'dür. Ürtikeryal lezyonların sıklığı ile yaş grupları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,269$  ve  $p>0,05$ ).

Yaş aralığı 65-74 olan hastalarda benign deri tümörleri görülme sıklığı %43,8; 75-84 yaş arası hastalarda %50; 85 yaş ve üzeri hastalarda %50'dir. Tüm yaş gruplarında en sık gözlenen benign deri tümörü seboreik keratozdur. Seboreik keratozların, %52,4 ünü 65-74 yaş arası hastalar, %39'unu 75-84 yaş arası hastalar ve %8,5'ini 85 yaş ve üzeri hastalar oluşturmaktadır. Skin tagların tamamı 65-74 yaş arası hasta grubunda görülmüştür. Chery

angiomların %63,6'sı 65-74 yaş grubu arasında, %27,3'ü 75-84 yaş grubu arasında ve %9,1'i 85 yaş ve üzeri hastalarda tesbit edilmiştir. Bening deri tümörleri görülme sıklığı ile yaş grupları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,565$  ve  $p>0,05$ ).

Yaş aralığı 65-74 olan hastalarda bakteriyel enfeksiyonların görülme sıklığı %17,6; 75-84 yaş arası hastalarda %11; 85 yaş ve üzeri hastalarda %12,5'dir. Tüm yaş gruplarında en sık görülen bakteriyel deri enfeksiyonları sellülitlerdir. Bakteriyel enfeksiyonların görülme sıklığı ile yaş grupları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,314$  ve  $p>0,05$ ).

Yaş aralığı 65-74 olan hastalarda derinin malign ve premalign hastalıkları görülme sıklığı %13,1; 75-84 yaş arası hastalarda %27; 85 yaş ve üzeri hastalarda %16,7'dir. Tüm yaş gruplarında en sık gözlenen aktinik keratoz olarak tesbit edilmiştir. Derinin malign ve premalign hastalıkları görülme sıklığı ile yaş grupları arasında anlamlı bir ilişki vardır. 75 yaşından küçük bireylerde derinin malign ve premalign hastalıkları görülme görülme oranı, 75-84 yaş grubundaki oranından anlamlı düzeyde daha düşüktür ( $p=0,015$  ve  $p<0,05$ ).

Rekürren aftöz stomatit saptanan hastaların tamamı 85 yaş üzeri iken, Behçet hastalığı saptanan hastaların tamamı 65-74 yaş arasındadır. Mukozal hastalıklar ile yaş grupları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,156$  ve  $p>0,05$ ).

Vitiligo saptanan hastaların %50'si 75-84 yaş arası iken, geri kalan %50'si 85 yaş ve üzeridir. Melasma saptanan hastaların ise 65-74 yaş arası olup geri kalan %50'si 75-84 yaş arasındadır. Derinin pigmentasyon bozuklukları ile yaş grupları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,153$  ve  $p>0,05$ ).

Yaş aralığı 65-74 olan hastalarda viral deri enfeksiyonları görülme sıklığı %5,7; 75-84 yaş arası hastalarda %5; 85 yaş ve üzeri hastalarda %8,3'dür. Tüm yaş gruplarında en sık görülen viral deri enfeksiyon zonadır. Herpes simpleks görülen hastaların tamamı 75-84 yaş arasındadır. Verruca vulgaris gözlenen hastaların %83,3'ü 65-74 yaş arasında; %16,7'si 75-84

yaş grubu arasında saptanırken zona görülen hastaların %50'si 65-74 yaş arasında olup %30'u 75-84 yaş arasında, %20'si 85 yaş ve üzerinde saptanmıştır. Viral deri hastalıkları ile yaş grupları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,795$  ve  $p>0,05$ ).

Yaş aralığı 65-74 olan hastalarda vezikülobüllöz hastalıkların görülme sıklığı %1,7; 75-84 yaş arası hastalarda %2; 85 yaş ve üzeri hastalarda %12,5'dir. 85 yaş ve üzeri hastalarda vezikülobüllöz hastalıkların görülme oranı diğer yaş gruplarında vezikülobüllöz hastalık görülme oranlarından anlamlı düzeyde daha fazladır ( $p=0,025$  ve  $p<0,05$ ). Pemfigus vulgaris görülme sıklığı 65-74 yaş arası hasta gruplarında %50; 75-84 yaş arası ve 85 yaş ve üzeri hasta gruplarında eşit oranda olup %25'tir. Çalışmada büllöz pemfigoid hastalarının tamamı 75-84 yaş arsında saptanmıştır. Pemfigus foileceus saptanan hastaların %50'si 65-74 yaş arası geri kalan %50'si 85 yaş ve üzeridir. Dermatitis herpetiformis saptanan sadece 1 hasta olup o da 85 yaş ve üzeri hasta grubundadır. Vezikülobüllöz hastalıklar ile yaş grupları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Özellikle 85 ve üzeri olan bireylerde vezikülobüllöz hastalıklar görülme oranı (%12,5), diğer yaş gruplarında görülme oranlarından (sırasıyla %1,7; %2) anlamlı düzeyde daha yüksektir ( $p=0,025$  ve  $p<0,05$ ).

Yaş aralığı 65-74 olan hastalarda kallus görülme sıklığı %5,7; 75-84 yaş arası hastalarda %4 olarak saptanırken; 85 yaş ve üzeri hiçbir hastada kallus saptanmamıştır. Yaş grupları ile kallus görülme oranı anlamlı saptanmamıştır ( $p=0,701$  ve  $p>0,05$ ).

Yaş aralığı 65-74 olan hastalarda demosidoz saptanma oranı %0,6 iken 75-84 yaş arası hastalarda ve 85 yaş ve üzeri hiçbir hastada demosidoz saptanmamıştır. Yaş aralığı 65-74 olan hastalarda, 85 yaş ve üzeri hastalarda hiç skabies saptanmamışken, 75-84 yaş arası sadece 1 hastada skabies paraziti tesbit edilmiştir. Yaş grupları ile enfestasyonların görülme oranı anlamlı saptanmamıştır ( $p=0,657$  ve  $p>0,05$ ).

Yaş aralığı 65-74 olan hastalarda rozasea görülme sıklığı %4, 75-84 yaş arası hastalarda %2 saptanırken, 85 yaş ve üzeri hastalarda rozasea saptanmamıştır. Yaş grupları ile rozasea görülme oranı anlamlı saptanmamıştır (  $p=0,657$  ve  $p>0,05$ ).

Makulopapuler ilaç erüpsiyonu ise 65-74 yaş arası ve 75-84 yaş arası birer hastada tesbit edilmiş olup 85 yaş üzeri hiçbir hastada makulopapuler ilaç erüpsiyonu gözlemlenmemiştir. Makulopapuler ilaç erüpsiyonları ve yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p=0,1$  v  $p>0,05$ ).

Yaş aralığı 65-74 olan hastalarda psoriasis ve liken planus dışı papüloskuamöz hastalıkların görülme sıklığı %1,13; 75-84 yaş arası hastalarda %3 saptanırken; 85 yaş ve üzeri hastalarda psoriasis ve liken planus dışı papüloskuamöz hastalıklar saptanmamıştır. Yaş grupları ile psoriasis ve liken planus dışı papüloskuamöz hastalıklar görülme oranı anlamlı saptanmamıştır (  $p=0,616$  ve  $p>0,05$ ). Parapsoriasis görülme sıklığı 65-74 yaş arası hastalarda %1,13 iken 75-84 yaş arası hastalarda %2 olarak tesbit edilmiştir. Parapsoriasis 85 yaş üzeri hastalarda saptanmamıştır. Liken simpleks kronikus sadece 1 hastada tesbit edilmiş olup yaş aralığı 75-84 yaş arasındadır.

Diğer hastalık gruplarından ise; 2 adet lökositoklastik vaskülit saptanmış olup bunların birisi 65-74 yaş arasında diğeri ise 75-84 yaş grubu arasındadır. Sadece bir hastada morfea saptanmış olup bu hastanın yaş aralığı 65-74 yaş arasındadır. Sadece 65-74 yaş arası bir hastada deri sarkoidozu tesbit edilmiştir. 75-84 yaş arası birer hastada DLE ve raynaud hastalığı tesbit edilmiştir.

## 5. TARTIŞMA

Yaşlanma ile birlikte derinin yapısında ve fonksiyonlarında birçok değişiklik ortaya çıkmaktadır (61). Yaşlanmayla birlikte epidermiste differiansiyasyon bozulmakta ve sıklıkla fokal doku proliferasyonları görülmektedir. Bu nedenle çeşitli benign neoplazilerin sıklığında yaşla paralel olarak artış görülmektedir (7). Çalışmamızda en sık saptanan hastalık grupları derinin benign neoplazmaları (%46) olmuştur. Benzer şekilde yapılan bir diğer çalışmada ise derinin benign neoplazmaları %39 oran ile üçüncü en sık görülen geriatric deri hastalığı olarak saptanmıştır (18). Yine İtalya'da 2100 geriatric hastada yapılan kapsamlı bir araştırmada 2. sıklıkla saptanan hastalık grubunu derinin benign neoplazmaları (%13,5) oluşturmaktadır (62). İran'da yapılan bir araştırmada da geriatric hasta popülasyonunda en sık izlenen hastalık grubu %65 oran ile derinin benign neoplazmaları olmuştur (63). Hemen hemen çoğu olguda 4. dekattan sonra gelişen ve otozomal dominant geçiş gösterdiği düşünölen seboreik keratozlar toplumda çok sık görölen benign neoplazlardır. Çalışmamızda da benign deri neoplazmaları içerisinde en sık gözlenen grup seboreik keratozlar olmuştur (tüm benign deri tümörleri içerisinde %27 oranında). Yine 210 geriatric hasta ile yapılan bir çalışmada toplamda %10 oranında saptanan benign neoplaziler içinde %52 oran ile en yüksek grubu seboreik keratozlar oluşturmaktadır (61). Çalışmamızda benign deri neoplazmaları içerisinde 2. sıklıkla gözlenen grubu %7,3 oran ile cherry anjiomlar oluşturmaktadır. Hindistan'da 320 geriatric hasta ile yapılan bir çalışmada cherry angiomas en yüksek sıklıkta saptanan hastalıklardan birisi olarak %48,1 oranında saptanmıştır (64).

Yaşlı hastalarda yıllar içinde deri daha kuru ve kaşıntılı hale gelmektedir. Stratum korneum tabakası derinin su kaybının düzenlenmesinde en önemli göreve sahip katman olup deri bariyer fonksiyonunu yerine getirmektedir. Kuruluğu iklim, ilaçlar, malign ve endokrin hastalıklar, enfeksiyonlar ve böbrek hastalıkları gibi birçok etken tetikleyebilmektedir (65). Yaşlanma ile beraber kserozdaki artış, cildin nem ve bariyer fonksiyonundaki değişikliklerden

kaynaklanmaktadır (66). Çalışmamızda geriartrik hasta grubunda en sık gözlenen 2. deri bulgusu %45 oranında kseroz olarak tesbit edilmiştir. Farklı çalışmalarda bu oran %3,7-%75 arasında saptanmıştır (1,7,67). Kserozisin yalnızca yaşlanma ile ilişkili olmayıp diğer faktörlerden de etkilenmesi bu farklılığın nedenini açıklayabilir.

Geriatric hastalarda sık görülen nörolojik defisitler, immün fonksiyonlarda bozulma, şişmanlık, malnütriyon, epidermal hücre yenilenmesinde yavaşlama ve özellikle günlük kişisel bakımda yetersizlikler nedeniyle enfeksiyon hastalıklarının görülme olasılığı artmıştır (1). Çalışmamızda en sık saptanan 3. hastalık grubu ise fungal enfeksiyonlardır. Toplamda 89 hastada (%29,7) fungal enfeksiyon saptanmıştır. Ülkemizde Baş ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada fungal enfeksiyonlar %18 oranında saptanmıştır (1). Yine 2496 geriartrik hastadan oluşan geniş kapsamlı bir çalışmada fungal enfeksiyon sıklığı %10,4 olarak bulunmuştur (68). Çalışmamızda tinea unguium %9,3 ve tinea pedis %5,7 oranında saptanmıştır. Tinea pedis ve tinea unguium birlikte görülmesi ise %9 oranında saptanmıştır. Baykal ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada da sadece tinea unguium %17, tinea unguium ve tinea pedis birlikte %15,7 ve tinea pedis %10,7 oranında saptanmıştır (61). Tinea unguium ve tinea pedis beraberliğinin fazla görülmesi yüzeysel dermatofit enfeksiyonlarında bulaş riskinin yüksek olduğunun bir göstergesi olabilir. Çalışmamızda bakteriyel enfeksiyonlar %15 oranında saptanmıştır. Bakteriyel enfeksiyonların büyük çoğunluğunu %46,6 oran ile sellülitler oluşturmaktadır. Baş ve ark. tarafından yapılan çalışmada bakteriyel enfeksiyonlar %7,4 oranında saptanmıştır (1). Viral enfeksiyonlar ise bakteriyel ve fungal enfeksiyonlara nazaran biraz daha az sıklıkla tespit edilmiştir (%3,7). Viral enfeksiyonların %37'sini herpes zoster oluşturmaktadır. İran'da yapılan bir çalışmada viral enfeksiyonlar %8,2 gibi yüksek oranda saptanmıştır ve bu hastalık grubunun çoğunu herpes zoster oluşturmaktadır (63). Özellikle yaşla beraber azalan hücrel immüniteye paralel olarak herpes zoster yaşlı popülasyonda sıkça karşımıza çıkmaktadır.

Pruritus yaşlılarda en sık görülen yakınmalardan biridir ve altta yatan bir deri hastalığının bir parçası veya endokrin, renal, hematolojik veya nadiren malign hastalıklar gibi bir sistemik hastalığın belirtisi olabilmektedir (69). Çalışmamızda %24,3 hastada pruritus tesbit edilmiştir. Baş ve ark. yaptığı çalışmada pruritus oranını %12,8 olarak saptamıştır (1). İtalya’da yapılan kapsamlı bir çalışmada da en sık saptanan dermatolojik bozukluğun %18,9 ile pruritus olduğu gösterilmiştir (62). Kseroz pruritus için önemli bir etyolojik faktördür. Çalışmamızda diğer çalışmalara göre pruritus oranının fazla görülmesi, kseroz saptanan hastaların fazla olmasından kaynaklanmış olabilir.

Ekzematöz dermatitler çalışmamızda %25,7 olarak saptanmıştır. Bilgili ve ark.’nın yaptığı çalışmada geriartrik hasta popülasyonunda en sık saptanan dermatolojik bozukluğun %32,7 oran ile ekzematöz dermatitler olduğu bildirilmiştir (68). Yaşlanma ile beraber dermoepidermal bileşkede düzleşme, dermal ve epidermal atrofi, melanositlerde, langerhans hücrelerinde ve fibroblastlarda sayıca azalmalar ve en önemlisi deri bariyerinde bozulmalar gözlenmesi sonucunda inflamatuvar deri hastalıklarında artış neredeyse kaçınılmazdır (70). Çalışmamızda da ekzematöz dermatitlerin içinde en sık %23,7 oranında nörodermatitler yer almaktadır. Yine yaşlılarda kserotik egzamalar sıklıkla görülmektedir. Artan immobilizasyon, venöz yetersizlikler gibi sebeplerle artmış alt ekstremitte stazına bağlı olarak staz dermatit oranları da geriatric hasta gruplarında yüksektir. Bizim çalışmamız da izole staz dermatit oranı tüm dermatitlerin göre %0,9’unu oluşturmaktadır.

Psoriazis vulgaris görülme sıklığı %5 iken, liken planus sıklığı %1,2 olarak tespit edilmiştir. Weismann ve ark. yaptığı bir çalışmada psoriazis vulgaris görülme sıklığı %2,9 olarak saptanmıştır (71). Bilgili ve ark. tarafından liken planus görülme sıklığı %1,5 olarak saptanmıştır (68).

Çalışmamızda malign veya premalign deri hastalıkları %18 oranında saptanırken bunların %46’sını aktinik keratozlar ve %27’sini BCC’li olgular oluşturmaktadır. Ülkemizde

gerçekleştirilen bir diğer çalışmada tüm malign neoplazmların %83,3'ünü BCC'nin oluşturduğu bildirilmiştir (68). Nonmelanoma deri kanserleri geriatric hastalarda sık görülmektedir. Bu lezyonların gelişiminde güneş hasarının yanısıra azalmış hücrel immun yanıt ve genetik faktörler de rol oynamaktadır (13). Tümör tipleri arasındaki oransal farklılık neoplastik süreçte etkili olan ilave faktörlerin değişkenliğinden kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda toplam 19 hastada (%7,3) ürtikeryal deri döküntüleri saptanmıştır. Benzer şekilde yapılan bir çalışmada da ürtikeryal lezyonlar %7,5 oranında saptanmıştır (68).

Vezikülobüllöz hastalıklar toplamda 8 hastada (%2,7) saptanmıştır. 2734 yaşlı hasta ile yapılan bir çalışmada ise vezikülobüllöz hastalıklar %0,8 oranında saptanmıştır. Bizim çalışmamızda hasta sayısının göreceli olarak az olması bu sonucun ortaya çıkmasına yol açmış olabilir.

Yaşlılarda cilt bulgularını inceleyen birçok çalışmada kadın/erkek oranı farklı şekilde tespit edilmiştir. Baş ve ark. çalışmalarında altmış beş yaş ve üzerindeki 2734 geriatric hastanın %55,6'sı erkek (1519), %44,4'ü kadın (1215) olarak bulmuştur. Kadın/erkek oranını 0,8 olarak saptamışlardır (1). Yalçın ve ark. ise benzer şekilde kadın/erkek oranını 0,8 olarak saptamıştır (5). Baykal ve ark. yaptığı bir çalışmada ise kadın/erkek oranını 1,1 olarak saptanmıştır (61). Çalışmamızda ise hastaların 130'u kadın (%43,3), 170'i erkek olup kadın/erkek oranı 0,7 olarak bulunmuştur.

Yaşlı hastalarda cinsiyete göre hastalık gruplarına bakıldığında daha sık görülen hastalıklar ve oranları birbirine yakındır. Çalışmamızda kadınların %46'sında kseroz saptanmış olup en sık görülen dermatolojik hastalık grubunu oluşturmaktadır. Bunu %42,9 oranla ekzamalar ve %41,5 oran ile derinin benign neoplazmları oluşturmaktadır. Baş ve ark. tarafından yapılan çalışmada kadınlarda en sık saptanan deri hastalıkları ekzamalar olarak değerlendirilmiştir (1). Çalışmamızda sadece liken planus kadınlarda erkeklerden anlamlı

oranda fazla görülmüştür ( $p=0,09$  ve  $p<0,05$ ). Baş ve ark. yaptığı çalışmada ise kadınlarda vezikülobüllöz otoimmün hastalıklar ve ürtiker-anjioödem daha sık iken; erkek hastalarda infeksiyon hastalıkları daha sık oranda tesbit edilmiştir (1). Vezikülobüllöz hastalıklar toplumda eşit sıklıkta bulunmaktadır (72). Çalışmamızda da vezikülobüllöz hastalıklarda kadın ve erkek cinsiyeti arasında fark saptanmamıştır. Çalışmamızda bakteriyel, viral ve fungal deri enfeksiyonları hem kadın hem erkek cinsiyette benzer oranlarda saptanmıştır. Demirseren ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada da yaşlılarda enfeksiyöz hastalıkların cinsiyetle farklılık göstermediği saptanmıştır (73). Çalışmamızda kseroz görülme sıklığı ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki saptanmamışken yapılan bir çalışmada yaşlı kadın popülasyonunda kseroz yüksek oranda saptanmıştır (73). Kaçar ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada pruritus oranlı yaşlı kadınlarda daha sık saptanırken çalışmamızda kadın ve erkek hastalarda pruritus açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır (74). Hasta sayısındaki farklılıklar çalışmalarda elde edilen sonuçların değişkenliğinin nedeni olabilir.

Hastalarımızın 150 (%50) tanesinin kırsal kesimde, 150 tanesinin ise (%50) kent merkezlerinde ikamet ettiği saptanmıştır. Yaşlı hastalarda yaşadığı yere göre hastalık gruplarına bakıldığında sık görülen hastalıklar ve oranları birbirine yakındır. Çalışmamızda yaşanılan yere göre liken planus ve psoriasis vulgaris dışı papüloskuamöz hastalıkların görülme sıklıkları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p=0,06$  ve  $p>0,05$ ).

Yine kallus görülme sıklığı kırsal kesimlerde %7,3 iken, kent merkezde bu oran %2'dir. Kallus görülen bireylerin büyük bir kısmı (%78,6) kırsal bölgede yaşamaktadır ( $p=0,029$  ve  $p<0,05$ ). Ayaklarda korn ve kallusların oluşumu için risk faktörleri; kemik çıkıntılar, anormal biyomekanik ayak fonksiyonu, tam oturmayan ayakkabılar ve atletik aktivitelerden dolayı tekrarlayan travmaları içerir (75). Çalışmamızda, kırsal kesimlerde kallus ve hornların anlamlı olarak fazla görülmesi kırsal hayat şartları ile ilişkili olarak yorumlanmıştır.

Çalışmamızda 65-74 yaş arası hastalar toplam hasta nüfusunun %58,7'sini, 75-84 yaş arası hastalar toplam hasta nüfusunun %33,3'ünü, 85 yaş üstü hastalar ise toplam hasta nüfusunun %8'ini oluşturmaktadır. Yapılan diğer bir çalışmada 65-74 yaş arası hastalar tüm popülasyonun %75,3'ünü, 75-84 yaş arası hastalar tüm popülasyonun %22,3'ünü ve 85 yaş üstü hastalar ise toplumun %2,4'ünü oluşturmaktadır (1). Yaş aralığı 65-74 olan hastalarda en sık görülen hastalıklar, benign deri tümörleri (%43,8), kseroz (%39,2) ve ekzamatöz dermatitlerdir (%25,6) . Çalışmamızdan farklı olarak yapılan bir çalışmada 65-74 yaş arası en sık görülen dermatolojik hastalıklar ekzamatöz dermatitler (%21,6) olarak tespit edilmiştir (5). Yaş aralığı 75-84 olan hastalarda en sık görülen hastalıklar ise kseroz (%53,0), benign deri tümörleri (%50) ve pruritusdur. Yapılan diğer iki farklı çalışmada da 75-84 yaş arası en sık görülen dermatozlar yine ekzamatöz dermatitler olarak saptanmıştır (1,5). Çalışmamızda 85 yaş ve üzeri hastalarda ise en sık görülen hastalıklar kserozis (%54,2), fungal enfeksiyonlar (%41,7) ve ekzamatöz dermatitler (%41,7) olarak tespit edilmiştir. Yapılan diğer bir çalışmada 85 yaş ve üzeri hastalarda benzer olarak ikinci sıklıkta %14,1 oranında ekzamatöz dermatitler saptanırken en sık pruritus tespit edilmiştir (5). Baş ve ark yaptığı çalışmada ise 85 yaş ve üzeri en sık gözlenen hastalık pruritus iken (%16,9) ikinci sıklıkta fungal enfeksiyonlar (%15,4) saptanmıştır (1).

Çalışmamızda yaş grupları ile ekzamatöz dermatitler, pruritus ve bakteriyel deri enfeksiyonları arasında anlamlı bir fark saptanmazken; Baş ve ark.'nın yaptığı çalışmada yaş ile bu hastalıkların artma eğiliminde olduğu gösterilmiştir (1).

Çalışmamızda yaş ile kserozis arasında sınırda anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir ( $p=0,05$ ). 75-84 yaş grubunda kserozis görülme sıklığı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Ülkemizde gerçekleştirilen başka bir çalışmada ise kseroz sıklığı yaşla artış göstermemektedir (1). Diğer bir çalışmada ise kseroz oranı 65-74 yaş arasında, 75 yaş ve üzeri hastalara göre anlamlı olarak fazla bulunmuştur (68).

Derinin malign ve premalign hastalıkları görülme sıklığı ile yaş grupları arasında anlamlı bir ilişki vardır. 75 yaşından küçük bireylerde derinin malign ve premalign hastalıkları görülme oranı, 75-84 yaş grubundaki oranından anlamlı düzeyde daha düşüktür ( $p=0,015$  ve  $p<0,05$ ). Baş ve ark.'nın yaptığı çalışmada prekanseröz lezyonlar ve malign neoplazilerin yaşla artma eğiliminde olduğu gösterilmiştir (1).

Çalışmamızda 85 yaş ve üzeri hastalarda vezikülobüllöz hastalıkların görülme oranı diğer yaş gruplarında vezikülobüllöz hastalık görülme oranlarından anlamlı düzeyde daha fazladır ( $p=0,025$  ve  $p<0,05$ ). Baş ve ark.'larının yaptığı bir çalışmada farklılık saptanmamıştır (1).

## 6. SONUÇLAR:

- Çalışmamızda en sık saptanan hastalık grupları derinin benign neoplazmları olmuştur.
- Kserozis özellikle geriatric yaş grubunun bir diğer önemli deri problemidir ve 74-85 yaş grubunda sıklığının arttığı saptanmıştır.
- Yaşlılarda en sık görülen enfeksiyöz dermatolojik hastalık grubu olan fungal enfeksiyonlar aynı kişide muhtemelen bulaşa ve kişisel bakım eksikliğine bağlı olarak birkaç farklı lokalizasyonda saptanmaktadır.
- Hücrel immün sistemdeki azalmaya bağlı olarak yaşlılarda zona sıklıkla gözlenmektedir.
- Kseroz ve altta yatan ek medikal hastalıkların varlığı yaşlı popülasyonda pruritusu önemli bir şikayet haline getirmektedir.
- Geriatric yaş grubunda kadın hastalarda liken planus sıklığı belirgin olarak yüksektir.
- Monoton şehir hayatında günlük aktiviteleri kısıtlı olan yaşlılarda kallus daha az izlenmektedir.
- Geriatric popülasyonda ilerleyen yaş derinin malign-premalign tümörleri ve vezikülöbüllöz hastalıkların riskini belirgin olarak yükseltmektedir.
- Geriatric yaş grubuna ait sık görülen dermatolojik problemlerin akılda tutulması birçok hastalığın erken tanı ve tedavisinde kolaylıklar getirecektir.

## 7. KAYNAKLAR:

1. Baş Y, Kalkan G, Seğkin HY, Tackı Z, şahin ř, Demir A. Geriatrik Hastalarda Dermatolojik Sorunların Analizi. Turk J Dermatol 2014; 2: 95-100.
2. TÜİK, İstatistiklerle Yaşlılar, 2014. [http://www.tuik.gov.tr/basinOdasi/haberler/2014\\_4\\_20140203.pdf](http://www.tuik.gov.tr/basinOdasi/haberler/2014_4_20140203.pdf)
3. Norman RA. The aging of the worlds population. In Geriatrik dermatology. Norman RA(Ed). Newyork: The Parthenon Publisihing Group. 2001: 65-76
4. TÜİK İstatistiklerle Yaşlılar Elderly Statistics 2013. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16057>.
5. Yalęin B, Tamer E, Toy GG, Oztaş P, Hayran M, Alli N. The prevalence of skin diseases in the elderly: analysis of 4099 geriatric patients. Int J Dermatol. 2006 Jun;45(6):672-6.
6. Grove GL. Physiologic changes in older skin. Clin Geriatr Med. 1989 Feb;5(1):115-25.
7. Havlik NL, Fitzpatrick TB, Kligman AM, Kligman LU. Ge-riatric dermatology. In: Freedberg İM, Eisen AZ, WolffK, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI, Fitzpatrick TB (eds). Fitzpalrick's Dermatology in General Medicine, 5th ed, New York, McGraw-Hill, 1999, vol 2, p 1707-1716.
8. Kligman AM. Psychological aspects of skin disorders in the elderly. Cutis. 1989 May;43(5):498-501.
9. Winker MA, Glass RM. The aging global population: a call for papers. JAMA 1996;276:1758.
10. Masoro EJ. Aging. In Masoro EJ, ed. Current Concepts n Aging. Oxford: Oxford University Press,1995:3.
11. Yaar M,Gilchrest BA. Aging skin. In Freedberg IM, Eisen AZ, Wo, HK, et al. ,eds. Dermatology in genaral medicine, 5th edition. New York, McGraw-Hill,199:1697-706

12. Borkan GA, Norris AH. Assessment of biological age using a profile of physical parameters. *J Gerontol.* 1980 Mar;35(2):177-84.
13. Havlik NL, Fitzpatrick TB, Kligman AM, Kligman LU. Geriatric Dermatology. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI, Fitzpatrick TB (eds). *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*, 5th ed, New York, McGraw-Hill, 1999, vol 2, p 1707-1723.
14. Orkin M, Mainbach M, Dahl MV. *Dermatology*, a Lange Medical book. Norwalk: Appleton and Lange, 1991
15. Moschella S.L. *Skin Diseases of Elderly. Geriatric dermatology.* New York: 2001: 17-34
16. Young EM, Newcomer VD, Kligman AM. *Geriatric Dermatology.* Philadelphia: Lea Febiger, 1993
17. Politi Y, Oplur J, Bremmer S. Cutaneous neoplastic syndromes. *Acta Derm Venereol (Stockh)* 1993;73: 161-70
18. Kılınç I, Ünal İ, Ceylan C, Özdemir F. geriatric hastalarda deri bulguları *Geriatrici* 5 (3): 103-106, 2002 *Turkish Journal of Geriatrics*
19. Beauregard S, Gilchrist BA. A survey of skin problems and skin care regimens in the elderly. *Arch Dermatol.* 1987 Dec;123(12):1638-43.
20. Beacham BE. Common dermatoses in the elderly. *Am Fam Physician.* 1993 May 1;47(6):1445-50. Review.
21. Gordon GM, Cuttice MM. Exercise and the aging foot. *South Med J.* 1994 May;87(5):S36-41.
22. West MD. The cellular and molecular biology of skin aging. *Arch Dermatol.* 1994 Jan;130(1):87-95. Review.

23. Whitmore SE, Levine MA. Risk factors for reduced skin thickness and bone density: possible clues regarding pathophysiology, prevention, and treatment. *J Am Acad Dermatol.* 1998 Feb;38(2 Pt 1):248-55.
24. Pappas PJ, DeFouw DO, Venezio LM, Gorti R, Padberg FT Jr, Silva MB Jr, Goldberg MC, Durán WN, Hobson RW 2nd. Morphometric assessment of the dermal microcirculation in patients with chronic venous insufficiency. *J Vasc Surg.* 1997 Nov;26(5):784-95.
25. Gerstein AD, Phillips TJ, Rogers GS, Gilchrest BA. Wound healing and aging. *Dermatol Clin.* 1993 Oct;11(4):749-57. Review
26. Fenske NA, Lober CW. Structural and functional changes of normal aging skin. *J Am Acad Dermatol.* 1986 Oct;15(4 Pt 1):571-85. Review.
27. Gniadecka M, Jemec GB. Quantitative evaluation of chronological ageing and photoageing in vivo: studies on skin echogenicity and thickness. *Br J Dermatol.* 1998 Nov;139(5):815-21.
28. Callens A, Vaillant L, Lecomte P, Berson M, Gall Y, Lorette G. Does hormonal skin aging exist? A study of the influence of different hormone therapy regimens on the skin of postmenopausal women using non-invasive measurement techniques. *Dermatology.* 1996;193(4):289-94.
29. Alam M, Scher RK, Schneiderman PI. Leg, foot and nail diseases in the elderly. In *Geriatric dermatology.* Norman AR(Ed). Newyork: The Parthenon Publishing Group. 2001: 65-76
30. Walther RR, Harber LC. Expected skin complaints of the geriatric patient. *Geriatrics.* 1984 Dec;39(12):67-9, 73-4, 79-80.
31. Stoltze R. Dermatitis medicamentosa in eczema of the leg. *Acta Derm Venerolog (Stockh)* 1996;46:54-64

32. Shupp DL, Winkelmann RK. The role of patch testing in stasis dermatitis. *Cutis*. 1988 Dec;42(6):528-30.
33. Hogan DJ. Widespread dermatitis after topical treatment of chronic leg ulcers and stasis dermatitis. *CMAJ*. 1988 Feb 15;138(4):336-8
34. Pieper B, Templin TN, Dobal M, Jacox A. Wound prevalence, types, and treatments in home care. *Adv Wound Care*. 1999 Apr;12(3):117-26.
35. Taler G. Management of pressure ulcers in long-term care. *Adv Wound Care*. 1997 Sep;10(5):50-2. Review.
36. Smith DM, Winsemius DK, Besdine RW. Pressure sores in the elderly: can this outcome be improved? . *J Gen Intern Med*. 1991 Jan-Feb;6(1):81-93.
37. Lagattolla NRF, Burnand KG. Chronic venous diseases may delay the diagnosis of malignant ulceration of the leg. *Phlebology* 1994;9: 167
38. Kosinski M, Ramcharitar S. In-office management of common geriatric foot problems. *Geriatrics*. 1994 May;49(5):43-7; quiz 48-9. Review.
39. Yonkosky D, Ladia L, Gackenheimer L, Schultz MW. Scabies in nursing homes: an eradication program with permethrin 5% cream. *J Am Acad Dermatol*. 1990 Dec;23(6 Pt 1):1133-6.
40. Cohen PR, Scher RK. Nail disease and dermatology. *J Am Acad Dermatol*. 1989 Nov;21(5 Pt 1):1020-2. Review.
41. Elewski BE. Bacterial infection in a patient with onychomycosis. *J Am Acad Dermatol*. 1997 Sep;37(3 Pt 1):493-4.
42. Gunnoe RE. Diseases of the nails. How to recognize and treat them. *Postgrad Med*. 1983 Sep;74(3):357-62.
43. Lim JTE, Goh JL. Carbon dioxide laser treatment of periungual and subungual viral warts. *Australas J Dermatol* 1992;33:87-91

44. Glick BP, Zaiac M, Rebell G, Zaias N. Superficial mycoses in the elderly. In *Geriatric dermatology*. Norman AR (Ed). New York: The Parthenon Publishing Group. 2001: 83-93
45. Martin AG, Kobayashi GS. Fungal diseases with cutaneous involvement. In Fitzpatrick TB, ed. *Dermatology in General Medicine*. New York: Mc-Graw-Hill, 1999: 2337-57.
46. Rippon JW. *Medical Mycology: the Pathogenic Fungi and Pathogenic Actinomycetes*. Philadelphia: Harcourt Brace Jovanovich, 1988.
47. Roberts SO. *Pityrosporum orbiculare*: incidence and distribution on clinically normal skin. *Br J Dermatol*. 1969 Apr; 81(4): 264-9.
48. Smith CB. Candidiasis: pathogenesis, host resistance and predisposing factors. In Bodey GP, Fainstein V, eds. *Candidiasis*. New York: Raven Press, 1985: 53
49. Lehner T. Classification and clinicopathological features of *Candida* infections of the mouth. In Winner HI, Hurley R eds, *Symposium on Candidal Infections*. Baltimore: Williams and Wilkins 1966: 19.
50. Becker BA, Gaspari AA. Pemphigus vulgaris and vegetans. *Dermatol Clin*. 1993 Jul; 11(3): 429-52.
51. Stanley JR: Pemphigus. In: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, et al., (eds.). *Dermatology in General Medicine*, 5th edn. New York: McGraw-Hill, 1999: 654-66
52. Mobini N, Ahmed AR. Bullous diseases. In Mc Donald CJ, ed. *Immunomodulatory and cytotoxic Agents in Dermatology*. New York: Marcel Dekker, 1996: 70-85
53. Tehranchi-Nia Z, Qureshi TA, Ahmed AR. Pemphigus vulgaris in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 1998 Jan; 46(1): 92-4.
54. Rook AJ, Waddington E. Pemphigus and pemphigoid. *Br J Dermatol* 1953; 65: 425-31.

55. Pye RJ. Bullous eruptions: In Champion RH, Burton JL, Ebling FJR, eds. *Dermatology in General Medicine*, 5th edn. Oxford: Blackwell Scientific, 1992:1638-65.
56. Cliff S, Holden CA. Pemphigoid nodularis: a report of three cases and review of the literature. *Br J Dermatol*. 1997 Mar;136(3):398-401. Review.
57. Roujeau JC, Lok C, Bastuji-Garin S, Mhalla S, Enginger V, Bernard P. High risk of death in elderly patients with extensive bullous pemphigoid. *Arch Dermatol*. 1998 Apr;134(4):465-9.
58. Smith EP, Zone JJ. Dermatitis herpetiformis and linear IgA bullous dermatosis. *Dermatol Clin*. 1993 Jul;11(3):511-26. Review.
59. Katz SI, Hall RP 3rd, Lawley TJ, Strober W. Dermatitis herpetiformis: the skin and the gut. *Ann Intern Med*. 1980 Dec;93(6):857-74.
60. Litt J.Z. Adverse drug reactions on the skin. In *Geriatric dermatology*. Norman RA(Ed). Newyork: The Parthenon Publishing Group. 2001:119-28
61. Baykal Y, Karaduman A, Bükülmez G. Yaşlı Hastalarda Deri Sorunları. *Turkish Journal of Geriatrics* 1999 (4): 156-159.
62. Rubegni P, Poggiali S, Nami N, Rubegni M, Fimiani M. Skin diseases in geriatric patients: our experience from a public skin outpatient clinic in Siena. *G Ital Dermatol Venereol*. 2012 Dec;147(6):631-6.
63. Darjani A1, Mohtasham-Amiri Z, Mohammad Amini K, Golchai J, Sadre-Eshkevari S, Alizade N. Skin Disorders among Elder Patients in a Referral Center in Northern Iran (2011). *Dermatol Res Pract*. 2013;2013:193205. doi: 10.1155/2013/193205. Epub 2013 Jul 8.
64. Sayal SK, Rajbhandari S, Malik AK, Gupta CM. A study of dermatological disorders in geriatric age group. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 1998 Nov-Dec;64(6):270-2.

65. Mazereeuw J, Bonafé J-L: Xerosis (in French). *Ann Dermatol Venereol* 2002;129:137–142.
66. Farage MA, Miller KW, Berardesca E, Maibach HI: Clinical implications of aging skin: cutaneous disorders in the elderly. *Am J Clin Dermatol* 2009; 10: 73–86.
67. Durai PC. , Thappa DM. ,Kumari R. , and Malathi M. , “Aging in elderly: chronological versus photoaging,” *Indian Journal of Dermatology*, vol. 57, pp. 343–352, 2012.
68. Bilgili S. G. , Karadag A. S., Ozkol H. U., Calka O., and Akdeniz N., “The prevalence of skin diseases among the geriatric patients in Eastern Turkey,” *Journal of the Pakistan Medical Association*, vol. 62, no. 6, pp. 535–539, 2012.
69. Parker F. Treatment of asthma and allergic disease in the elderly. Prevalence and treatment of allergic and nonallergic skin disorders in the elderly. *Immunology and Allergy Clinics of North America* 1997; 17: 521-541.
70. Liao YH, Chen SY, Chou SY, Wang PH, Tsai MR, Sun CK. Determination of chronological aging parameters in epidermal keratinocytes by in vivo harmonic generation microscopy. *Biomed Opt Express*. 2013 Jan 1;4(1):77-88. doi: 10.1364/BOE.4.000077. Epub 2012 Dec 13.
71. Weismann K, Krakauer R, Wanscher B. Prevalence of skin diseases in old age. *Acta Derm Venereol*. 1980;60(4):352-3.
72. Mutasim DF, Anhalt GJ. Bullous diseases in the elderly. *Clin Geriatr Med* 2002; 18: 43-58.
73. Demirseren DD, Emre S, Ateşkan Ü, Metin A. Geriatri poliklinik hastalarında saptanan deri bulgularının prospektif analizi. *Turkish Journal of Geriatrics* 2010; 13: 87-91.
74. Tüzün Y, Engin B. Yaşlılarda görülen dermatozlar. *Dermatose* 2004;3: 44-56.

75. Freeman DB. Corns and calluses resulting from mechanical hyperkeratosis. Am Fam Physician. 2002 Jun 1;65(11):2277-80.



## 8. EKLER.

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

BAŞVURU BİLGİLERİ (APPLICATION INFORMATION)	ARAŞTIRMANIN ADI (TITLE OF THE PROJECT)	Düzce Bölgesinde 65 Yaş Üstü Geriatrik Hastalarda Görülen Deri Hastalıklarının Prevalansı Prevalence of Skin Conditions Among Geriatric Patients Above 65 Years Old in the Region of Düzce
	SORUMLU ARAŞTIRMACI (PRINCIPAL INVESTIGATOR)	Yrd. Doç. Dr. Ali İhsan GÜLEÇ
	DiĞER ARAŞTIRMACILAR (OTHER INVESTIGATORS)	Dr. Gizem YAVUZCAN
	ARAŞTIRMA MERKEZİ (RESEARCH CENTER)	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi

KARAR (DECISION)	Karar no (Decision No): 2014/31	Tarih (Date): 20/05/2014
	<p>Sorumlu araştırmacının adı Yrd. Doç. Dr. Ali İhsan GÜLEÇ'in sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma dosyası ve ilgili belgelerin inceleneceği sonucunda araştırmanın gerçekleştirilmesinde etik yönden sakınca olmadığına mevduatı oy birliği ile karar verilmiştir.</p> <p>After reviewing the research file and related documents designed to be performed under the responsibility of Sorumlu araştırmacının adı yazılacak Yrd. Doç. Dr. Ali İhsan GÜLEÇ'in, this project was approved by ethics committee (with unanimity).</p>	

Üyeler (Members)	Uzmanlık alanı (Profession)	Kurumu (Institution)	İmza (Signature)
Prof. Dr. Ahmet ATAĞÖLÜ Başkan (Director)	Psikiyatri	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	
Prof. Dr. Emre ÖZDEMİR Bşk. Yrd. (Ass. Director)	Öroloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	
Prof. Dr. İhsan MAVİOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	
Prof. Dr. Handan ANKARALI	Biyostatistik	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	
Prof. Dr. Enol AYAZ	Mikrobiyoloji	Altı Tıp Fakültesi	
Doç. Dr. Hüseyin YÖCE	Tıbbi Genetik	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	
Doç. Dr. Mehmet YAŞAR (Bildirimlerden sorumlu üye)	Genel Cerrahi	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	
Doç. Dr. Seyit ANKARALI	Fizyoloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	
Yrd. Doç. Dr. Mete ÇAĞLAR	Kadın Doğum	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	
Uzm. Dr. Nuran PARLAK	Farmakoloji	Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi	
Mustafa Salih EROL	Elektronik Mühendisi Biyomedikal Teknikleri	Düzce Üniversitesi Araç ve Uyg. Hastanesi	
Şenife SÖLEK	Avukat	Düzce Üniversitesi Hukuk Müşavirliği	
Sultan Ahmet DURDU	Sivil Üye	Hyundai Özenler Bayi	

T.C

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARLARI

TOPLANTI TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR NO
09.12.2014	19	2014/97

Etik Kurulumuzun 20.05.2014 tarihli 2014/31 karar no ile izin verdiği 'Düzce Bölgesinde 65 Yaş Üstü Geriatrik Hastalarda Görünen Deri Hastalıklarının Prevalansı' isimli araştırmada, sorumlu araştırmacısı olan Yrd. Doç. Dr. Ali İhsan GÜLEÇ'in 2547 sayılı kanunun 40/b maddesi uyarınca 1 yıl süre ile Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne görevlendirildiğinden, bu çalışmada Yrd. Doç. Dr. Ali İhsan GÜLEÇ'in yerine Doç. Dr. Hakan Turan'ın sorumlu araştırmacı olması yönünde Etik Kurulumuza iletilen 08.12.2014 tarihli dilekçe incelendi.2014/31 no'lu 'Düzce Bölgesinde 65 Yaş Üstü Geriatrik Hastalarda Görünen Deri Hastalıklarının Prevalansı' isimli çalışmada sorumlu araştırmacısının Doç. Dr. Hakan TURAN'ın olmasının uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Ahmet ATAÖĞLU BAŞKAN (İMZA)	Prof. Dr. Hüseyin YÜCE BAŞKAN YARD. (İMZA)	Prof. Dr. İlhan MAVİOĞLU ÜYE (İMZA)	Prof. Dr. Handan ANKARALI ÜYE GÖREVLİ
Prof. Dr. Erol AYAZ ÜYE (İMZA)	Doç. Dr. Seyit ANKARALI ÜYE GÖREVLİ	Doç. Dr. Mehmet YAŞAR ÜYE Katılmadı	Yrd. Doç. Dr. Mete ÇAĞLAR ÜYE (İMZA)
Uzm. Dr. Nuran PARLAK ÜYE Katılmadı	Avk. Şerife SÜLEK (HUKUKÇU ÜYE) (İMZA)	Mustafa Salih EROL ÜYE (İMZA)	Sultan Ahmet DURDU ÜYE (İMZA)

09.12.2014  
ASLI GİBİDİR  
Ahmet Sabit ÖZDİREK  
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Sekreteri