

Yenidoğanın Sık Görülen Dermatolojik Hastalıkları

Ümit UKŞAL

Erciyes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Kayseri

Yenidoğanın derisi dış ortam ile ilk karşılaşan koruyucu yüzey olmasının yanı sıra yaşamsal bir organdır. Termoregülasyon, toksin ve enfeksiyonlara karşı koruma, su-elektrolit dengesinin korunması, immün ve duysal fonksiyonları sağlar. İntrauterin yaşamda steril amnios sıvısı içindeki ortamdan doğumdan itibaren hava, ısı değişiklikleri, bakteriler ve fiziksel etkenlerle karşılaşan yenidoğan derisi verniks kazeoza ile korunur. Doğum sonrası yumuşak bir havlu ile deri hafifçe silinerek kan, mekonyum ve verniks temizlenir. Banyoda nötral pH'lı, boya ve parfüm içermeyen sıvı temizleyiciler çok az miktarda kullanılarak ılık su ile yıkanmalıdır. Göbek bakımı için iyot içeren antiseptikler iyodun absorbe olarak geçici hipotiroidiye neden olma riskinden dolayı kullanılmalıdır, klorheksidin veya diğer hafif antiseptiklerle bakım yapılmalıdır.

Yenidoğanın dermatolojik muayenesi geçici benign dermatozlarla ciddi hastalık tablolarının ayrımı ve konjenital hastalıkların erken tanı ve tedavisi açısından önemlidir. Bu yazıda yenidoğanın sık görülen dermatozlarına bir genel bakış ve ana başlıkların özetlenmesi amaçlanmıştır.

Geçici Fizyolojik Neonatal Dermatolojik Hastalıklar

Renk Değişiklikleri

Yaygın kızarıklık (rubeozis), akrosiyanoz, genital hiperpigmentasyon, sarılık görülebilir.

Kızarıklık rölatif hemoglobin yüksekliğine bağlıdır. Genital pigmentasyon ırka bağlı fizyolojik bir durum olmakla beraber meme areolasında da olması adrenal hastalık şüphesi yaratmalı ve endokrinolojik konsültasyon yapılmalıdır. Ağlama, üşüme esnasında geçici olarak uçlarda görülen akrosiyanoz normal fizyolojik bir durumdur, gerçek siyanoz ile karıştırılmamalıdır.

Mongol lekeleri: Sakral ve gluteal bölgede en sık görülen keskin sınırlı mavimsi-mor maküllerdir, spontan geriler. Ekimozlarla karıştırılmamalıdır.

Konjenital pigmentli nevüsler nadiren dev kılı nevüs formunda olabilir.

Vasküler lezyonlar: İnfantil hemanjiomlar ve vasküler malformasyonlar olmak üzere iki farklı grup içinde yer alır. İnfantil hemanjiomlar doğumda veya neonatal dönemde en sık baş-boyun bölgesinde görülür, parlak kırmızı renkli görünümüyle kolay tanı konur. Yüzeysel derin veya mikst tipte olur. Genellikle bir yaşa kadar hızla büyür 7-9 yaşa kadar spontan geriler. Görme, beslenme, iştme engeli, kanama ve sekonder enfeksiyon gibi komplikasyonlar gelişmedikçe sadece takip önerilir. Portwine stain gibi vasküler malformasyonlar ise yaşam boyu devam eder. Görüntüleme yöntemleri ile vasküler malformasyonların derinlik, yapı ve bağlantıları saptanmalıdır.

Kutis marmorata: Gövde ve ekstremitelerde çevre ısısının düşük olmasına bağlı, sıcak ortamda kendiliğinden kaybolan mavi-mor ağsı görünümde renk değişikliğidir. Sıcak ortamda geçmeyen, koyu mor retiküler görünüm "kutis marmorata telenjektatika konjenita"yı düşündürür.

Harlequin (Palyaço) renk değişikliği: Genellikle prematür bebeklerde görülür. Bebeğin yattığı taraftaki ½ deri bölgesi kırmızı, diğer kısım soluktur ve vücudun ortasında keskin bir sınır vardır. Pozisyon değiştirmekle eritem ve solukluk yer değiştirir. Birkaç dakikadan 20 dakikaya kadar devam edebilir.

Bronz bebek Sendromu: Hiperbilirubinemi için fototerapi gören bebeklerde deri, serum ve idrarda gri-kahverengi renk değişikliği olabilir. Fototerapiden 1-7 gün sonra başlar, tedavi bittikten birkaç hafta sonra kendiliğinden geçer. Ayırıcı tanıda neonatal kalp-akciğer hastalıklarına bağlı siyanoz, kloramfenikol intoksikasyonu (gray baby) ve ilerleyici yaygın akkiz melanozis (carbon baby) sendromları düşünülmelidir.

Neonatal Deskuamasyon: Postmatürite ve dismatürite deskuamasyonu artırır. Deskuamasyonun şiddetli olduğu durumlarda iktiyozisler, X'e bağlı resesif hipohidrotik displazi (Christ-Siemens-Touraine Sendromu), konjenital sifiliz düşünülmelidir.

Sefalohematoma ve kaput suksadeneum: Sefalohematom doğum travmasına bağlı gelişen subperiosteal hematoma olup doğumu izleyen ilk saatlerde oluşan, skalpin subkütan şişliğidir. Orta hattı geçmez. Birkaç ayda spontan geriler. Kaput suksadeneum ise mekanik etkiye bağlı lokalize ödemdir, orta hattı geçmesiyle sefalohematomdan ayırt edilir. Genellikle 48 saatte spontan geriler. Nadiren halka şeklinde kalıcı alopesiye neden olabilir.

Steril Geçici Papülopüstümler Döküntümler

Eritema Toksikum Neonatorum: Ortasında küçük bir papül veya püstül bulunan 1-2 mm çaplı eritemli maküller sinek ısırığına benzer görünümündedir. Sırt, kolların proksimal kısmı ve yüze yerleşir. Püstülden yapılan yaymanın steril olması ve eozinofillerin bulunması kandida, bakteriyel ve viral enfeksiyonlardan ayırt edilmesini sağlar. Blaschko çizgilerine uyan lokalizasyon, özellikle kız bebeklerde inkontinensiya pigmenti düşündürmelidir ve biyopsi alınmalıdır. Eritema toksikum spontan geriler, tedavi gerektirmez.

Geçici püstümler melanozis: Maküler pigmentasyon ve püstümlerle karakterize olup daha çok siyah ırkta görülür. Püstümlerin içeriğinde nötrofil hakimiyeti vardır, pigmentasyon uzun süre devam eder.

Miliyarya: Ekrin ter bezi kanalının değişik seviyelerde geçici olarak tıkanmasıdır.

Miliyarya kristalina (Sudamina): Ter bezi kanalının yüzeye yakın tıkanmasıyla olur. Yaz aylarında ve sıcak ortamlarda görülür. Noninflamatuvar, saydam, 1-2 mm. asemptomatik veziküller birkaç gün içinde açılır, deskuame olarak kaybolur. En sık alında ve yaşamın 6-7. günlerinde görülür.

Miliyarya rubra (Miliyarya profunda): M.kristalina'ya göre daha geç ortaya çıkar. Sürtünme ve oklüzyon alanlarında daha sıktır. Eritemli, nonfoliküler 1-3 mm.papül ve papülo- veziküller püstüle dönüşür. Püstümler aseptiktir ve inflamatuvar hücre içermez. Ilık banyo ve ortamın serinletilmesi sekonder enfeksiyon gelişmedikçe yeterli olur.

Milia, Bohn ve Epstein incileri: Epidermal inklüzyon kistleridir. Milia yenidoğanların yaklaşık yarısında görülen, sarı-beyaz, sert, 1-2 mm çaplı papüllerdir. Burun, çene, alın ve yanakları tutar. Pilosebace follikülünden gelişen küçük epidermal kistlerdir. Epstein incileri damakta, Bohn nodülleri ise gingivada yerleşen epidermal kistlerdir, Bu epidermal kistler birkaç haftada spontan olarak kaybolur.

Sebase Hiperplazi: Burun, yanak ve üst dudakta, sarı renkli, multipl papüllerdir. Anneden geçen androjenlerin etkisiyle oluşur ve birkaç haftada spontan düzelir.

Akne neonatorum: Yenidoğanda adolesanlardaki akne vulgaris benzeri papülo-püstümlerle karakterizedir. Spontan gerileme olmazsa androjen yüksekliği araştırılmalıdır.

Neonatal sefalik püstülozis: İnfantlarda saprofit Mallassesia türlerinin etken olduğu akneiform bir erupsiyon olup alın, çene, yanaklar ve saçlı deriyi tutabilir. Topikal

antifungallerle çabuk düzelir. Bir hafta ketokonazol krem uygulanması yeterlidir.

Eozinofilik püstümler follikülit: Saçlı deri ve ekstremitelerde folliküler püstül grupları gözlenir. Hem deri lezyonları hem de periferik kanda eozinofili saptanır. HIV enfeksiyonu ile birliktelik gösteren erişkin formdan ayrı, benign, spontan düzelen bir durumdur.

Emme bülleri ve kallusları: İntrauterin yaşamda fôtusun parmağını veya ön kolu emmesine bağlı bül ve erozyonlar ve dudakta kallus benzeri hiperkeratoz görülebilir.

İnfantil akropüstülozis: Doğumdan iki yaşa kadar görülen tekrarlayıcı, kaşıntılı, vezikülo-püstümler döküntülerdir. Palmar-plantar deri dışında az miktarda el ve ayak dorsali ve bileklerini de tutabilir. Püstülden hazırlanan yaymada bol nötrofil ve az sayıda eozinofil vardır. Etiyolojisi bilinmemekle birlikte skabies yönünden hasta değerlendirilmelidir.

Yenidoğanın Subkütan Doku Hastalıkları

Subkütan Yağ Nekrozu: Genellikle sağlıklı, full-term infantlarda görülen benign bir durumdur. Keskin sınırlı, endüre, nodüler yağ nekrozu alanları oluşur. Yanak, sırt, gluteal bölgeler, kol ve bacaklarda dokunmakla ağrılı değişik çapta nodül veya plaklar saptanır. Nadiren hiperkalsemi eşlik edebilir. Histolojik olarak normalden büyük yağ lobülleri ve inflamatuvar infiltrat, yağ hücreleri arasında iğ biçiminde çatlaklar, nekroz ve kalsifikasyon görülür. Spontan geriler. Flüktüasyon varsa aspirasyon yapılabilir. Hiperkalsemi varsa hidrasyon artırılarak kalsiyumun renal ekskresyonu sağlanır. Diyetle kalsiyum ve D vitamini kısıtlanması, diüretikler, dirençli hiperkalsemi olgularında sistemik kortikosteroidler, subkütan kalsitonin kullanılabilir.

Sklerema neonatorum: Prematür ve genel durumu kötü infantlarda yaşamın ilk haftalarında deride diffüz, hızla yayılan, balmumu renginde, sertleşmeler olarak ortaya çıkar. Gode bırakmayan, tahta sertliğinde ödem bacak ve kalçalardan başlayarak simetrik olarak yayılır. Genital, palmoplantar bölge tutulmaz. Deri soğuk, sarımsı-beyaz, serttir, yüz sabit, maske görünümündedir. Enfeksiyon, konjenital kalb hastalığı, respiratuvar distres, diyare ve dehidratasyon ile mortalite oranı yüksek bir hastalıktır. Histolojik olarak yağ lobülleri etrafında kalınlaşmış konnektif doku bantları ve ödem saptanır. Spesifik bir tedavisi yoktur.

İnfantın pedal papülleri: Yenidoğanın topuk medialinde agrısız, simetrik, deri rengi 5-10 mm çaplı papüllerdir. Lipomlarla, fokal dermal hipoplazi ile karışabilir. Tedavi gerektirmez. İleri yaşlarda görülen ağrılı piezojenik papüllerle ilişkisi bilinmemektedir.

Konjenital Enfeksiyonların Deri Belirtileri

Gebelik esnasında geçirilen viral, bakteriyel ve parazitik enfeksiyonlar yaygın sistemik tutulum sonucu yenidoğanda birçok deri bulgusu ve kalıcı sekele neden olabilir.

Konjenital Rubella: Gebeliğin ilk 16 haftasında rubella enfeksiyonu geçiren annelerin bebeklerinde klasik triad olarak konjenital katarakt, sağırılık ve kardiyak defektlerin yanı sıra intrauterin gelişme geriliği, mikrosefali, mental retardasyon ve diğer sistemlerle ilgili birçok gelişimsel anomali görülür. En tipik deri bulgusu "blueberry muffin" olarak tanımlanan 2-8 mm çaplı mavi-mor infiltrate papül ve nodüller ile daha küçük purpurik maküllerden oluşan diffüz lezyonlardır. Histolojik olarak ekstramedüller hematopoeze bağlı olarak gelişen bu tipik tablo rubella dışında başka hastalıklarda da görülebilir.

Bu hastalıklar

Dermal eritropoez

Konjenital enfeksiyonlar: Rubella, Toxoplazmozis, Sitomegalovirus, HSV, Coxsackie B2

Yenidoğanın Hemolitik Hastalığı: Rhesus ve ABO uyumsuzluğu

Hereditör sferositoz

İkiz-ikiz transfüzyon sendromu

Neoplastik Hastalıklar: Neuroblastoma, Langerhans hücreli histiositoz, konjenital lösemi

Konjenital Varisella sendromu: Gebeliğin ilk 20 haftası içinde varisella geçiren annelerin bebeklerinde olur. Sistemik bulguların (düşük doğum ağırlığı, oftalmolojik ve nörolojik defektler) yanı sıra deride veziküller, dermatomal skarlaşma, aplazi benzeri lezyonlar olabilir.

Neonatal Varisella: Gebeliğin son haftalarında suçüçüğü geçiren annelerin bebeklerinde oluşacak enfeksiyonun şiddeti için enfeksiyonun başlangıç zamanı çok önemlidir. Hastalık annede doğumdan 5 gün önce veya daha erken ortaya çıkmışsa veya infantta yaşamın ilk 4 gününde görülmüşse seyrinin hafif olması beklenir. Doğumdan önceki 2-5 gün arasında görülen anne enfeksiyonu veya infantta 5-10 gün arasında ortaya çıkan enfeksiyon ciddi ve dissemine bir tablo oluşturur ve mortalite %30'a kadar çıkar. Neonatal varisella enfeksiyonunu önlemek için riskli infantlara doğumdan hemen sonra yüksek dozda (60 mg/kg/gün) intavenöz asiklovir günde 3 bölünmüş dozda 14-21 gün yapılmalıdır.

Neonatal Herpes: HSV enfeksiyonu çok hafif bir hastalık tablosundan ölümcül ağır bir tabloya kadar değişik bir spektrum gösterebilir. İntrauterin bulaşma sonucu oluşan konjenital herpes nadir görülür. Vajinal doğum esnasında anneden primer genital herpes enfeksiyonunun bulaşması daha sık görülür. Rekürrent genital herpes'te bulaşma riski daha düşüktür. Neonatal herpes enfeksiyonunda santral sinir sistemi tutulumu sonucu irritabilite veya letarji, hipotoni, deri ve mukozalarda eritematöz maküller, tek veya grupe veziküller saptanır. Veziküller

24-48 saatte püstüle dönüşür, ülser olabilir veya krutlanır. Purpurik, peteşiyal veya büllöz lezyonlar da görülebilen büllü hastalıklarla karışabilir. Deri lezyonları en sık skalp ve yüzde lokalize olur, diffüz ödeme neden olarak kaput süksadeneuma benzerlik gösterebilir, ancak spontan rezolüsyon olmaz, nekroz ve skar dokusu ile iyileşir. Tanı için deri lezyonlarından hazırlanan Tzanck yaymasında multinükleer dev hücreler ve nükleer inklüzyon cisimcikleri görülebilirse de çok spesifik değildir. Tanıda altın standart viral kültürdür. Serolojik testler de genellikle tanı için yeterli değildir. Polimeraz zincir reaksiyonu da tanıda yararlıdır. Asiklovir 60 mg/kg/gün gibi yüksek dozda parenteral yolla 14-21 gün kullanılır.

Bakteriyel Enfeksiyonlar

Bakteriler deride genellikle püstüller lezyonlara neden olur. Bazan sifiliz gibi hastalıklarda eritematöz maküller ve deskuamasyon da olabilir. Staphylococcus aureus ve beta hemolitik streptokoklar en sık enfeksiyon nedeni olmakla birlikte gram negatifler (E.coli, Klebsiella spp., Pseudomonas aeruginosa, Haemophilus influenza) deride peteşiyal, eritematöz maküller, nodül ve veziküller yapabilir. Stafilocoklar impetigo büllöza, omfalit, stafilocoksik haşlanmış deri sendromuna, Streptokoklar impetigo veya toksin aracılı toksik şok sendromuna neden olabilir. Püstüllerden yayma ve Gram boyama, kültürel inceleme ile sistemik antibiyotik seçimi ve lokal antibiyotiklerle (Mupirosin, fusidik asitli krem veya pomadlar) tedavi edilir.

Neonatal impetigo nedeni olan S.aureus'un bazı suşları örneğin grup II izotiplerinden 3a, 3b, 55 ve 77 eksfoliatif bir toksin üretirler. Toksinler kana karıştığı zaman yüzeysel epidermiste ayrılmaya neden olarak stafilocoksik haşlanmış deri sendromu (SSSS) na neden olabilir.

Omfalit: Göbek bakımının iyi olmaması, yağlı bakım ürünleri sürülmesi ve göbeğin geç düşmesi enfeksiyona neden olabilir. Gram negatifler, en sık olarak da Klebsiella türleri enfeksiyondan sorumludur. Bazan birden fazla mikroorganizma da bulunabilir. Lezyondan alınan yayma preparatın Gram boyaması yapılmalıdır. İnatçı omfalit immün yetmezlik göstergesi olabilir. Göbek çevresini de tutarak sellülit ve nekrotizan fasiit gelişebilir, bu durumda erken tanı ve cerrahi debridman yaşam kurtarıcıdır.

Konjenital Sifiliz: Annedeki enfeksiyon gebeliğin 16. haftasından sonra fôtusa bulaşır. Erken konjenital sifiliz 2 yaşından önce klinik tablonun ortaya çıkmasıdır. Diffüz papüloskuamöz lezyonlar başlangıçta pembe daha sonra kahverengi-bakır rengi görünüm alır. Avuç içi-ayak tabanında vezikülo-büllöz lezyonlar saptanır. Tüm vücut yüzeyinde deskuamasyon olur. Anogenital bölge, derinin nemli alanlarında verrüköz, yassı papüller (kondilomata lata) görülür. Tanı treponemal (FTA, TPHA) ve nontreponemal testlerin (VDRL) pozitif olması ile konur. Tüm deri ve mukoza lezyonlarında Treponema pallidum bol miktarda bulunur ve karanlık saha mikroskopisi ile spiroketler saptanabilir. Tedavide kristalize penisilin kullanılır.

Fungal ve Protozoal Enfeksiyonlar

Candida albicans, *Malassezia* spp., *Aspergillus* spp, *Trichophyton rubrum* gibi mantarlar neonatal dönemde bulaşarak saçlı deri ve yüzde bazan da gövdede papüloveziküler döküntülere neden olabilir.

Kandida enfeksiyonları: Yenidoğanda 3 tip enfeksiyon olur:

- Konjenital sistemik
- Konjenital non-sistemik
- Neonatal kandidiyazis

Neonatal form doğumdan 1-2 hafta sonra ağızda pamukçuk ve perianal napkin dermatiti ile başlar. Anüs çevresi ve genito-krural bölgede canlı eritematöz lezyonların çevresinde satellit lezyonların bulunması tipiktir. Vezikül ve püstüller de görülebilir. Deri ve / veya mukoza sürüntülerinin KOH solüyonu ile hazırlanan direkt preparatla incelenmesi, kültürel inceleme ile etken saptanır ve antifungal topikallerle tedavi edilir.

Malassezia türleri yüzde, boyun ve saçlı deride non-folliküler karakterize tablo oluşturarak infantil akne ile karışabilir. Püstülden hazırlanan yaymada bol miktarda *M.furfur* görülmesiyle kesin tanı konur. Günde iki kez %2 ketokonazol içeren kremlerle bir haftada lezyonlar düzelir.

Skabies: *Sarcoptes scabiei* generalize papülopüstüllerin yanı sıra yüz, avuçiçi-ayak tabanında da benzer lezyonlar oluşturur. Püstüllerden alınan kazıntı materyalinde parazit saptanabilirse de çoğu kez aile öyküsü ve tipik belirtilerle klinik tanı konulabilir. Yenidoğan döneminde kükürt içeren vazelinli pomadlarla tedavi edilir. Lindan toksik olduğu için kullanılmaz.

Toxoplazmosis: *T. gondii*, peteşi, purpura ve dermal eritropoeze neden olur. Tanı Toxoplazma IgM ELISA testi ile konur.

Ekzematöz Dermatozlar

Napkin Dermatiti: Perianal ve genital bölgenin idrar ve dışkıyla iritasyonu ile, temizlik için kullanılan sabunlar, ıslak mendiller veya bebek bezlerinin iritan veya alerjik etkisiyle ortaya çıkabileceği gibi bu bölgenin seboreik dermatiti ve kandida enfeksiyonları kombine olarak bez bölgesinde inflamasyona neden olabilir. Lezyon sınırında satellit lezyonlar kandidaların primer veya sekonder olarak tabloda rol oynadığını düşündürür. Çevrede uydu lezyonlar varsa mutlaka direkt preparatta mikolojik inceleme yapılmalıdır. Uygun temizlik, iritasyon yapmayan nötral bariyer kremlerin kullanılması ile tedavi edilir. Tedaviye dirençli olgularda akrodermatitis enteropatika, metabolik hastalıklar ve immün yetmezlik düşünülmelidir.

Atopik Dermatit: Doğumdan itibaren 6. aya kadar olan infantil dönemde yanaklarda eritematöz, papüloveziküler lezyonlar görülürse de genellikle yenidoğan döneminden daha sonra başlar. Nötral nemlendiriciler veya çok kısa süreli, flor içermeyen en düşük potent kortikosteroidli kremler (hidrokortizon) verilebilir.

Seboreik Dermatit: Sebace bez yoğunluğunun fazla olduğu saçlı deri, yüz, postauriküler ve intertriginöz alanlarda eritemli, sarı-yağlı skuamli yamalar görülür. Saçlı deride kalın yağlı skuamler tabaka oluşturabilir (beşik takkesi-cradle cap) olarak adlandırılır. Tüm vücut yüzeyini kaplayan eritrodermik formu Leiner variantı olarak immün yetmezlikle ve ciddi sistemik enfeksiyonlarla seyrederek ve hastanede izlem gerektirir. Yenidoğanın seboreik dermatitinde saçlı deriye bebek yağı uygulamaları ve bebek şampuanı ile banyo yeterli olur. İnflamatuvar ve dirençli formlarda düşük potent kortikosteroidli losyon ve kremler kısa süreli verilebilir. Hidrokortizon gibi en düşük potent steroidli preparatlar çok az miktarda ve kısa süreli kullanılmalıdır.

Büllöz Hastalıklar

Yenidoğanda daha çok herediter mekanobüllöz hastalıklar saptanır. İmmün aracılı büllöz hastalıklar olan pemfigus ve pemfigoid çok nadir olgu sunumları olarak bildirilmiştir.

Herediter büllöz hastalıklar epidermolizis büllöz grubu olup intrauterin yaşamda başlayıp doğum esnasında ve daha sonra travmalara maruz kalan bölgelerde büllerle karakterize bir grup hastalığı içerir. Simplex, junctional ve distrofik formları vardır. Yaygın büller sekonder enfeksiyon sonucu sepsis nedeni olabilir. Yenidoğanda alt ekstremitelerde derinin tümüyle yok olduğu ağır formlar başka anomalilere eşlik edebilir. Tip tayini için deri biyopsisi ve ağır formlarda hastane bakımı gerekir. Mukoza tutulumu, tırnak distrofileri veya yokluğu hastalığın ağır formlarına işaret eder. Hafif formlarda travmalardan olabildiğince sakınılır ve yara örtüleri ile tedavi yapılır.

Gelişimsel Anomaliler

Preauriküler kist ve sinüsler: İlk iki brankial arkın tam olmayan füzyonu sonucu oluşurlar. Kulak önünde noktasal bir çöküklük daha sonra apse benzeri şişliklere neden olabilir; sıklıkla bilateral ve asemptomatiktir. Çoğu kez tedavi gerektirmez. Komplikasyon varsa cerrahi tedavi önerilir.

Göbekte omfalomezenterik kanal veya urakus'un parsiyel veya tam kapanamaması bazı ciddi olgularda cerrahi tedavi yapılmadığı takdirde yaşamı tehdit edecek barsak nekrozu ile sonuçlanabilir. Bu nedenle radyolojik görüntüleme yöntemleri ile acilen değerlendirilmelidir.

Diğer gelişimsel anomaliler: Konjenital dermoid kistler, meme başının fazla sayıda olması (politelya), penisin median rafe kistleri, infantil perineal protrüzyon, konjenital düz kas hamartomları, çizgili kas hamartomları, kranial disrafizmin deri bulguları, nazal glioma ve spinal disrafizmin deri bulguları (deri yokluğu, deride gamze gibi çökme, sakral hipertrikoz, subkütan nodüller gibi) çok geniş bir spektrum gösterir ve erken tanı çok önemlidir.

Yenidoğan Eritrodermileri

Tüm vücut yüzeyinin eritem ve skuamlarla kaplı olması deri hastalıklarının yanı sıra enfeksiyonlar ve toksisitele-

re; immünolojik bozukluklara,metabolik ve nutrisyonel hastalıklara bağlı olarak gelişebilir.

Eritrodermi yapabilen dermatozlar: Atopik dermatit, seboreik dermatit, iktiyozisler (Konjenital iktiyoziform eritroderma, lameller iktiyozis, büllöz iktiyozis, harlequin iktiyozis,)

Netherton sendromu, psoriasis, diffüz kütanöz mastositoz, stafilokoksik haşlanmış deri sendromu, borik asit toksisitesi, generalize konjenital ve neonatal kandidiasis olabilir.

İktiyozisler

Kollodion bebek: Bebek doğumda balmumu benzeri parlak, sarı bir membranla kaplıdır. Ektropion ve eklabium vardır. Burun ve kulak yolu membranla kapalı olup solunum ve işitme engeli oluşturur. Ekstremiteler hareketleri kısıtlıdır. Kollodion membran kuruyarak eklemlerin üzerinde fissürler oluşur. Kollodion membran 1-4 hafta içinde soyulur ve klinik tablo lameller veya eritrodermik iktiyozise dönüşür. Harlequin (palyaço) fetusta ise tablo çok daha ağırdır; tüm vücut yüzeyi sert, kalın ağaç kabuğu gibi altına sıkıca yapışık skuamlarla adeta bir zırh gibi görünür. Derin, kanamalı fissürlerle ayrılarak kalın keratozoid skuamlarla görünüm palyaço kostümüne benzer. Şiddetli ektropiyon, eklabium, mikrosefali ve eşlik eden başka konjenital defektlerle yenidoğan döneminde sıklıkla ölümlerle sonuçlanır Yoğun bakımda izlem ve 1mg

(kg/gün oral asitretin tedavisi ile yaşamın sürmesi sağlanabilir. Oral retinoidler periyodik olarak yinelenerek hastalık olabildiğince kontrol altında tutulmaya çalışılır, lokal olarak beyaz vazelin gibi nötral yumuşatıcılar tedaviye destek sağlar.

Kaynaklar

1. Chang LC, Haggstrom AN, Drolet BA et al. Growth characteristics of infantile hemangiomas: implications for management. *Pediatrics* 2008; 122: 360-7
2. Egemen A, İkizoğlu T, Ergör S et al. Frequency and characteristics of mongolian spots among Turkish children in Aegean region. *Türk J Pediatr* 2006; 48: 232-6
3. Fine JG, Eady RA, Bauer EA et al. The classification of inherited epidermolysis bullosa (EB): Report of the third International Consensus Meeting on Dagnosis and Classification of EB. *J Am Acad Dermatol*. 2008; 58: 931-50.
4. Harper J, Oranje A, Prose N. *Textbook of Pediatric Dermatology*. Second Ed. Backwell Pub. 2006; 1.48-125.
5. Mehta V, Balachandran C, Lonikar V. Blueberry muffin baby: a pictorial differential diagnosis. *Dermatol Online J*. 2008; 28: 14-8
6. Moosavi Z, Hosseini T. One-year survey of cutaneous lesions in 1000 consecutive Iranian newborns. *Pediatr Dermatol* 2006; 23: 61-3.
7. O'Connor NR, McLaughlin MR, Ham P. Newborn skin: Part I. Common rashes. *Am Fam Physician*. 2008; 77: 47-52.
8. Osburn K, Schosser RH, Everett MA. Congenital pigmented nevi and vascular lesions in newborn infants. *J Am Acad Dermatol* 1987; 16: 788-92
9. Paller AS, Mancini AJ. Hurwitz *Clinical Pediatric Dermatology*. Third Ed. Elsevier, Saunders Pub, 2006, 17-48.