



Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları  
Anabilim Dalı

Çocuk Alerji ve İmmünoloji Bilim Dalı  
Olgu Sunumu

11 Temmuz 2017 Salı

Prof. Dr. Metin Aydoğan  
Araş. Gör. Dr. Fatih Kılci



KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP  
FAKÜLTESİ  
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ABD  
*Çocuk Alerji ve İmmünoloji BD*

Prof. Dr. Metin AYDOĞAN

Dr. Fatih KILCI

11.07.2017

# Şikayet

- 3 aylık erkek hasta
- Döküntü

# Hikaye

- 1 aylıktan itibaren
- Tüm vücutta yaygın döküntü, kızarıklık
- Çocuk hastalıkları ve dermatoloji uzmanı başvurusu
- Nemlendiriciler..
- Ara ara lezyonlarda artma, azalma (tam iyileşme yok)..

# Özgeçmiş

- Özellik yok

# Soygeçmiş

- Akraba evliliği yok
- Ailede atopi öyküsü yok
- 1. çocuk..





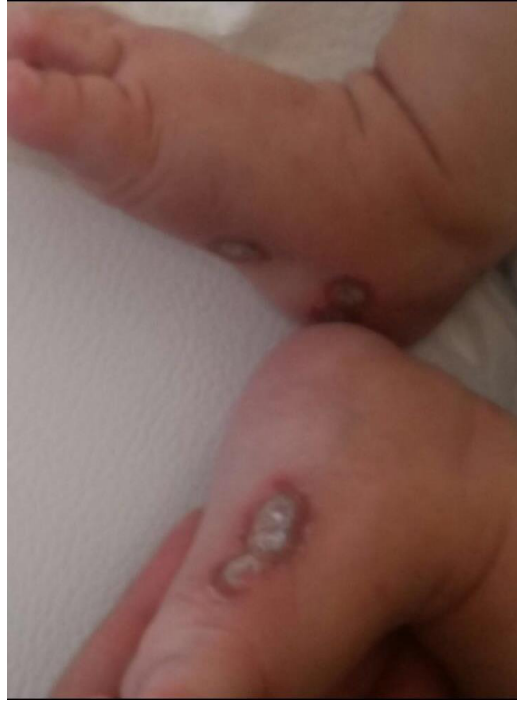








# Fizik muayene



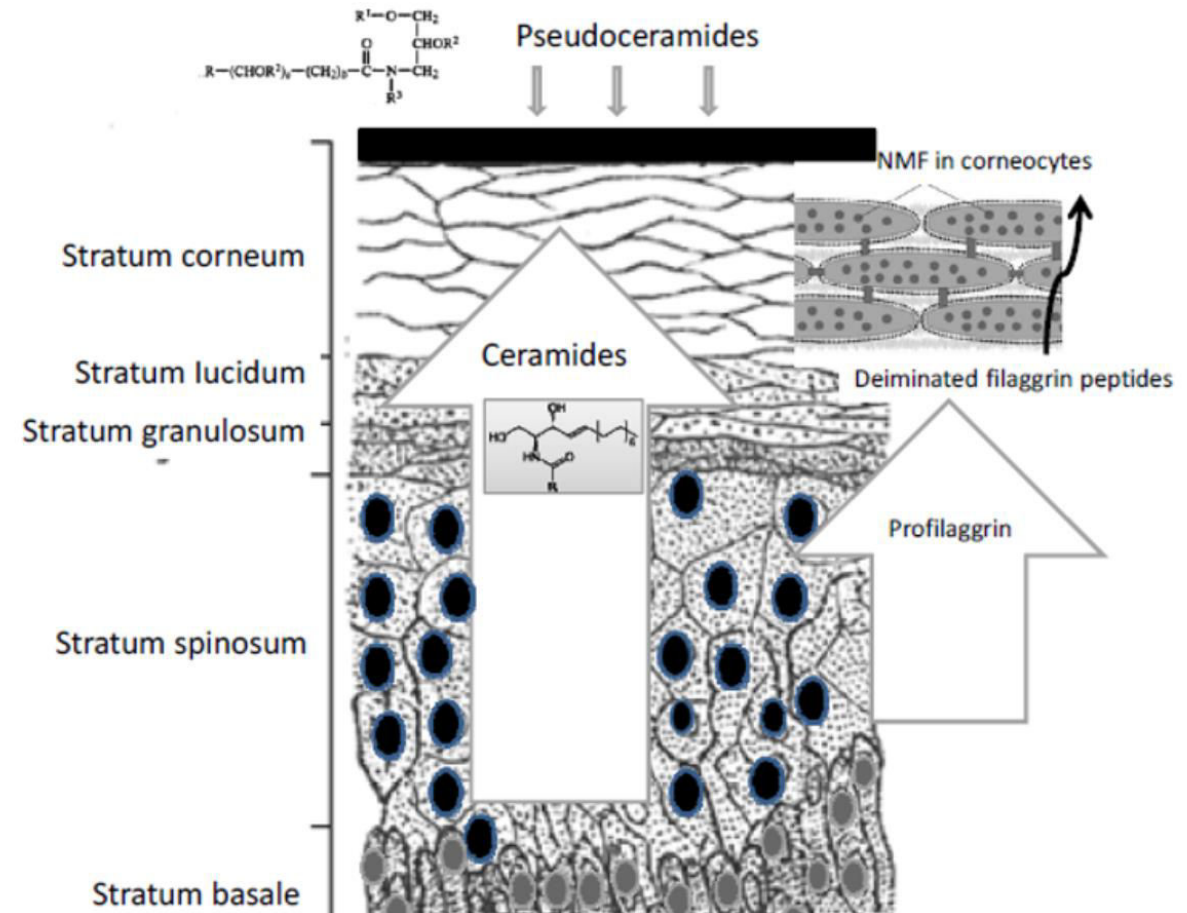
Ön tanılar?

# Atopik dermatit..

## Atopik egzema..

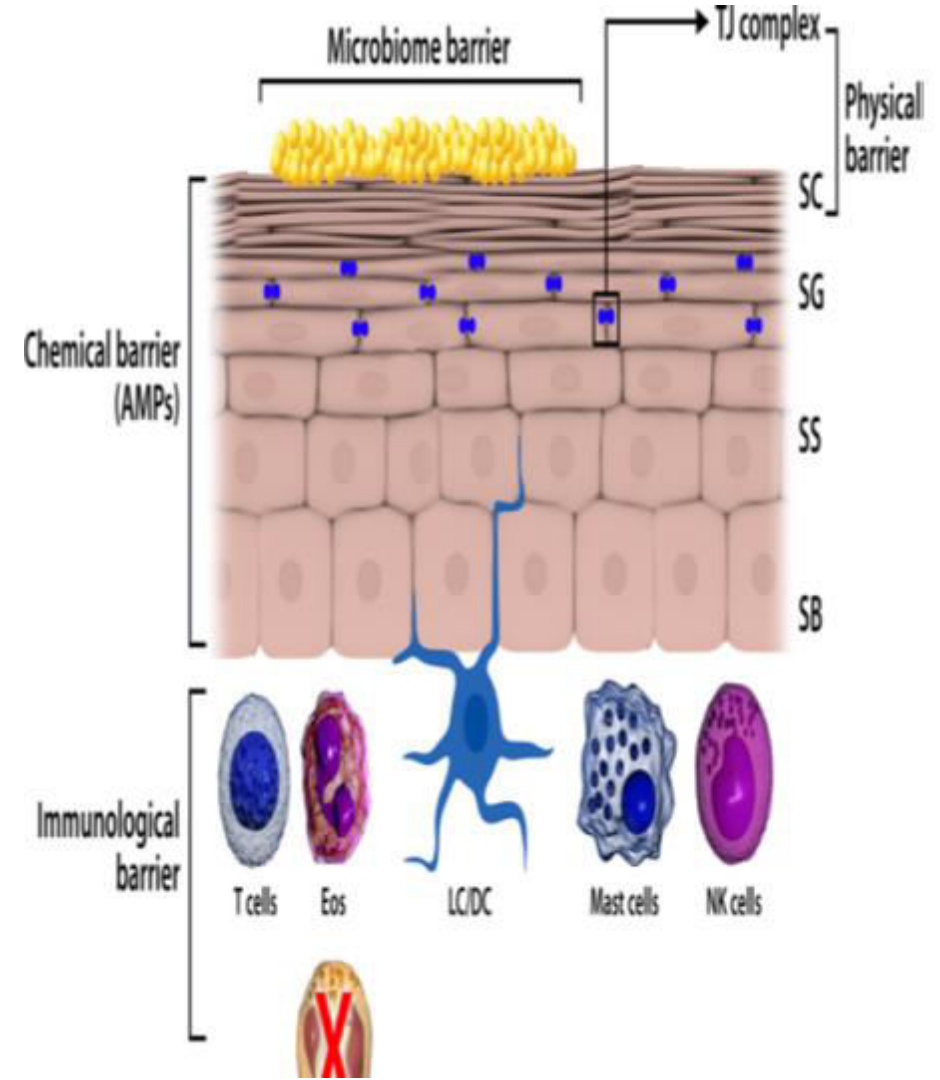
- Çocukluk döneminde %10-20
- Ailede atopi (%70)
- Gen mutasyonu (FLG)
- %30-50 besin alerjisi
- %15-20 inhale alerjen

# Cilt bariyer fonksiyonu..



# Patofizyoloji

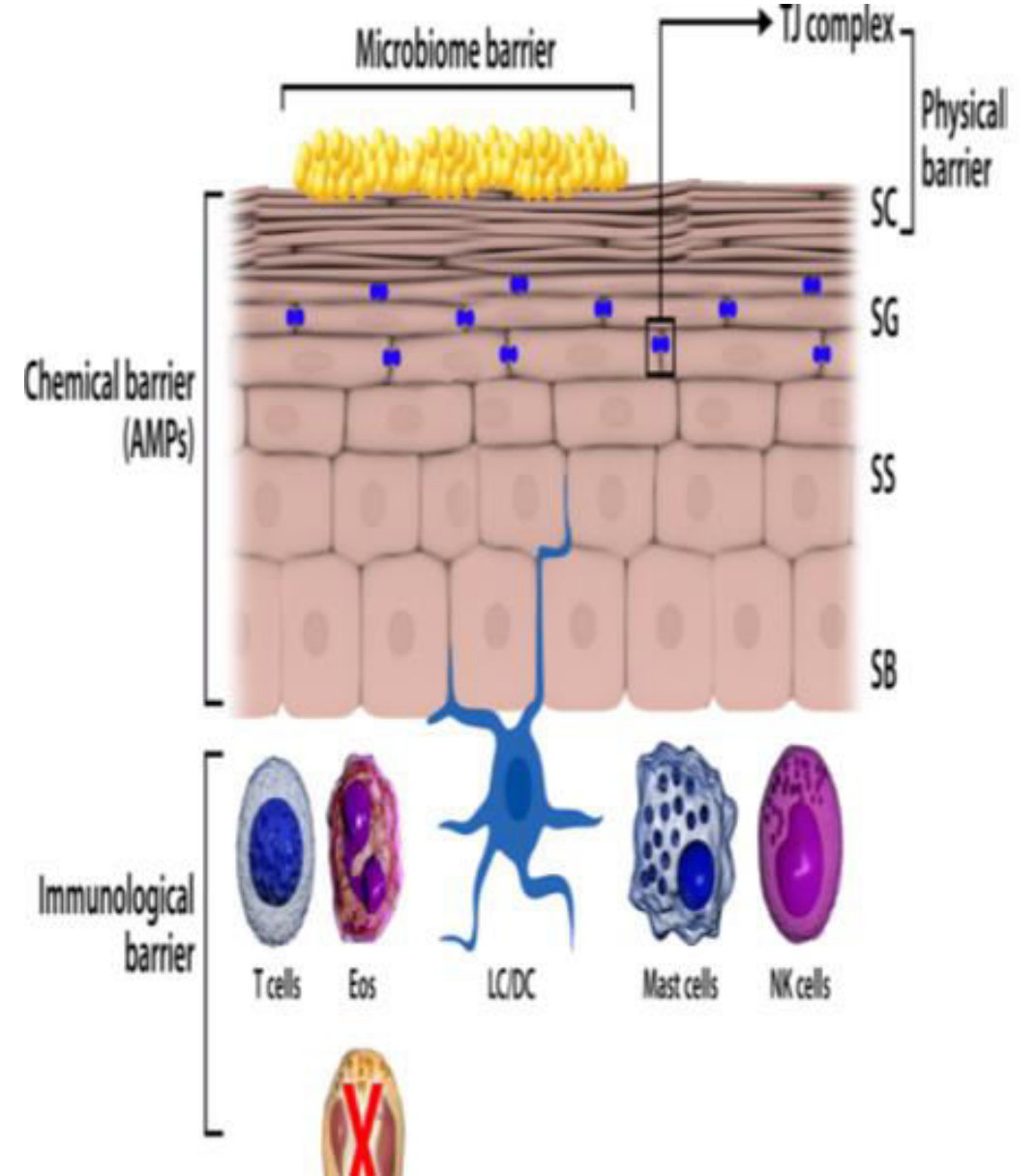
- Endojen faktörler
  - Genetik faktörler (filaggrin mut)
  - İmmünolojik faktörler
    - Gıda alerjisi varlığı
    - İnhale alerjen varlığı
- Egzojen faktörler
  - Bariyer bütünlüğünün bozulması
  - Kaşıma
  - Enfeksiyonun eşlik etmesi



# Patofizyoloji

Deri bütünlüğünün bozulması:

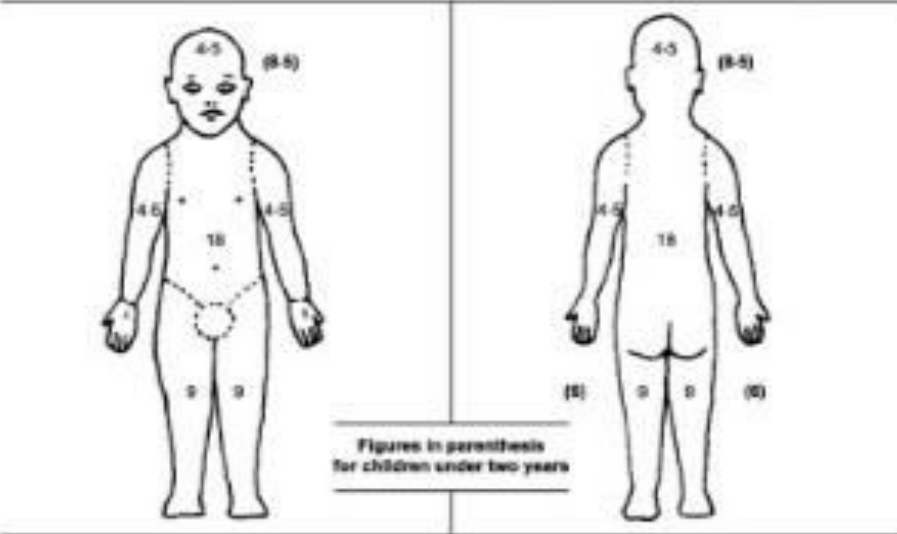
- Epidermiste laserasyonlar
- Artmış proteolitik enzimler
- Deri Ph'sında artış
- Transepidermal sıvı kaybı
- Koruyucu lipit kaybı (ceramid..)
- Bakteri kolonizasyonu
- Alerjen girişinin artması
- Enflamasyon oluşumu



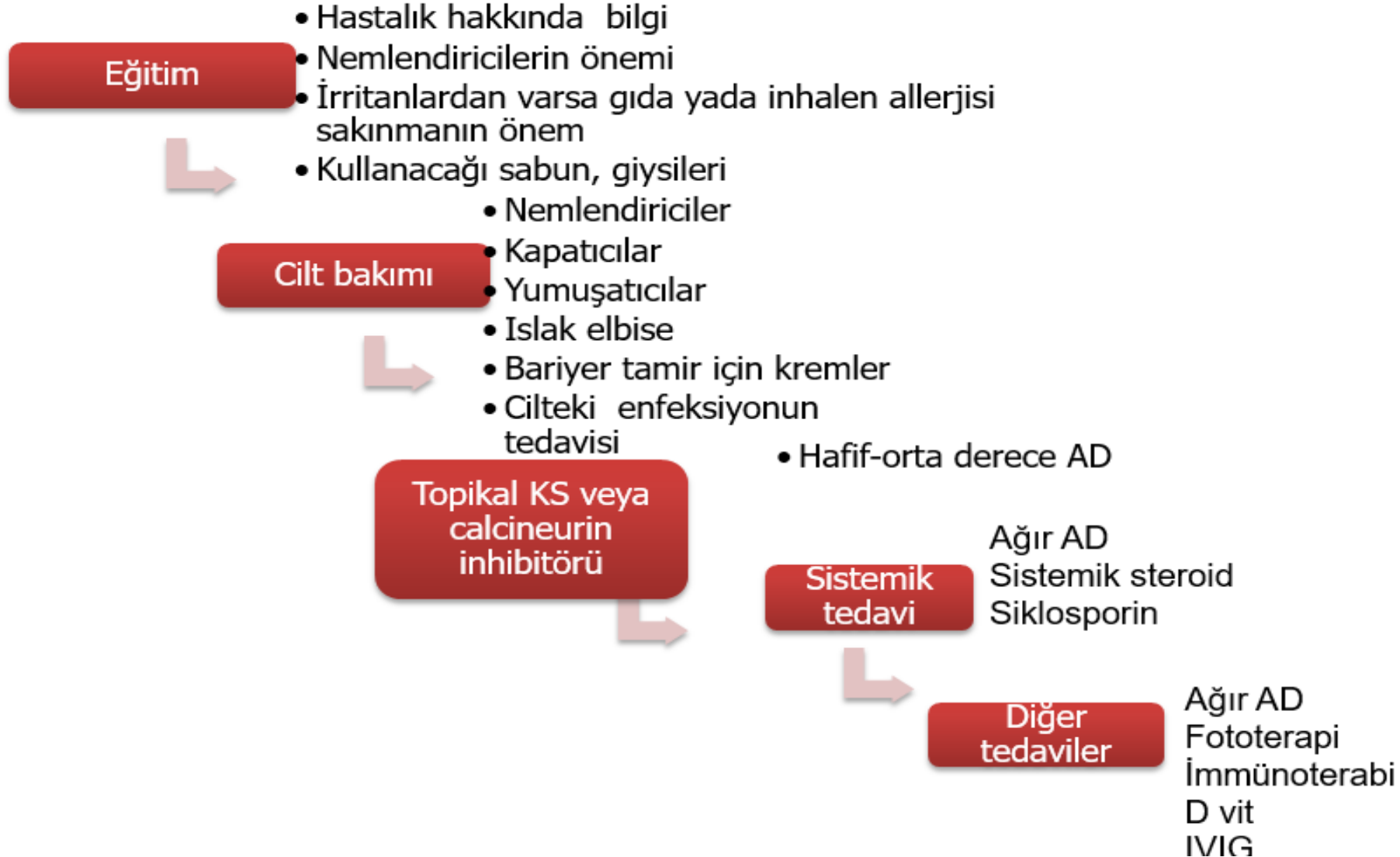
# Tanı

- İyi bir hikaye..
- Laboratuvar..

# Scorad index:

| SCORAD INDEX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |           |          |  |                   |  |             |  |              |  |                 |  |          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |                 |                               |             |          |              |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|----------|--|-------------------|--|-------------|--|--------------|--|-----------------|--|----------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------|-------------------------------|-------------|----------|--------------|------------|
| EUROPEAN TASK FORCE ON ATOPIC DERMATITIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |           |          |  |                   |  |             |  |              |  |                 |  |          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |                 |                               |             |          |              |            |
| Last Name <input type="text"/> First Name <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |           |          |  |                   |  |             |  |              |  |                 |  |          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |                 |                               |             |          |              |            |
| Date of Birth: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DD/MM/YY                                                                                                                                                                                                                                   |           |           |          |  |                   |  |             |  |              |  |                 |  |          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |                 |                               |             |          |              |            |
| Date of Visit: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                            |           |           |          |  |                   |  |             |  |              |  |                 |  |          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |                 |                               |             |          |              |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                             |           |           |          |  |                   |  |             |  |              |  |                 |  |          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |                 |                               |             |          |              |            |
| Figures in parenthesis for children under two years                                                                                                                                                                                                                                                                                           |           |           |          |  |                   |  |             |  |              |  |                 |  |          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |                 |                               |             |          |              |            |
| A: EXTENT Please indicate the area involved <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                              |           |           |          |  |                   |  |             |  |              |  |                 |  |          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |                 |                               |             |          |              |            |
| B: INTENSITY <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |           |          |  |                   |  |             |  |              |  |                 |  |          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |                 |                               |             |          |              |            |
| C: SUBJECTIVE SYMPTOMS PRURITUS + SLEEP LOSS <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |           |          |  |                   |  |             |  |              |  |                 |  |          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |                 |                               |             |          |              |            |
| $A/5 + 7B/2 + C$                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |           |           |          |  |                   |  |             |  |              |  |                 |  |          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |                 |                               |             |          |              |            |
| <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |           |           |          |  |                   |  |             |  |              |  |                 |  |          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |                 |                               |             |          |              |            |
| <table border="1"><thead><tr><th>CRITERIA</th><th>INTENSITY</th></tr></thead><tbody><tr><td>Erythema</td><td></td></tr><tr><td>Oedema/Papulation</td><td></td></tr><tr><td>Oozing/Weet</td><td></td></tr><tr><td>Excortiation</td><td></td></tr><tr><td>Lichenification</td><td></td></tr><tr><td>Dryness*</td><td></td></tr></tbody></table> | CRITERIA  | INTENSITY | Erythema |  | Oedema/Papulation |  | Oozing/Weet |  | Excortiation |  | Lichenification |  | Dryness* |  | <table border="1"><thead><tr><th>MEANS OF CALCULATION</th></tr></thead><tbody><tr><td>INTENSITY ITEMS</td></tr><tr><td>(average representative area)</td></tr><tr><td>0 = absence</td></tr><tr><td>1 = mild</td></tr><tr><td>2 = moderate</td></tr><tr><td>3 = severe</td></tr></tbody></table> | MEANS OF CALCULATION | INTENSITY ITEMS | (average representative area) | 0 = absence | 1 = mild | 2 = moderate | 3 = severe |
| CRITERIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | INTENSITY |           |          |  |                   |  |             |  |              |  |                 |  |          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |                 |                               |             |          |              |            |
| Erythema                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |           |          |  |                   |  |             |  |              |  |                 |  |          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |                 |                               |             |          |              |            |
| Oedema/Papulation                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |           |          |  |                   |  |             |  |              |  |                 |  |          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |                 |                               |             |          |              |            |
| Oozing/Weet                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |           |           |          |  |                   |  |             |  |              |  |                 |  |          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |                 |                               |             |          |              |            |
| Excortiation                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |           |          |  |                   |  |             |  |              |  |                 |  |          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |                 |                               |             |          |              |            |
| Lichenification                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |           |          |  |                   |  |             |  |              |  |                 |  |          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |                 |                               |             |          |              |            |
| Dryness*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |           |          |  |                   |  |             |  |              |  |                 |  |          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |                 |                               |             |          |              |            |
| MEANS OF CALCULATION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |           |           |          |  |                   |  |             |  |              |  |                 |  |          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |                 |                               |             |          |              |            |
| INTENSITY ITEMS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |           |          |  |                   |  |             |  |              |  |                 |  |          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |                 |                               |             |          |              |            |
| (average representative area)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |           |           |          |  |                   |  |             |  |              |  |                 |  |          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |                 |                               |             |          |              |            |
| 0 = absence                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |           |           |          |  |                   |  |             |  |              |  |                 |  |          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |                 |                               |             |          |              |            |
| 1 = mild                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |           |          |  |                   |  |             |  |              |  |                 |  |          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |                 |                               |             |          |              |            |
| 2 = moderate                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |           |          |  |                   |  |             |  |              |  |                 |  |          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |                 |                               |             |          |              |            |
| 3 = severe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |           |           |          |  |                   |  |             |  |              |  |                 |  |          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |                 |                               |             |          |              |            |
| * Dryness is evaluated on uninvolved areas                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |           |           |          |  |                   |  |             |  |              |  |                 |  |          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |                 |                               |             |          |              |            |
| Visual analog scale (average for the last 3 days or nights)                                                                                                                                                                                                                                                                                   |           |           |          |  |                   |  |             |  |              |  |                 |  |          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |                 |                               |             |          |              |            |
| PRURITUS (0 to 10) <input type="text"/> 0 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |           |          |  |                   |  |             |  |              |  |                 |  |          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |                 |                               |             |          |              |            |
| SLEEP LOSS (0 to 10) <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |           |           |          |  |                   |  |             |  |              |  |                 |  |          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |                 |                               |             |          |              |            |

# Atopik dermatit tedavisi



# Laboratuvar

- Eos: %16.74
- T.IgE: 67.7 Ku/l
- Spesifik IgE süt: <0.10
- Spesifik IgE yumurta beyazı:20.7
- Spesifik IgE yumurta sarısı: 5.84
- Anne diyetinde yumurta eliminasyonu yapıldı,
- İzleme alındı..

# Hastamızda..

- Nemlendirici
- Lokal ve sistemik antibiyoterapi
- Lokal ve sistemik steroid tedavisi











***Teşekkürler...***