

Yaşlılarda sık görülen deri hastalıkları

Common skin diseases of the elderly

Adem Parlak¹, Nehir Küçükuslu², Ümit Aydoğan³

Özet

Yaşlanma, bütün organ sistemlerinde farklı belirtilere yol açan kaçınılmaz bir süreçtir. Yaşlanan deride ilerleyici dejenerasyon meydana gelir. Yaşlılarda ciddi ızdırap oluşturan, kserozis, egzema, psoriasis, deri tümörleri yaygındır. Yaşlılar için görme, duyma, hareket sorunları yanında potansiyel bilişsel işlev bozuklukları ile birden fazla özür olması nadir değildir. Yaşlılarda deri hastalıklarının yönetimi bu yaş grubunun özel ihtiyaçları, kısıtlılıkları, cilt kırılabilirliği, başka hastalıkların varlığı, çok sayıda ilaç kullanma, hareket azlığı, sosyal destek kaybı ve fark edilmeme nedenleriyle sıklıkla yetersizdir. Bu derleme, aile hekiminin yaşlıdaki cilt hastalıkları hakkındaki farkındalığını artırmayı amaçlamaktadır.

Anahtar sözcükler: Geriatri, yaşlı, deri hastalıkları.

Summary

Aging is an inevitable and continuous process with a variable spectrum of manifestations of all organ systems including the skin. Aging skin undergoes progressive degenerative change. Dermatoses such as xerosis, pruritus, eczema, psoriasis and skin tumours are widespread in the elderly and create substantial suffering in those afflicted. It is not uncommon for older patients to have multiple impairments, with the potential for cognitive dysfunction as well as impaired vision, hearing or mobility. Management of dermatologic disorders in the elderly is often neglected, due to special needs, limitations, skin fragility, comorbidities, polypharmacy, lack of mobility and lack of social support. In this review, we aim to raise the family practitioners awareness about geriatric skin diseases.

Key words: Geriatrics, elderly, skin disease.

Geriyatrik popülasyon 65 yaş üstünü kapsar. Yaşlanma, bütün organ sistemlerinde değişen spektrumda belirtileri içeren kaçınılmaz bir süreçtir. Yaşlanma ile derinin şu fonksiyonları zayıflar: Hücre yenileme ve kimyasal temizleme, mekanik koruma, bariyer fonksiyonu, duyuşsal algılama, yara iyileşmesi, bağışık yanıt, ısı düzenlemesi, ter, yağ ve D vitamini üretimi, DNA onarımı.^[1] Deride kabalaşma, kırışıklık, gevşeme ve dermatolojik hastalıkların atipik görünümle ortaya çıkması yaşlanmanın kaçınılmaz parçalarıdır.

Türkiye’de yapılan bir çalışma, 4.099 geriyatrik hastadaki deri hastalığı sıklığını şöyle belirlemiştir; egzematöz dermatitler (kontakt dermatit, nörodermatit, seboreik dermatit, staz dermatiti, nümüler dermatit ve dishidrotik egzema); (%20.4), mantar enfeksiyonları (tinea pedis,

onikomikoz, tinea korporis, tinea versicolor, candidiasis); (%15.8) pruritus; (%11.5), bakteriyel enfeksiyonlar (piyoderma, selülit, tüberküloz, eritrazma, lepra, sifiliz); (%7.3), viral enfeksiyonlar (zona, siğil, uçuk) (%6.7).^[2]

Tablo 1’de yaşlıda kaşıntıya neden olan deri hastalıkları özetlenmiştir. Yaşlılarda önemli, kronik deri hastalıklarının yaygınlığı artar. Sedef, vitiligo, selim ve habis deri tümörleri, aktinik ve seboreik keratoz.^[3] Yaşlıda hastalıklı vücut yüzeyi oranının artışı da yaşam kalitesini düşürür.^[4]

Yaşlıda deri hastalıklarının tedavisi, diğer hastalıklarda olduğu gibi yaşlının ihtiyaçları, artmış deri kırılabilirliği, eşlik eden hastalıklar ve kullanılan ilaçlar, hareket azlığı ve sosyal destek yoksunluğu göz önüne alınarak düzenlenmelidir.

¹⁾ Ağrı Asker Hastanesi Aile Hekimliği Servisi, Aile Hekimliği Uzmanı, Ağrı

²⁾ Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı, Dermatoloji Uzmanlık Öğrencisi, Ankara

³⁾ Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aile Hekimliği Uzmanı, Yard. Doç. Dr., Ankara

Gün Işığına Bağlı Yaşlanma ve Solar Elastoz

Deri yaşlanmasında, iç ve dış mekanizmalar rol oynar: Deri yaşlanmasını hızlandıran en önemli dış etken UV ışınlarının etkisidir; (foto yaşlanma). Diğer bir dış etken de sigara içilmesidir. İç etkenlerle yaşlanan deri kuru ve soluktur, esnekliği azalmıştır, ince kırışıklıklar gösterir. Dış etkenlerle yaşlanan deri de ise derin, belirgin kırışıklıklar, atrofi, telanjiektazi, pigment değişiklikleri, belki aktinik keratoz ve habis deri tümörleri bulunur (Resim 1). Yoğun gün ışığı alan vücut bölgelerinde; yüz ve ellerde çoğu zaman iç ve dış mekanizmalar birlikte etki gösterir.^[5]

Gün ışığına bağlı yaşlanma, habis deri hastalıklarına yakalanma riskini artırır. Derinin kurumması kaşıntıya neden olur. Yaşlanmış, bağıışıklığı zayıflamış deride zona ve diğer enfeksiyonlar artar. Deride kollagenin azalması ile damar desteği azalır; yaşlılık morlukları gözlenir.

Güneş kremi kullanımı, dış (gün ışığına bağlı) yaşlanmadan korunmanın en bilinen yoludur. Diğer bir koruyucu yöntem de sigarayı bırakmaktır. Aile hekimi, hastasını gün ışığına bağlı yaşlanmanın önlenmesi konusunda eğitmelidir. Kimyasal peeling, dolgu maddesi enjeksiyonu, yüz cildini germe, ablatif lazer uygulaması yaygın olarak kullanılan tedavilerdir. Deri yaşlanmasının tedavisinde topikal retinoidler de etkilidir.^[6]

Kaşıntı (Pruritus)

Kaşıntı yaşlıların %29'unda görülen yaygın bir yakındır (Resim 2). Erkeklerde daha yaygındır. Gece vücut sıcaklığının artması kaşıntıyı artırabilir. Kaşıntı akut (6 haftadan kısa), kronik (6 haftadan uzun), yaygın ya da yerel olabilir.^[7] Kaşıntı primer deri hastalığına, sistemik bir hastalığa ya da somatoform nedene bağlı olabilir.



Resim 1. Solar keratoz.

Hastaların çoğunda (%38.9) kaşıntı kuruluğa (kserozis) bağlıdır ve ortam neminin azlığı, sık banyo yapmak, deriye tahriş edici maddelerin uygulanması alevlenmelere neden olur. Kaşıntı-tırmalama döngüsü likenifikasyon, ekskoriasyon, ikincil enfeksiyon ve travmatik purpura yolu açabilir.^[8]

Olguların %10-50 kadarında kaşıntı bir hastalığın sonucudur: Diyabet, böbrek yetersizliği, anemi, tiroid fonksiyon bozukluğu, tıkanma sarılığı, metabolik, endokrinolojik bozukluklar; depresyon, anksiyete, lösemi, lenfoma, polistemia vera bu nedenler arasındadır. Bu sistemik hastalıklar rutin bir araştırmayı hak edecek kadar siktir ve deride görünür bir lezyon bulunmaz. Bu durumda yapılması önerilen başlıca laboratuvar tetkikleri kan sayımı, idrar tahlili, dışkıda parazit aranması, akciğer grafisi, ferritin düzeyi, tiroid, böbrek ve karaciğer fonksiyon testleridir. Bu yaş grubunda ilaç yan etkisi de sadece kaşıntı ile ortaya çıkabilir; yaşlıda görünür lezyona yol açmadan kaşıntıya neden olan 100'den fazla ilaç saptanmıştır; antibiyotikler, diüretikler, NSAİİ, kalsiyum kanal antagonistleri vd.



Resim 2. Kaşıntı (pruritus).

Yaşlıda nedeni bilinmeyen kaşıntıda (senil pruritus) önce dikkatli bir fizik muayene yapılmalıdır. Gözden kaçan uyuz enfestasyonu primer lezyonları ile yoğun kaşıntı nedeni olabilir. Büllöz pemfigoid, sıklıkla özgül olmayan ya da ürtiker tarzındaki lezyonlarla başlar ve atlanabilir. Önemli hastalıklar ano-genital kaşıntı ile, tanı almamış diyabet ise kandida enfeksiyonu ile karşımıza çıkabilir. Atrofik liken sklerozis, ikincil ekskoriasyon ve inflamasyon nedeniyle tanınmayabilir.

Tüm bu hastalıklar dışlandıktan sonra geride küçük bir grup inatçı kaşıntı kalır: Bu grubun bir kısmında kuru deri saptanır, bir bölümünde ise tamamen normaldir; senil pruritus. Bu hastaların tedavisi oldukça zordur; çoğunlukla tatmin edici sonuç alınmaz. Emolyentler ve topikal potent kortikosteroidler yararlı olabilir. Çoğu zaman sedatif antihistaminiklerle birlikte kullanım daha etkili olur: Bu ilaçlar yaşlıda konfüzyon ve dezorganizasyona yol açabilir.

Tedavi semptomların kaynağına göre değişir. Yine de, yaşlıda kaşıntının en büyük nedeni kuruluk olduğundan aile hekimi nemlendirici kullanımını ve deriyi kuru tutan uygulamalardan sakınmayı öğretmelidir. Kuruluk ve bilinen sistemik hastalıklar dışlandığında, semptomatik tedavi sonuç vermiyorsa, hasta dermatologa yönlendiril-

melidir. Emolyent, antihistaminik, topikal steroid ve fototerapi kaşıntının nedenine göre kullanılır. Antihistaminikler yaşlıda dalgınlığa, topikal steroidler ise deri atrofiğine neden olabilir.^[7]

Kuru Cilt (Kserozis)

Kserotik deri kuru ve kabadır, yaşlılarda genellikle tüm vücutta gözlenir. Epidermis olgunlaşmasının ve lipid profilinin bozulması kuruluğu kolaylaştırır. Yaşla epidermin kalınlığı, su içeriği, sebum üretimi, terleme azalır; deri kuru. Keratinosit olgunlaşması ve yapışması bozulur, böylece deride tipik kuru, kaba, skuamli görünüm oluşur. Fisürler derinin kılcal damarlarına kadar inerek kanamalara neden olabilir. Kuruluğa eşlik eden yoğun kaşıntı tahrişle ikincil lezyonlara yol açabilir. Kuruluğun neden kaşıntıya yol açtığı tam olarak bilinmemektedir. Tahriş edici maddelerin niteliğini yitirmiş stratum korneuma daha kolay girmesi, yaşlılarda yaygın olan nöropatinin duyuşal eşiği değiştirmesi öne sürülen nedenlerdir.

Kuruluk (kserozis) en yaygın dermatozdur; (prevalans) %85, erkek ve kadında eşit oranda görülür. 70'li yaşlardaki hemen hemen tüm bireyleri etkiler. Ortam neminin düşüklüğü, sık banyo yapmak, sert sabun kullanmak ve yeter-

Tablo 1. Yaşlıda kaşıntıya neden olan deri lezyonları^[7]

İnflamatuvar hastalıklar	Deri enfeksiyonu ve infestasyonları
<ul style="list-style-type: none"> Egzemalar (seboreik dermatit, alerjik egzematöz kontakt dermatit, nümüler dermatit, dizhidrotik egzema,...) İlaç reaksiyonları Ürtiker Atopik dermatit/nörodermatit (nadiren) 	<ul style="list-style-type: none"> Herpes simpleks Herpes zoster Dermatofitler Candida intertrigosu Malassezia folikülüti Uyuz (scabies) Bit (pedikülozis) Deri larva migransı
Deri lenfomaları	Otoimmün hastalıklar
<ul style="list-style-type: none"> Mikozis fungoides ve varyantları Sezary sendromu 	<ul style="list-style-type: none"> Dermatomiyozit Sistemik sklerozis Sjögren sendromu
Eritematöz papülo-skuamöz hastalıklar	Otoimmün veziküler hastalıklar
<ul style="list-style-type: none"> Psoriasis Palmo-plantar püstüloz Liken planus Pitriasis rubra pilaris Darier Hastalığı Polimorfik ışık reaksiyonları 	<ul style="list-style-type: none"> Büllöz pemfigoid Epidermolizis büllöza Dermatitis herpetiformis Pemfigus vulgaris (nadiren)
Diğerleri	
<ul style="list-style-type: none"> Rozasea Kuru deri (kserozis) 	

siz nemlendirme kuruluğu artırır. Yaşlılarda sıklıkla kullanılan hipokolesterolemik ilaçlar da kuruluğa yol açabilir.^[9]

Asteotik egzama (egzama krakuale, senil iritan kontakt dermatit) sıklıkla kış aylarında görülen, kuruluk ve tahrişe bağlı bir dermatittir. Sıklıkla düşük nemden kaynaklanır. Kuru fissür ve ince skuamalar (çatlamış por-selen paterni) genellikle bacakların ön yüzündedir; aşırı derecede kaşıntılı olabilir. Orta ve güçlü potent topikal steroid ve emolyent uygulamasıyla düzelir. Banyo yağları da çok etkili olmakla birlikte, banyoda zemini kayganlaştırarak kazaya yol açabileceği unutulmamalıdır.

Hastalığın nedenleri lipid bariyerin zayıflaması, trans-epidermal su kaybı ve deri yenilenmesinin yavaşlamasıdır. Yoğun kaşıntı nedeniyle senil pruritus ayırıcı tanıda yer almaktadır.

Yaşlılarda deri kuruluğunun tedavisindeki en önemli basamak derinin nemlendirilmesidir. Atmosferdeki nem oranının %60'ı aşması stratum korneumu nemlendirir. Hastalar genellikle şiddetli kaşıntının sadece kuruluğa bağlı olduğunu kabul etmek istemez; bu nedenle tedaviye uymazlar. Aile hekimi hastayı bu konuda bilinçlendirerek kaşıntının en önemli nedenini ortadan kaldıracaktır. Stratum korneumun suyu emebilmesi için en az 10 dakika süren kısa banyolar önerilmektedir. Kısa süreli iritan olmayan, yumuşak sabun kullanımı yararlıdır. Banyodan hemen sonra emilen suyu deriye hapsedmek için nemlendirici uygulanmalıdır. Çok şiddetli olgularda ise topikal steroidler önerilir.^[10]

Inflamatuvar Dermatozlar

Sedef Hastalığı (Psoriasis)

Sedef hastalığı yaşlılarda artan problemlere neden olur (Resim 3). Yaşlıda hastalık daha sınırlı ve hafif seyredip gençten daha az maluliyete neden olur. Akut püstüler psoriasis ve yaygın psoriasis yaşlı gençten daha çok rahatsız eder. Yaşlılarda fleksural (invers) psoriasis özel bir problem olmakla birlikte diğer psoriasis tipleri de görülür. Bununla birlikte yaşlılarda guttat tip psoriasis daha nadir görülür.

Tedavisi zor olabilir. Hastalar topikal tedavi uygulamakta zorlanabilirler. Oysa kaşıntının eşlik ettiği bazı vakalarda topikal steroidler veya emolyentlere eklenecek antihistaminikler en uygun tedavi seçeneğidir. Diz ve dirsekteki sedef hastalığı birinci basamakta izlenebilir; yaygınlaşır ya da eritrodermi gelişirse bir dermatologa yönlendirilmelidir. Fototerapi için hastaneye başvurmak, fototerapi kabininde ayakta kalmak bu yaş grubu için zorlayıcı olabilmektedir. Başka bir problem de metotrek-sat kullanımınıdır. Yaşlılarda uzun dönem kullanımı ile toksisite gelişimi sık değildir. Ancak yaşlıda böbrek kline-reninin azalması ve buna yol açan çoklu ilaç kullanımı, diyabet akut toksisite açısından risk faktörleridir.^[11]

Egzamalar

Yaşlılarda egzamanın bütün klinik tipleri görülebilir. Kendi kendini sınırlayan, çoğu kez bir bölgede sınırlı kalan egzamayı aile hekimi kolaylıkla tedavi edebilir. Çok az da görülse, eritrodermi gelişenler dermatoloji uzmanına yönlendirilmelidir.

Nümüler egzama düşük nem, sıcaklık değişiklikleri ve asteotik egzama ile ilişkilidir. Daha çok yaşlı erkeklerde görülür. Ekstremitelerde skuamli eritemli para şeklinde 1-5cm çapında plak ve papüllerle karakterlidir. Psoriasis ile karışabilir. Stres lezyonları artırabilir. Tedavi de topikal steroidler kullanılır.

Seboreik dermatit: Lipidden zengin seboreik bölgelerin kronik inflamatuvar bir hastalığıdır. Kaşlar, paranasal bölge, kulak önü ve ardı, saçlı deri, presternal bölge, kürek kemikleri arası ve kasıklarda görülür. Eritemli zeminde sarı yapışkan skuamalar karakteristiktir. Patolojisinde malessezia'nın da rol oynadığı düşünülür.^[12] Yaşlılarda prevalansı %31'dir; yaşlılarda gençlerden daha siktir. Bu durum yaşlanma ve özbakım eksikliği ile ilişkilendirilmiştir.^[13] Seboreik dermatit zayıf ve yatağa bağlı yaşlılarda, Parkinson, iskemik infarkt, Alzheimer hastalarında daha siktir. Yaşlılarda özellikle obezlerde intertrigo ve fleksüral psoriasis taklit eden fleksüral seboreik dermatit ile daha sık karşılaşılır.

Tedavide topikal steroidler, keratolitik ajanlar ve antifungal şampuanlar kullanılır.^[12]



Resim 3. Psoriasis.

Kontakt dermatit: (Resim 4) Kontakt dermatit yaşlılarda normal popülasyondan daha yaygındır; %33-64.^[14] Mesleki maruziyetin azalmasıyla alerjik ve iritan kontakt dermatitlerin de yaşla azalması beklenir. Kontakt dermatit bağışık yanıtın göstergesidir, yaşla hafifler. Ne var ki derinin bariyer fonksiyonunun bozulması ve potansiyel alerjen maruziyeti nedeniyle egzamalar yaşlılarda en sık görülen hastalıkların başında gelir.

Alerjenlere duyarlılık erken yaşlarda olduğundan, yama testinde alerjik reaksiyon yaygın olarak saptanır. Yaşlılarda en sık temas duyarlılığına yol açan maddeler nikel, koku karışımları, peru balsamı, lanolin, paraben karışımı, kinolin karışımıdır. Yaşlılarda aminoglikozidler, lanolin, paraben, antihistaminikler ve anestezipler gibi topikal ajanlar sıklıkla alerjik kontakt dermatite neden olur. Uzun süren kronik bacak ülserlerinde sık kullanılan topikal antibiyotikler duyarlanmaya neden olabilir. Kontakt dermatit eritem, ödemli plaklar ve veziküllerle ortaya çıkar, temas bölgesinden farklı alanlara yayılabilir. Yaşlıda gecikmiş, azalmış inflamatuvar yanıt nedeniyle, kontakt dermatit daha az akut, fakat tekrarlayıcı seyreder.^[15]

Öncelikle alerjen sorgulanmalı, mümkünse saptanıp ortadan kaldırılmalıdır. Tedavide topikal steroid ve antihistaminikler kullanılır. Yüzde zayıf topikal steroidler; likenifiye, kalın derili bölgelere güçlü topikal steroidler tercih edilir. Ekstremiteler ve gövde için orta etkili topikal steroidler uygundur. Pomad şeklindeki steroidler kronik likenifiye, kremler ise akut ve subakut lezyonların tedavisinde tercih edilir. Yaşlılarda kullanılacak seçkin bazı steroidler Tablo 2’de belirtilmiştir.

Sekonder likenifikasyon ve nörodermatit de yaşlılarda sık görülür.

Enfeksiyonlar

Bakteriyel

İmpetigo çocuklarda streptokoklara, yaşlılarda ise folikülitlerle birlikte stafilokoklara bağlı olarak gelişir. İmpetigonun, büllöz ve nonbüllöz iki tipi vardır. Yaşlıda,



Resim 4. Kontakt dermatit.

kültür sonucu alına kadar penisilinaza dirençli semisentetik penisilin ya da eritromisin kullanılmalıdır. Topikal mupirosin günde üç defa uygulanabilir.

Selülitin alışılmışın dışındaki formları özellikle yaşlıları etkiler (Resim 5). Tek başına Streptococcus viridans ya da Gram (-) bakteriler ile birlikte oluşturduğu orbita selüliti bu gruptadır. Gençlerde nadiren görülen kulaktaki pseudomonas selüliti özellikle yaşlı diyabetiklerde görülür. Erizipel derinin bir beta hemolitik streptokok en-



Resim 5. Selülit.

Tablo 2. Topikal kortikosteroidlerin etki gücüne göre sınıflandırılması

Güçlü	Orta	Zayıf
<ul style="list-style-type: none"> Klobetazol propiyonat Betametazon dipropiyonat Flutikazon propiyonat 	<ul style="list-style-type: none"> Metilprednizolon aseponat Mometazon furoat Hidrokortizon butirat Betametazon valerat 	<ul style="list-style-type: none"> Hidrokortizon Prednikarbat Prednizolon

feksiyonudur, yaşlılarda daha sıktır ve hayatı tehdit edecek şekilde hızlıca yayılma eğilimindedir.

Nekrotizan fasiit streptokok ailesinden bir bakterinin yol açtığı nadir bir enfeksiyondur. Yaşlılarda sıktır ve bu yaş grubunda artmış morbidite ve mortalite ile birlikte.

Metisiline dirençli stafilokokus aureus (MRSA) hastane ve toplum kökenli enfeksiyonlarda gittikçe önemi artan bir patojendir, 80 yaş üzerindekiilerin %12.7'si MRSA taşıyıcısıdır.^[16] Toplum kökenli MRSA enfeksiyonu genellikle deri ve yumuşak doku enfeksiyonlarına yol açar, bu nedenle yaşlıdaki deri enfeksiyonlarında bu olasılık göz önüne alınmalıdır.

Parazitöz

Uyuz (scabies) her yaş grubunda görülebilir (Resim 6), huzurevleri enfestasyonun hızla yayılabilmesine olanak sağladığından yaşlılarda sık görülür. Bağışıklığı zayıflayan yaşlıdaki lezyonlar atipik olabilir, daha az inflamasyon ve kaşıntı ile seyredebilir. Deride papül ve veziküller çok yaygındır. Tanı tünelin (sillon) görülmesiyle konur. Kadınlarda meme ucu, erkeklerde apış arasının tutulumu tipiktir.

Yaşlıda gece kaşıntısı aynı şekilde aile bireylerinde de varsa mutlaka uyuz düşünülmelidir.

Tedavide topikal permetrin 1 hafta ara ile vücuda 2 kür şeklinde 12 saat süreyle uygulanır.

Fungal

60 yaş üzerindekiilerin yaklaşık %20'inde onikomikoz, %80'inde ise tinea pedis saptanmaktadır.^[17] Dermatofit tırnağı tuttuğunda onikomikoz, diğer vücut bölgelerini tuttuğunda o bölgeye özgü isimle anılır; (tinea capitis, tinea corporis, tinea pedis, vd.). Tinea pedis onlu yaşlarda görülmeye başlar, yaşla birlikte şiddetlenir. Tinea pediste eritem, skuamasyon ve maserasyon yaygındır. Parmak aralarında ülser ve fissür görülebilir. Yaşlı diyabetiklerde parmak aralarında tinea pedis, ülser ve bakteriyel selülide neden olur, bu durum genç erişkin, bağışıklığı güçlü hastalarda nadiren görülür. Yaşlı diyabetikler, ikincil bakteri enfeksiyonunu ve diğer komplikasyonları önlemek için mutlaka tedavi edilmelidir.^[18] Tinea pedis ve onikomikoz-



Resim 6. Uyuz.

da topikal ve sistemik antifungallerin birlikte kullanımı önerilir, fakat yaşlılarda sistemik antifungaller; sağlıklı, uyumlu, başka ilaç kullanmayan ya da etkileşime girmeyecek az sayıda ilaç kullananlara yakın izleme altında verilebilir (Tablo 3 ve 4). Sistemik antifungaller (terbinafin ve azoller) 60 yaş üzerinde çoklu ilaç kullanımı, ilaç etkileşimleri, metabolizmanın yavaşlaması, hasta uyumsuzluğu nedenleri ile önerilmez; bu yaş grubunda en uygun tedavi seçeneği topikal antifungallerdir.

Kandida intertrigosu

İntertrigo; kıvrım bölgelerinde sürtünme sonucu gelişen eritem, erozyon ve inflamasyondur. İntertrigoya ge-

Tablo 3. Tinea pediste tedavi seçenekleri^[5]

Topikal tedaviler (4-6 hafta)	Sistemik tedaviler
<ul style="list-style-type: none"> • Kloritramazol • Terbinafin • Ketokonazol • Oksikonazol • Isokonazol 	<ul style="list-style-type: none"> • Terbinafin: 250 mg/gün; 4 hafta • Itrakonazol: 100 mg/gün; 4 hafta

Tablo 4. Onikomikozda tedavi seçenekleri^[5]

Birinci seçenek tedaviler	İkinci seçenek tedaviler	Üçüncü seçenek tedaviler
Sistemik antifungaller	Sistemik antifungaller	Topikal antifungaller
<ul style="list-style-type: none"> • Itrakonazol 100 mg/gün • Terbinafin 250 mg/gün 	<ul style="list-style-type: none"> • Flukanazol 150 mg/hafta • Griseofulvin 500 mg/gün 	<ul style="list-style-type: none"> • Siklopiroks • Amorolfın • Tiyokonazol • Bifanazol

nellikle ikincil olarak kandida eklenir. *Candida albicans* intertrigosu yaşlılarda siktir. Masere ve nemli kıvrımlarda görülür; kasık, kaba etlerin arası, meme altı, koltukaltı, dudak çevresi. Eritemli zeminde milimetrik püstüler lezyonlar, fissür ve erozyonlar ile karakterizedir. Risk faktörleri obezite, sıcak, hava geçirilmeyen sıkı giysiler ve uzamış terlemedir. Yineleyen, denetlenemeyen olgularda tanı konmamış diyabet, endokrin bozukluk, beslenme bozukluğu, habaset ve antibiyotik kullanımı araştırılmalıdır. Tedavide ıslak pansumanlar ve günde iki defa topikal antifungaller önerilir.^[19]

Tinea in cognito

Yüzeyel mantar enfeksiyonuna topikal kortikosteroid uygulaması sonucu klinik görünümün değişmesidir. Çoğunlukla mantar enfeksiyonuna temas dermatiti zannıyla topikal steroid verilmesiyle oluşur. Aile hekimi yüzeyel mantar enfeksiyonu ile temas dermatitini ayırabilmelidir. Kasık, bacak alt kısımları, yüz ve eller tinea in cognito gelişiminin en sık görüldüğü bölgelerdir (Resim 7).

Viral

Herpes zoster enfeksiyonu yaşlılarda gençlerden daha siktir (Resim 8). Su çiçeği virüsü derinin duyu ganglionlarında uykuda kalır, uygun koşullar oluştuğunda reaktif olur. Deride karıncalanma, kaşınma ve ağrıyı izleyen birkaç günde tek taraflı, orta hattı geçmeyen vezikül toplulukları gelişir. Veziküller 2 hafta devam eder, kanlı kabuk ve nedbe ile iyileşir. İkincil enfeksiyon yaygındır. Reaktivasyon sıklıkla göğüs duvarı, boyun, trigeminal sinir boyunca ve lumbosakral segmentlerde olur. Çoğu kez bir bazen de birden fazla dermatomu tutar.

Çoğunlukla kendi kendini sınırlar; bağışıklığı yetersiz olanlarda yayılabilir. Göz siniri tutulumu yaşlılarda siktir.



Resim 7. Tinea in cognito.

Postherpetik nevralsi 60 yaşın üstündekilerin yarısında görülür, bir yıl kadar sürebilir.^[20] Ağrı basit analjeziklere genelde yanıtızsızdır, amitriptilin, gabapentin ve opioid analjezikler kullanılabilir. İlk üç gün içinde sistemik antiviraller verilmesi ağrıyı azaltır, iyileşmeyi hızlandırır ve postherpetik nevralsi riskini ve süresini kısaltır. Bu nedenle yaşlıdaki zona zoster tedavi edilmelidir.

Bağışıklığı baskılanmış hastalarda, göz siniri ya da bir motor siniri tutulanlarda, Ramsay–Hunt Sendromu'nda ilk üç gün geçse de sistemik antiviral tedavi – gerekirse intravenöz yoldan – yapılmalıdır. Sistemik tedaviden önce bu yaş grubunda böbrek fonksiyonu incelenmelidir. Böbrek fonksiyonu bozulmuşsa ilaç dozunu ayarlamak için bir nefroloji uzmanına başvurulabilir.

Tedavide valasiklovir 1000 mg ve famsiklovir 500 mg (3 kez/gün), brivudin 125 mg (1 kez/gün), asiklovir 800 mg (5 kez/gün) 7 gün süreyle kullanılır.

Molluscum contagiosum çocukluk hastalığı olmasına rağmen yaşlılarda da görülebilir.

Vasküler Hastalıklar

Staz Dermatiti

Yara iyileşmesi bozulmuş, alta yatan hastalıkların bulunduğu yaşlılarda her çeşit kronik ülser gençlere oranla daha fazla görülür (Resim 9). Kronik venöz yetersizlik, venöz hipertansiyon zemininde bacak ülseri en yaygın görülen türdür. İlerleyen yaşlarda etiyolojide arteriyel hastalıklar da öne çıkar. Ateroskleroz ve diabetes mellitus arteriyel hastalıkların etyolojik nedenidir.

Staz dermatitinde kronik yetersizliğe bağlı yineleyen ayak ve bilek şişmeleri gözlenir. Sonuç olarak ekstremitelerde uçlarında siyanotik eritem gelişir. Lezyonlar perimalleolar bölgede, bazen skuamli, belirsiz sınırlı eritemlerdir.



Resim 8. Zona zoster.

Sıklıkla kaşıntılı, bazen ağrılıdır, bir ağırlık hissi ve gece krampları eşlik eder.

Tedavi edilmemiş staz dermatiti hiperpigmentasyon ve ülser olabilen fokal purpurik odaklarla sonuçlanır. Ülser çok ağrılıdır. Fildişi beyazı atrofik plaklarla iyileşen keskin sınırlı erozyonlar gelişir. Bozulmuş ve fibrotik iyileşme sonucunda deride skleroz ve sertleşme oluşur; bu durum lipodermatoskleroz olarak adlandırılır.

İyileşmeyen, tedaviye yanıtız ülserlerin ayırıcı tanısında squamöz hücreli karsinom (SHK) akılda tutulmalıdır.

Yaşlıda staz ülseri hareketsizlik ve hastanede kalış süresinin uzamasına neden olur; kroniktir ve çoğu zaman tedaviye zor yanıt verir.

Tedavide yüksekte tutma ve kompresyon çorapları kullanılır. Enfekte ise topikal ve sistemik antibiyotik tedavisi başlanmalıdır. İkincil kontakt dermatit gelişirse topikal steroidler eklenmelidir. Ülser iyileşmesinde yara bakımı uygulanır.

Decubitus Ülserleri

Decubitus ülserleri hastanede yatan yaşlılarda gençlere oranla çok yaygındır. Daha az hareket etmek, yatakta dönmek için yardım almak zorunda olmak ve kemik çıkıntılar üzerindeki derinin kuru, derialtı yağ dokusunun az olması, damar bozuklukları, inkontinans, beslenme yetersizliği, duyu bozukluğu decubitus ülserine eğilim yaratır.

Decubitus ülseri yerel deri, derialtı, kas ve kemikleri içeren doku nekrozudur. Kemik çıkıntılarının deriye yakın olduğu sakrum, iskiak çıkıntılar, trokanter major, topuk ve lateral malleolde daha sıktır. Decubitus ülseri eritem, büll ve erozyonla başlar. Akut inflamasyon ile epidermis ve dermiste kayıp görülür. Bazen derin dokular etkilendiği halde, yüzeyde sadece eritem gözlenebilir. Kas ve kemikte nekroz geliştiğinde bile çok az yüzeyel hasar gözlemlendiğinden ülser fark edilmeyebilir.

Decubitus ülserinin yönetimi önlemeye odaklanmalıdır. Malnütrisyon yara iyileşmesini geciktirir, ülser oluşumunu hızlandırır. Serum albümin düzeyi düşüklüğü decubitus ülseri oluşumunu beş kat artırır.^[16] Bu nedenle yaşlının sürekli, yeterli besin desteği alması yönetimde çok önemlidir. Hareketsiz hastaların pozisyonu düzenli olarak değiştirilmelidir, basıncı azaltıcı, kan akımını artırıcı yataklar kullanılmalıdır. İnkontinans varsa hijyen sağlanmalıdır. Decubitus ülseri geliştiğinde yara bakımı yapılmalı, gerekirse debridman ve rekonstrüksiyon için plastik cerrahi konsültasyonu istenmelidir.

Akne Rozasea

Akneiform papül, püstül ve telenjektazilerle seyreden, alın, yanaklar, çene ve burnu tutabilen kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Tipik olarak orta yaşta başlar ve kronik sey-



Resim 9. Staz dermatiti.

reder. 64 yaş üzerinde prevalansı %12'dir. Hastaların %90'ında sebace bez hiperplazisi ve göz tutulumu görülür.

Hastalığın etiyolojisi ve tam mekanizması henüz anlaşılamamıştır. Baharatlı yiyecekler, güneş ışınları ve bazı ilaçlar hastalığı alevlendirir. Baharatlı yiyeceklerden kaçınılmalıdır. Güneş kremi kullanımı alevlenmeleri azaltır. Tedavide topikal ve sistemik antibiyotikler, doksisisiklin ve metranidazol, gerekirse sistemik isotretinoin kullanılabilir.

Otoimmün Hastalıklar

İmmün sistemin yaşlanması, yaşlılarda otoimmün hastalıkların artmasına neden olur. Yaşlılarda polifarmasi prevalansının artması da ilaçların başlattığı otoimmün deri döküntülerinin artmasına yol açar.

Büllöz Pemfigoid

Ortalama başlangıç yaşı 65 olan otoimmün büllöz bir hastalıktır (Resim 10).^[21] Diğer çoğu otoimmün ve büllöz dermatozlar genç yaşlarda daha yaygındır. Yaşla birlikte otoantikörlerin artması, dermal epidermal ayrılmadaki kolaylaşma büllöz pemfigoidin yaşlılarda yaygınlığını açıklar. Bazal membranda yaşla ilişkili değişiklikler hastalığa direnci azaltır. Büllöz pemfigoid genellikle kendi kendini sınırlar. 6-12 ayda geriler, fakat yaşlılarda tedavi yan etkileri ve genel sağlığın zayıflığı nedeniyle mortalite ve morbidite artmaktadır. Habis hastalıklarla birlikte bulunabilir.

Normal deride veya ürtiker zemininde çok sayıda büllerin olduğu, sıklıkla yoğun kaşıntının eşlik ettiği bir otoimmün deri hastalığıdır. Hastaların 1/3'ünde oral mukoza da tutulur ve bu durum çok ağrılıdır. Büller büyük, gergin ve travmaya dirençlidir. Hastalık uzun süre yaygın kaşıntı ve egzama gibi görünebilir, geniş büller erode olduğunda elektrolit ve sıvı kaybına yol açabilir. Büllöz pemfigoid düşünülüyorsa, hasta mutlaka dermatoloji uzmanına yönlendirilmelidir.

Bazal membrandaki dermo-epidermal bileşkede hemidesmozomlara karşı otoantikolar vardır. Tanı patolojik inceleme ile konur.

Topikal potent steroidler birinci basamak tedavidir. Sistemik steroidler ve immünoşüpresif tedavi yan etkileri nedeniyle bu yaş grubunda çok uygun olmadığından, tetrasiklin tek başına veya niasinamid ile birlikte kullanılır.

Dejeneratif Hastalıklar

Atrofik Liken Sklerozis

Özellikle kadınlarda genital bölgeyi ilgilendiren bir deri hastalığıdır. İyi sınırlı porselen beyazı papül ve plaklarla karakterlidir ve ağrılıdır. Kaşıntı nedeniyle likenifikasyon gelişebilir. Skar ve adezyon ile iyileştikten genital bölgedeki anatomik yapıların fonksiyonu bozulur. Miksiyon ve cinsel ilişki sırasında ağrı oluşur. Liken sklerozis genital bölgede artmış SHK riski ile birlikte. Tedavide potent topikal steroidler kullanılır.

İlaç Erüpsiyonları

Bütün ilaç erüpsiyonları yaşlılarda polifarmasi nedeniyle gençlerden fazladır (Resim 11). Bozulmuş renal, kardiyak ve hepatik fonksiyonlar ilaç metabolizması ve etkileşimini etkiler.^[22] Yaşlılarda doz ile ilişkili ilaç yan etkileri idyosenkratik ilaç yan etkilerine göre daha yaygındır.

En yaygın görülen kutanöz ilaç reaksiyonları kaşıntı, egzantem ve ürtikerdir. Birçok deri hastalığı ilaç erüpsiyonları ile karışabilir veya ilaç erüpsiyonları diğer dermatolojik hastalıkları taklit edebilir. Bu nedenle ayırıcı tanı zor olabilir. Pemfigus, büllöz pemfigoid ve lupus eritematosus gibi ilaçla indüklenen otoimmün reaksiyonlar da yaşlılarda görülmektedir.

İlaçla indüklenen egzantemler; makülopapüller, morbilliform ve eritematöz olabilir, kaşıntı sıklıkla eşlik eder. İlaça başladıktan 7-10 gün sonra oluşurlar. Toksik epidermal nekroliz gibi ciddi ilaç reaksiyonlarına ilerleyebilirler. Dolayısıyla bu hastalarda deride epidermal ayrılma oral ve genital mukozada erode alanlar izlenebilir ki bu durumlar alarm semptomlarıdır. Bu hastaların sevk edilmesi gerekir. Ürtiker küçük papüllerden büyük ürtiker-



Resim 10. Büllöz pemfigoid.

yal plaklara kadar görülebilir. Anjiödem anafilaksiye ilerleyebilmesi nedeniyle dikkatli olunmalıdır. İlaçlara bağlı oluşan deri lezyonları Tablo 5'de özetlenmiştir.

İlaç erüpsiyonu düşünülen hastalarda kullanılan ilaçlar hakkında detaylı bir anamnez alınması ve iyi bir fizik muayene yapılması önemlidir.

Tedavide birinci basamak, neden olan ilacın kesilmesidir. Topikal steroidler, antihistaminikler ve gerekli ise sistemik steroidler kullanılır.^[11,23-25]

Deri Tümörleri

Deri kanseri insidansı yaşla birlikte katlanarak artmaktadır. Yaşam boyu kümülatif karsinogen maruziyeti ve eşlik eden hücre bölünmesiyle mütasyon riski olduğu düşünülür. Yaşla birlikte DNA onarım kapasitesi ve immünojenik gözetimin azaldığı bir gerçektir. Proliferatif homeostaz da bozulur. Deri kanserlerinin başlıca nedeni UV ışınlarıdır. Açık tenlilerde güneşlenme alışkanlığı SHK ve aktinik keratozu (SHK'nın öncülüdür) tetikler. BHK ve



Resim 11. İlaç erüpsiyonu.

Tablo 5. İlaçların sıklıkla neden olduğu klinik reaksiyonlar^[22]

Deri lezyonu	Suçlanan ajanlar
Ürtiker	Antibakteriyeller, nonsteroidal antiinflatuarlar ilaçlar, antidepresanlar, opioidler, imidazoller
Morbiliform döküntü	Antibakteriyeller (penisilinler, sulfonamidler), antikonvülzanlar, altın, allopurinol, diüretikler
Likenoid döküntü	Antimalaryaller, altın, beta blokerler, diüretikler, sulfanilüreler, hipoglisemik ilaçlar
Kutanöz vaskülit	Diüretikler (furosemid, tiazidler), antibakteriyeller, allopurinol, amiodaron
Fotosensitivite	Amiodaron, fenotiazinler, sulfonamidler, tetrasiklinler, nonsteroidal antiinflatuar ilaçlar
İlaca bağlı otoimmün deri döküntüleri	Penisilamin, hidralazin, altın

özellikle malign melanom ise sadece total UV maruziyeti ile değil aralıklı yoğun UV maruziyeti ile de ilişkilidir. Bu farklı epidemiyolojik etkinin nedeni bilinmemektedir. Yaşlılarda sıklıkla görülen deri kanserleri **Tablo 6**'da gösterilmiştir. Benin-malin ayrımını yapmak birinci basamak hekimleri için zor olabileceğinden nevüsü olanlarda renk değişikliği gelişenler, çapı 6 mm'den büyük, asimetrik veya düzensiz sınırlı olan (mevcut lezyonun kabarması, ülserasyonu, kanaması veya çapında büyüme olan) hastalar dikkatle takip edilerek bir dermatoloji uzmanına yönlendirilmelidir.

Seboreik keratoz sıklıkla gövde, yüz, ekstremitelerde deriye yapışmış gibi görünen başlangıçta normal deri renginde olup zamanla koyu kahverengi veya siyaha dönüşebilen papillomatöz papüllerdir. Tedavi yöntemleri kriyoterapi, elektrokoterizasyon ve shave biyopsidir.

Aktinik keratoz pürüzlü, kaba deri renginde veya eritemli kahverengi makül veya papül üzerinde skuamlardan oluşur. En yaygın premalin deri lezyonudur. Güneşli iklimlerde yaşayan açık tenli yaşlıların %50'sinden fazlasını etkiler. Aktinik keratoz tedavisiz bırakılırsa in situ veya invaziv SHK'ye ilerleyebilir. Tedavide kriyoterapi kullanılabilir.

Bazal hücreli karsinom en sık görülen habis deri tümörüdür. Sıklıkla yüzde kırmızı, deri renginde veya pig-

Tablo 6. Yaşlılarda premalin, benin ve malign tümörlerin sınıflandırılması^[23]

Benin tümörler ve premalin lezyonlar	Malin tümörler
<ul style="list-style-type: none">• Yumuşak fibrom• Seboreik keratoz• Keratoakantom• Kiraz anjiom• Aktinik keratoz• Aktinik keilitis• Lökoplaki	<ul style="list-style-type: none">• Skuamöz hücreli karsinom (SHK)• Bazal hücreli karsinom (BHK)• Habis melanom

mente, üzerinde telanjiektaziler bulunan papül veya plak şeklindedir. Etiyolojide iyonize radyasyon ve UV ışınları rol oynar.

Skuamaöz hücreli karsinom'un nedeni UV ışınları ve Human Papilloma Virüs'tur (HPV) (**Resim 12**). Yanık nedbesi ve travmalı dokularda da gelişebilir. Eritemli, iyi sınırlı, skuamlı, eroziv plak şeklindedir.

Melanom; özellikle yaşlı erkeklerde genç yetişkinlere oranla daha kalın lezyonlar şeklinde ortaya çıkar (**Resim 13**): Bu durum, diğer medikal problemlerden, gözlem yetersizliğinden ve derilerini uygun muayene etmemelerinin-



Resim 12. Skuamöz hücreli karsinom.



Resim 13. Melanom.

den kaynaklanır. Gecikmiş tanı, 50 yaşını aşkın habis melanom hastalarındaki mortalite riskini artırır.^[26] Sigara, yoğun güneş maruziyeti, 50'nin üzerinde melanositik nevüsün varlığı ve geçirilmiş habis hastalık 60 yaş üstündeki melanomun risk faktörleridir.^[27] Bütün melanom tipleri yaşla artar, 60 yaş üzerinde güneşlenme alışkanlığı varsa lentigo malin melanom görülme sıklığı özellikle artar. Düzensiz sınırlı, asimetrik kahverengi makül şeklinde olup, nodülleşmesi yayılmaya işaret eder.

Sonuç

İnsan ömrünün uzamasıyla yaşlılarda görülen hastalıkların sıklığı da artmaktadır. Bu hastalık gruplarından birisi de deri hastalıklarıdır. 65 yaş üstündekilerin çoğunda en az bir deri hastalığı, önemli bir kısmında ise iki ya da daha çok deri hastalığı görülür. Kuruluk ve kaşıntı bu yaş grubundaki yakınmaların büyük bölümünü oluşturur, yaygın deri hastalıkları ise egzema, sedef ve seboreik dermatittir. Bu hastalıklar yaşamı tehdit etmese de kalitesini büyük oranda azaltır. Aile hekimi bu yaş grubundaki sınırlılıkları ve özel ihtiyaçları göz önünde bulundurarak deri sorunlarını doğru tanı ve tedavi ile başarılı bir şekilde yönetebilir. Habis hastalıklar, büllöz pemfigoid, ilaç döküntüleri, enfeksiyonlar önemli morbidite ve mortalite nedeni olabilir. Aile hekimi bu hastalıklara hızla tanı koyup, dermatoloji uzmanına yönlendirilmelidir.

Kaynaklar

- Burgdorf WHC, Plewig G, Wolff HH, Landthaler M. Cutaneous aging. Braun-Falco's Dermatology'de. Ed Burgdorf WHC. 3. Baskı. Berlin, Springer, 2009;1170-7.
- Yalçın B, Tamer E, Toy GG, Öztaş P, Hayran M, Allı N. The prevalence of skin diseases in the elderly: analysis of 4099 geriatric patients. *Int J Dermatol* 2006;45:672-6.
- Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP. Public Health Science in Dermatology. Dermatology'de. 2. Baskı. Mosby, 2008;1903-11.
- Shah M, Coates M. An assessment of the quality of life in the older patients with skin disease. *Br J Dermatol* 2006;154:150-3.
- Tüzün Y, Güreler MA, Serdaroglu S, Oğuz O, Aksungur VL. Yaşlanma ve Deri. Dermatoloji. 3. Baskı. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2008.
- Gilchrest BA. Treatment of photodamage with topical tretinoin: An overview. *J Am Acad Dermatol* 1997;36:27-36.
- Reich A, Ständer S, Szepletowski JC. Pruritus in the elderly. *Clinics In Dermatology* 2011;29:15-23.
- Thaipisuttikul Y. Pruritic skin diseases in the elderly. *J Dermatol* 1998;25: 153-7.
- Roberts WE. Dermatologic Problems of Older Women. *Dermatol Clin* 2006;24:271-80.
- Seyfarth F, Schliemann S, Antonov D, Elsner P. Dry skin, barrier function, and irritant contact dermatitis in the elderly. *Clinics In Dermatology* 2011;29:31-6.
- Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C. The Ages of Man and their Dermatoses. Rook's Textbook of Dermatology. 7. baskı. Wiley-Blackwell, 2004; 3661-90.
- Dewberry C, Norman RA, Bock M. Eczematous diseases of the geriatric population. *Dermatol Clin* 2004;22:1-5.
- Mastroiardo M, Diaferio A, Vendemiale G, Lopalco P. Seborrheic dermatitis in the elderly: inferences on the possible role of disability and loss of self-sufficiency. *Acta Derm Venereol* 2004;84:285-7.
- Balato A, Balato N, Costanzo LD, Ayala F. Contact sensitization in the elderly. *Clinics In Dermatology* 2011;29:24-30.
- Wollina U. Geriatric Dermatology. *Clinics In Dermatology* 2011;29:1-2.
- Eveillard M, Mortier E, Lancien E, ve ark. Consideration of age at admission for selective screening to identify methicillin-resistant staphylococcus aureus carriers to control dissemination in a medical ward. *Am J Infect Control* 2006;34:108-13.
- Singh G, Haneef NS, Uday A. Nail changes and disorders among the elderly. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2005;71:386-92.
- Loo DS. Onychomycosis in the elderly: drug treatment options. *Drug Aging* 2007;24:293-302.
- Loo DS. Cutaneous fungal infections in the elderly. *Dermatol Clin* 2004; 22:33-50.
- Weinberg JM, Vafaie J, Scheinfeld NS. Skin infections in the elderly. *Dermatol Clin* 2004;22:51-61.
- Sami N, Yeh SW, Ahmed AR. Blistering diseases in the elderly: diagnosis and treatment. *Dermatol Clin* 2004;22:73-86.
- Carneiro SC, Azevedo-E-Silva MC, Ramos-E-Silva M. Drug eruptions in the elderly. *Clinics In Dermatology* 2011;29:43-8.
- Norman RA. Geriatric dermatology. *Dermatol Ther* 2003;16:260-8.
- Farage MA, Miller KW, Berardesca E, Maibach HI. Clinical implications of aging skin. *Am J Clin Dermatol* 2009;10:73-86.
- Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, Paller AS, Leffell DJ. Aging of skin. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine'da. 7. Baskı. New York, McGraw-Hill, 2007;963-73.
- Dewberry C and Norman RA. Skin cancer in elderly patients. *Dermatol Clin* 2004;22:93-6.
- Nagore E, Hueso L, Botella-Estrada R, ve ark. Smoking, sun exposure, number of nevi, previous neoplasias are risk factors for melanoma in older patients (60 years and over). *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2010;24:50-7.

Geliş tarihi: 25.06.2011

Kabul tarihi: 05.12.2011

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Uzm. Dr. Adem Parlak

Ağrı Asker Hastanesi, Aile Hekimliği Servisi, Ağrı

GSM: (0532) 708 68 99

e-posta: cipro0055@yahoo.com