

Yenidoğan Dermatozları

Neonatal Dermatoses

Ümit Uksal

Taksim Alman Hastanesi, İstanbul, Türkiye

Özet

Ekstraüterin yaşamın ilk dört haftası neonatal dönem olarak kabul edilir. Neonatal dönemde deri bulguları sık görülür. Bu belirtilerin çoğu fizyolojik deskuamasyon, eritema toksikum neonatorum, milia, miliaria ve renk değişiklikleri gibi benign ve geçici durumlardır. Bununla birlikte nadiren ciddi infeksiyonlar, genetik hastalıklar ve tümörler de görülebilir. Benign, geçici belirtilerle ciddi hastalıkların ayırıcı tanısı çok önemlidir. Çevresel ve genetik faktörler yenidoğanın deri belirtilerinin oluşumunu belirler. (Türkderm 2011; 45 Özel Sayı 2: 68-72)

Anahtar Kelimeler: Yenidoğan, yenidoğan dermatozları

Summary

The neonatal period is regarded as the first four weeks of extrauterine life. Skin disorders are commonly seen in the neonatal period, most of which are transient benign conditions such as physiologic desquamation, erythema toxicum neonatorum, milia, miliaria and colour changes. However, rare and serious infections, genetic diseases and tumours can be seen in this period. Differential diagnosis of benign transient skin conditions and serious disorders are very important. Environmental and genetic factors may regulate skin manifestations in newborn. (Türkderm 2011; 45 Suppl 2: 68-72)

Key Words: Newborn, neonatal dermatoses

Giriş

Yenidoğan dönemi yaşamın ilk dört haftalık süresidir. İntrauterin yaşamda steril, sıvı bir ortamdan doğumla birlikte kuru, ısısı değişken, sayısız kimyasal ve biyolojiklerin bulunduğu bir ortama geçiş yapan bebek için deri ve tüm diğer organların uyum sağlamaya çalıştığı bir evredir. Bebeğin prematüre veya postmatür olması, doğum ağırlığı, annenin gebelik süresince etkilendiği durumlar da yenidoğan döneminde önemli etmenlerdir. Yenidoğanın derisi yetişkin derisine göre %60 daha ince, epidermisle dermis bağlantısı daha zayıf, tüyler çok ince olduğu için hem yaralanmaya hem de infeksiyonlara direnci daha düşüktür. Ayrıca vücut yüzeyinin ağırlığa oranı erişkinine göre beş kat daha fazla olduğu için perkütan emilim oranı çok yüksektir¹. 32-34 haftadan erken doğan bebekler prematüre bebekler olup transepidermal su kaybı çok daha yüksek,

dehidratasyona uğraması kolay, ısı regülasyonu yetersiz ve çoğu kez düşük doğum ağırlıklı bebeklerdir. Bu nedenle prematürelere deri patolojileri de daha kolay oluşur.

Yenidoğanda birçok geçici dermatozun yanı sıra acil tedavi gerektiren çok ciddi dermatozlar ve genetik dermatozlar görülebilir. Bu nedenle yenidoğanın dermatolojik muayenesi ve dermatozlarının ayırıcı tanısı çok önemlidir.

Yenidoğanın Geçici Dermatozları

Doğumdan sonraki ilk günlerde yenidoğanda görülen vazomotor gelişimin tam olmamasına bağlı renk değişiklikleri, çevreye uyum nedeniyle oluşan steril vezikül ve vezikopüstüler döküntüler sistemik bakteriyel hastalıklarla karışabileceği için dikkatli sistemik muayene ve izlem gerekir. Yenidoğanda sık görülen geçici belirtiler:

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Ümit Uksal, Taksim Alman Hastanesi, İstanbul, Türkiye
E-posta: dr_uksal@yahoo.com

*Türkderm-Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından basılmıştır.
Türkderm-Archives of the Turkish Dermatology and Venerology, published by Galenos Publishing.*

- a. Renk değişiklikleri: Kırmızılık, sarılık, genital hiperpigmentasyon, doğum lekeleri
- b. Deskuamasyon
- c. Sebase hiperplazi
- d. Akne
- e. Hipertrikoz
- f. Epstein ve Bohn incileri
- g. Milia
- h. Adneksal polipler (meme başı çevresi)
- i. Toksik eritem
- j. Geçici püstüller melanozis
- k. Miliaria kristallina ve rubra
- l. Vasküler tonüs değişikliği (Harlequin renk değişikliği, kutis marmorata, bronz bebek)
- m. Emme bülleri
- n. Perianal dermatit

Bu belirtilerin çoğunun görülme nedenleri tam anlaşılmamıştır ve çoğu kez tedavi gerektirmeden kendiliğinden iyileşirler. Görülme sıklıkları memleketimizde de yabancı yayınlarla benzerlik göstermektedir¹⁻⁴.

Renk Değişiklikleri: Doğum sonrası bebeğin derisi morumsu kırmızı renktedir. Kırmızılık ekstremitelerde daha belirgindir. Ağlama, bebeğin hafifçe üşmesiyle dudaklarda, el ve ayaklarda akrosiyanoz olabilirse de ağlama bitince ve bebek ısıtılınca renk hızla pembeleşir. Fizyolojik akrosiyanoz gerçek siyanozdan hızlı düzelmesiyle ayırt edilir.

Yenidoğan derisinin göreceli hemoglobin yüksekliğine bağlı geçici yaygın kırmızılığı eritrodermilerle, infeksiyonlarla karıştırılmamalıdır. Geçici kızarıklık ve deskuamasyonda bebeğin genel durumu iyidir, ateş ve sistemik belirti yoktur. Periferik damarların vazodilatasyonunu kontrol eden hipotalamik merkez henüz yeterince gelişmediği için bebeğin sırt üstü yattığı zaman vücudun altta kalan yarısı kırmızı, üst yarısı açık renk görülür ve pozisyon değiştiren zaman renk dağılımı da ters olur. Palyaço giysisine benzeten bu fizyolojik durum Harlequin renk değişikliği olarak adlandırılır ve prematürelde daha sık görülür⁵. Kutis marmorata ise ortam ısısı düşük olduğunda bebeğin derisini mermer gibi dalgalı bir görünüm almasıdır. Bebek sıcak ortama alınınca geçer. Ortam sıcaklığı ile değişiklik göstermeyen "kutis marmorata telenjektatika"dan ayırt edilmelidir.⁶ Genel ve lokalize genital hiperpigmentasyon ırka bağlı olarak görülür, Asya kökenlilerde daha sıktır.⁷ Ancak genital bölge ile

birlikte areolalarda da hiperpigmentasyon varsa konjenital adrenal hiperplaziden kuşkulamak gerekir.

Bronz bebek sendromu, hiperbilirubinemi için fototerapi gören bebeklerde deride, serum ve idrarda gri-kahverengi renk değişikliğidir. Genellikle fototerapiden 1-7 gün sonra başlar, fototerapi bittikten birkaç hafta sonra kendiliğinden düzelir. Nadir bir pigmentasyon durumu ise progressif olarak pigmentin koyulaşması ve tüm vücudu kaplaması ile ortaya çıkan karbon bebek sendromudur.

Neonatal Deskuamasyon: Doğumdan 2-3 gün sonra başlayan ve birkaç hafta devam eden fizyolojik bir fenomendir. Doğumda yaygın deskuamasyon olması postmatürite, intrauterin anoksi ve eğer çok şiddetli ise iktiyozis grubu hastalıkları düşündürmelidir. Aşırı kurulukla birlikte, ektropiyon, eklabion iktiyozis grubunda görülür. X-e bağlı resesif hipohidrotik displazi'de (Christ-Siemens-Touraine sendromu) yoğun deskuamasyon olabilir⁸.

Geçici Papülopüstüller Döküntüler: Toksik eritem ve geçici püstüller melanozis, bakteriyel, fungal ve viral püstüllerle karışabileceği için klinik muayene esnasında hemen püstülden yayma almak gerekir. Püstül içeriğinin steril olması geçici toksik eritem döküntüsünü doğrular. Hastanede yatan yenidoğanlarda görülme sıklığı memleketimizde %30,9 diğer çalışmalarda da %15-40 arasında bildirilmektedir^{2,3,4}. Etiyolojisinde birçok farklı görüş vardır. Daha çok verniks temizlendikten sonra yenidoğan derisinin çevresel iritanlara karşı uyum sağlamasına bağlı bir tepki olarak değerlendirilmektedir. Klinik olarak sinek ısırığına benzer eritemli bir alan ortasında beyaz-sarımsı papül veya püstül olarak görülür. En sık sırtta ve gövdede yerleşir, kol, bacak ve yüzü de tutabilir. Birkaç günde geçer⁹. Ayırıcı tanıda bakteriyel püstüller, sepsis (listeriosis); konjenital kandidiazis, herpes, varisella, CMV gibi infeksiyonlar düşünülmelidir. Ayrıca inkontinensiya pigmenti, histiositosis ve Omenn sendromu gibi immün yetmezlikler de ayırıcı tanıda akla gelmelidir. Genel durum bozukluğu varsa immünolojik inceleme yapılmalıdır. İnkontinensiya pigmenti için lezyonların lineer dizilimi veya girdap benzeri gruplar oluşturması uyarıcı olmalı ve biyopsi alınmalıdır. Geçici püstüller melanozis daha çok siyah ırkta görülen ve geçince pigmentasyon bırakan grup yapmış püstüller şeklindedir¹⁰.

Miliaria: Ekran ter bezi kanalının değişik düzeylerden tıkanması sonucu ortaya çıkan bir grup döküntüdür. Kanal yüzeye yakın tıkanınca saydam veziküller (m.kristallina), derinden tıkanınca kırmızı papül ve papüloveziküller (m.rubra) oluşur. Ortam aşırı sıcak ve nemli olduğu zaman görülür ve deskuamasyonla iyileşirler. Vezikülden kazıntı alınıp steril olup olmadığı değerlendirilerek klinik tanı doğrulanmalıdır. Ayırıcı tanıda viral döküntülerde balon hücreler, kandidiasis'te tomurcuklanan maya hücreleri, bakteriyel infeksiyonlarda lökositler ve etken olan bakteriler saptanır. Gerekirse kültürel inceleme veya PCR gibi ileri tetkiklere başvurulabilir. Veziküller steril ise milia tanısı kesinleşir. Ortamın serin ve kuru tutulması, ılık banyolar tedavi için yeterlidir.

Milia; Epstein ve Bohn İncileri: Milia, burun, çene ve alında beyaz papüller olarak sık görülür. Pilosebace folikülden gelişen epidermal kistlerdir (Resim 1). Epstein incileri damakta yerleşenlerdir. Alveoler sınırdaki yerleşenler Bohn incileri olarak adlandırılır ve spontan olarak kaybolurlar. Miliaların çok fazla olması ve geçmemesi hipotrikozla seyreden bazı nadir sendromlarda olabilir. Bu sendromlar (Bazex-Dupre-Christol ve Marie- Unna hipotrikozudur)¹¹.

Sefalohematom ve Kaput Süksadeneum: Doğum travmasına bağlı olan bu durum uzun süren doğumlarda, anormal fetal pozisyon ve doğumda kullanılan aletlerin travmasına bağlı olarak oluşan subperiosteal hematomlardır. Yaşamın ilk saatlerinde skalpte sınırlı şişlikler olarak



Resim 1. Yüz bölgesinde minik papüller: Milium

görülürler. Sefalohematomlar tek kranial kemikle sınırlı olup genelde orta hattı geçmezler. Nadiren kafa kemiklerindeki kırık üzerinde oluşabilirler. Kaput süksadeneum ise uzun süren doğumlarda basıya bağlı olarak gelişen venöz konjesyon ve ödemden dolayı oluşan lokalize ödemdir (Resim 2). Genellikle spontan gerilerler.

Akne Neonatorum: Anneden geçen hormonların etkisiyle oluşan akne benzeri papül ve püstüller görülebilir. Pityrosporum mantarlarının neden olduğu benign sefalik püstülozis ile ayırımı için püstüllerden alınan materyal mikroskopta incelenmelidir (Resim 3). Adapalen veya salisilik asitli kremlerle hafif soyucu tedaviler akne neonatorum tedavisi için yeterlidir¹².

Yenidoğanda Subkütan Doku Hastalıkları

Subkütan Yağ Nekrozu: Doğum sürecinde veya daha sonra iskemi veya hipotermiye bağlı olarak gelişir. Neonatal subkütan yağ dokusunun doymuş yağ asitlerinden oluşması ve bu yağların erime noktasının erişkine göre daha yüksek olmasından dolayı soğuktan daha fazla etkilenmelerine bağlı olduğu düşünülmektedir. Hipotermi bu yağlarda kristalleşmeye, yağ hücrelerinde hasara ve granülomatöz bir reaksiyona neden olmaktadır. Bu reaksiyona eşlik eden hiperkalseminin nedeni tam bilinmemektedir. Genellikle uzun süren, zor doğumları



Resim 2. Sağlı deride Kaput succadeneum



Resim 3. Yüzde papül, püstül ve komedonlar; neonatal akne

izleyen günlerde yanaklar, kalça ve sırtta subkütan serbest nodüller olarak saptanır. Şiddetli olgularda nodüller fikse ve kaya gibi sert olabilir. Genellikle sekel bırakmadan düzelirler. Ayırıcı tanıda sklerema neonatorumla ayırımı önemlidir. Soliter desmoid kistler, kalsinozis kutis ve soğuk pannikülit de düşünülmelidir. Öykü ve gerekirse biyopsi ile kesin tanıya gidilir. Flüktüasyon veren lezyonlar aspire edilir. Hiperkalsemi izlenmeli ve gerekirse tedavi verilmelidir. İyi hidrasyon, renal atılımı artırmak veya gerekirse daha ciddi sistemik girişimlerle hiperkalsemi kontrol edilmelidir¹³.

Sklerema Neonatorum: Genel durumu çok kötü olan yenidoğanlarda balmumu renginde derin dokulara yapışık sert plaklar şeklindedir. Preterm ve ciddi derecede sistemik hastalığı olan yenidoğanlarda saptanan ağır bir tablodur. Taze kan transfüzyonları ve alta yatan hastalığın tedavisi yapılmaya çalışılır.

Pedal Papüller: Topuklarda medialde, konjenital, yumuşak, ağrısız papüllerdir.

İlaça Bağlı Fötal Deri Malformasyonları: Alkol, antiepileptikler, warfarin, oral retinoid gibi ilaçların kullanımına bağlı fötal anomaliler daha çok organ sistemlerini tutar. Deri yokluğu (Aplasia kutis) oluşumunda antitiroid ilaçların rol oynayabileceği sanılmaktadır.

Fötal ve Neonatal Tanısal Girişimlere Bağlı Komplikasyonlar: Amniosentez, koryonik villus örneği alınmasına bağlı iğne yerlerine bağlı gamze görünümlü çukur skar oluşumları, oküler travma veya delici organ yaralanmalarına kadar değişik şiddette travmatik oluşumlar saptanabilir. EKG, EEG elektrodları veya diğer monitörizasyon yerlerinde de deri hasarı, sekonder infeksiyonlar ve skar oluşumları olabilir¹⁴.

Dermal Zinüs ve Dermoid Kistler: Bu sinüs ve kistler konjenital olabilir. Dermal sinüsler sağlıklı deride kalınlaşma, kıl yoğunluğunda artış şeklinde olur ve zor fark edilirler. Sekonder enfekte olarak dikkati çekebilirler. Dermoid kistler ise ağrısız şişlikler şeklinde en sık orbita kenarı, glabellada görülebilir. Nadiren santral sinir sistemi ile bağlantılı olabilecekleri unutulmamalı ve cerrahi girişim öncesi mutlaka derin dokularla bağlantı yönünden görüntüleme yapılmalıdır.

Yenidoğanın Konjenital Enfeksiyonlarına Bağlı Deri Bulguları

Gebelikte annenin geçirdiği viral, bakteriyel, fungal ve parazitik hastalıklar yenidoğanda deri belirtileri ile ortaya çıkabilir.

Neonatal Herpes: Çok hafif bir infeksiyondan ağır nörolojik sekeller bırakan hastalık tablosuna hatta ölümlü sonuçlanmaya kadar ciddi bir spektrum gösterir. Neonatal herpes %70 kadar HSV tip 2 (genital herpes) infeksiyonuna bağlıdır. Gebelikte assendan yayılımla veya doğum esnasında enfekte doğum kanalından bulaşabilir¹⁵.

İntrauterin infeksiyon transplasental geçiş ile de olabilir. Deride veziküller, skarlar, koryoretinit, mikroftalmi, mikrosefali ve beyin anomalileri olabilir. Deride eritemli maküller ve grupe veziküllerle yaygın bir tutulum ve mukozal lezyonlarla seyredir. 24-48 saatte veziküller püstüle dönüşür, ülsere olur ve krutlanır. Purpurik lezyonlar ve büllöz lezyonlar da olabilir. Dissemine formda çoklu organ tutulumu ve santral sinir sistemi tutulumu olabilir ve çok ağır bir seyir gösterir. Tanıda açılmamış vezikül tabanından alınan yaymada multinükleer hücrelerin ve nükleer inklüzyonların görülmesi yardımcıdır. Vezikülden alınan kazıntıdan direkt fluoresan antikor araştırılması daha spesifik olmakla birlikte tanıda altın standart viral kültürdür. Viral kültür için vezikül sıvısı, göz, ağız mukozası, kan, idrar ve dışkı örnekleri alınabilir. Serolojik reaksiyonlar pasif transfer

nedeniyle tanıda yardımcı olmaz. Santral sinir sistemi tutulumu için polimeraz zincir reaksiyonu yararlı olabilir. Deri biyopsisinde intraepidermal vezikül ve balon dejenerasyon saptanır. Tedavide asiklovir 15-30 mg/ kg / gün güvenlik ve etkinlik açısından ilk seçenektir. Tedavi süresi 2-3 haftadır^{15,16}.

Konjenital Varisella Sendromu: Gebeliğin ilk 20 haftasında varisella geçiren annelerin bebeklerinde ortaya çıkar. Nadir görülür. Düşük doğum ağırlığı, mikroftalmi, katarakt, nörolojik defektlerin yanı sıra deride veziküller, aplazia kutis benzeri deri defektleri olabilir.

Gebeliğin son haftalarında varisella geçiren annelerin bebeklerinde ise neonatal varisella olabilir. Süre kriterleri prognoz açısından çok önemlidir. Annede hastalık doğumdan 5 gün veya öncesi; bebekte doğumdan sonraki 4 gün içinde oluşursa infeksiyon hafif seyredir.

Annede doğumdan önceki 5-2 gün içinde ve bebekte doğumdan sonraki ilk 5-10 gün içinde ortaya çıkarsa dissemine ve ciddi enfeksiyon oluşur. Bu nedenle enfeksiyon geçiren gebelere profilaktik olarak VZIG doğumdan hemen sonra ve asiklovir 10 mg/kg/ gün i.v olarak 3 doza bölünmüş olarak 14-21 gün verilir¹.

Konjenital Rubella: Gebeliğin ilk 16 haftası içinde rubella geçirenlerde oluşur. Aşılardan dolayı çok nadirdir. Katarakt, sağırılık, kardiyak defektlerin yanı sıra gelişme geriliği, santral sinir sistemi anomalileri olur. Deride yaygın mavimsi-kırmızı infiltrate papül ve nodüller görülür. Blueberry-Muffin olarak adlandırılan bu lezyonlar doğumdan sonraki ilk 24 saatte oluşurlar. Ayrıca yaygın eritem, akral siyanoz da vardır. Tanı respiratuvar sekresyondan virüs izolasyonu ile konur. Spesifik tedavisi yoktur, destekleyici önlemler alınır.

Konjenital Parvovirüs B19 İnfeksiyonu: Çocuklarda 5. hastalık etkeni olan virüstür. Gebeliğin erken dönemindeki enfeksiyon risklidir. Özellikle 20 haftadan erken gebelikte enfeksiyon fötusta kalp yetmezliği, ciddi anemi, generalize ödem ve polihidramnios neden olur. Deride "blueberry muffin" lezyonlar görülür.

Konjenital Sifiliz: Günümüzde nadir görülmektedir. Treponema pallidum'un gebeliğin 16. haftasından sonra fötusa plasenta yoluyla bulaşması sonucu erken konjenital sifiliz oluşur. Klinik bulgular genellikle birinci ay içinde çıkar. Anemi, ateş, lenfadenopati, rinit, genel deskuamasyon, ödem ve pseudoparalizi görülür. Deri lezyonları olguların 1/3 ünde ortaya çıkar. İkinci devir sifiliz lezyonlarına benzer papüloskuamöz lezyonlar önce pembe-kırmızı iken zamanla bakır rengine dönüşürler. Mukoza lezyonları ve anal bölgede kondilomlar da olabilir.

Sitomegalik İnfüzyon Hastalığı: Sitomegalovirüs (CMV), herpes virüs grubundan bir DNA virüsüdür. Gebeliğin son aylarında plasenta yoluyla fötusa geçebileceği gibi doğum kanalından veya doğum sonrası kan transfüzyonu ile de bulaşabilir. İntauterin gelişme geriliği, mikrosefali, prematüre doğum sık görülür. Yenidoğanda sarılık, hepatosplenomegali,

koriyoretinit, sağırılık, mikrosefalinin yanı sıra deride peteşi ve purpura, konjenital rubella ve toksoplazmadaki gibi blueberry muffin lezyonlar saptanır. Tanıda serumda Anti-CMV Ig M antikorlarını saptanması, son yıllarda PCR kullanılmaktadır. Çok etkin bir tedavisi yoktur. Gancyclovir kullanılmaktadır.

Konjenital Epstein-Barr virus sendromu ve Toksoplazmozisde multiple anomalilerin yanı sıra ekstramedüller hematopoez sonucu oluşan tipik "blueberry muffin" lezyonlar saptanır.

İmpetigo Neonatorum: Yaşamın ilk 2-3 gününde nemli bölgelerde (diaper alanı, kasık, aksilla, boyun kıvrımları gibi) eritemli bir zeminde yüzeysel vezikül, püstül ve büllerle başlar. Açılan lezyonların yerinde sulantılı alanlar ve krutlar oluşur. Pemfiguslu anneden pasif antikor transferi ile oluşan ve yaygın lezyonlarla karakterize pemfigus vulgarisin geçici neonatal formu ile karıştırılmamalıdır.

Eozinofilik Püstüler Follikülit: Saçlı deri ve ekstremitelere lokalize grup yapmış vezikopüstüller görülür. HIV'le birlikte olan eozinofilik püstüler dermatitten ayrı bir hastalıktır. Hem bülde hem de periferik kanda eozinofili olabilir. Spontan geriler.

Emme Bülleri: İntrauterin parmak emme sonucu parmakların dorsali ve dudaklarda bül ve erozyon olur, hızla sekel bırakmadan iyileşirler.

Diaper Bölgesinin Dermatitleri: Alerjik ve iritan kontakt dermatitler genellikle yenidoğan döneminden daha sonra başlarlar. Katı gıda alımının başlaması ile dışkıdaki enzimatik değişiklikler iritan kontakt dermatite yol açar. Atopik bebeklerde de alerjik deri belirtileri genellikle 3. aydan sonra görülür. Kandidiasis, seboreik dermatit, psoriasis, akrodermatitis enteropatika ve Langerhans hücreli histiositozis diaper bölgesi dermatitlerinin ayırıcı tanısında düşünülmelidir^{17,18} (Tablo 1).

Yenidoğanın Gelişimsel Anomalileri

Spinal Disrafizm: Sakral gamzelerin olağan dışı belirgin olması ve sakral tüylenme, kuyruk benzeri yapı (Faun tail) dikkati çekmeli ve orta hatta kısmen veya tam olarak kemik birleşiminin eksikliği düşünülmelidir. Ağır nörolojik sekeller olabileceği için erken tanı ve görüntüleme yöntemleri ile spinal kord anomalileri araştırılmalıdır.

Epidermolizis, büllöza grubu mekanobülloz hastalıklar, keratinizasyon bozuklukları ve vasküler tümörler (hemanjiomlar) ve malformasyonlar, saç, tırnak ve deri eklerine ait doğumsal bozukluklar da yenidoğan döneminde gözden kaçırılmaması gereken hastalıklar için erken ipucu olabilir^{17,18}.

Yenidoğanların doğum odasında rutin pediatrik değerlendirmesi yapılırken deri mukozalar ve deri eklerinin muayenesi ihmal edilmemeli ve yaşamın ilk bir ayında ortaya çıkması olası fizyolojik bulgularla hastalık bulgularının ayırıcı tanısı dikkatle yapılmalıdır.

Kaynaklar

1. Paller A, Mancini AJ: Hurwitz Clinical Pediatric Dermatology. Third Ed. Elsevier 2006; 17-48.
2. Ferahbaş A, Utaş S, Akçakuş M, et al: Prevalence of cutaneous findings in hospitalized neonates: a prospective observational study. Pediatr Dermatol 2009; 26:139-42.
3. Gökdemir G, Erdoğan AK, Köslü A, Baksu B: Cutaneous lesions in Turkish neonates born in a teaching hospital. Indian J Dermatol Venereol Leprol 2009; 75:638.
4. Gupta P, Faridi MM, Batra M: Physiological skin manifestations in twins: association with maternal and neonatal factors. Pediatr Dermatol 2011; 28:387-92.
5. Tang J, Bergman J, Lam JM: Harlequin colour change: unilateral erythema in newborn. CMAJ 2010; 182:801.
6. Levy R, Lam JM: Cutis marmorata telangiectatica congenita: a mimicker of a common disorder. CMAJ 2011; 183:249-51.

Tablo 1. Diaper bölgesi dermatitleri	
Hastalık	Tutulmuş alan ve klinik
İrritan Kontakt Dermatit	Konveks alanlar, vulva, perine
Kandidiasis	Kenarlarda satellit lezyonlar
Seboreik Dermatit	Somon rengi plaklar, yağlı skuamalar
Psoriasis	Keskin sınırlı, canlı kırmızı, sedefi skuam
İntertrigo	Kıvrımlarda sulantılı kırmızı nemli plak
Akrodermatitis enteropatika	Perioral, diaper alan, diare, alopesi
Langerhans hücreli histiositoz	Sarımsı-kahverengi papüller, erozyonlar

7. Gupta N, Sharma MC, Ramam M, Kabra M: Familial progressive hypermelanosis in Indian monozygotic twins. *Pediatr Dermatol* 2011; 28:62-5.
8. Zagne V, Fernandes NC: Dermatoses in the first 72 h of life: a clinical and statistical survey. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2011; 77:470-6.
9. Mahajan VK, Sharma NL: Erythema toxicum neonatorum. *Indian Pediatr* 2010; 47:793.
10. Chia PS, Leung C, Hsu YL, Lo Cy: An infant with transient neonatal pustular melanosis presenting as pustules. *Pediatr Neonatal* 2010; 51:356-8.
11. Podjasek JO, Hand JL: Marie-Unna hereditary hypotrichosis. A case report and review of the literature. *Pediatr Dermatol* 2011; 28:202-4.
12. Köse O, Koc E, Arca E: Adapalane gel 0.1% in the treatment of infantile acne: an open clinical study. *Ped Dermatol* 2008; 25:383-6.
13. Zhou W, Wisenhal A, Carr V, et al: A firm plaque on the back of a newborn. *Dermatol Online J* 2010; 16:11.
14. Sekar KC: Iatrogenic complications in the neonatal intensive care unit. *J Perinatol* 2010; 30:51-6.
15. Wolfert SJ, Jong EP, Vossen AC, et al: Diagnostic and therapeutic management for suspected neonatal herpes simplex virus infection. *J Clin Virol* 2011; 51:8-11.
16. Jones CA, Walker KS, Badawi N: Antiviral agents for treatment of herpes simplex virus in neonates. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; CD004206.
17. Campbell JM, Banta-Wright SA: Neonatal skin disorders: a review of selected dermatologic abnormalities. *J Perinatal Neonatal Nurs* 2000; 14:63-83.
18. O'Connor NR, McLaughlin MR, Ham P: Newborn skin: Part 1. Common rashes. *Am Fam Physician* 2008; 77:47-52.