

81 Molluskum Kontagiozumlu Çocuk Hastanın Klinik ve Demografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Evaluation of Clinical and Demographic Characteristics of 81 Children Patients with Molluscum Contagiosum

Fadime Kılınç¹, Ayşe Akbaş², Halil İbrahim Yakut³, Ahmet Metin⁴

¹Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Ankara, Türkiye
E-mail: fykilinc@yahoo.com

²Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Ankara, Türkiye
E-mail: ayseakbas62@gmail.com

³Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara, Türkiye
E-mail: dribrahimyakut@gmail.com

⁴Ahmet Metin, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Dermatoloji, Ankara, Türkiye
E-mail: ahmetin@gmail.com

Yazışma Adresi: Fadime Kılınç
Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Dermatoloji Kliniği, Ankara, Türkiye
Tel: +90 (312) 2171709 -05056842806
Faks: +90 (312) 2912705
E-mail: fykilinc@yahoo.com

Geliş Tarihi / Received: 10.07.2017,
Kabul Tarihi / Accepted: 20.09.2017
DOI: 10.5799/ahinjs.04.2017.01.006

ÖZET

Amaç: Molluskum kontagiozum (MK); etkeni Pox virus ailesinden MK virus olan, derinin yaygın görülen bir viral enfeksiyonudur. Çalışmadaki amacımız; çocuk hastalardaki MK enfeksiyonunun klinik ve demografik özelliklerini belirlemek ve böylece bulaşı engellemede alınacak önlemler için yol gösterici olmaktır.

Hastalar ve Yöntemler: Çalışmaya 81 molluskum kontagiozumlu çocuk hasta dahil edildi. Hastaların yaşı, cinsiyeti, lezyonların sayısı ve lokalizasyonu, semptomların varlığı, aile ve atopi öyküsü, yaşadığı yer, sosyoekonomik durum ve eşlik eden hastalıklar kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya alınan 81 hastanın yaş ortancası 4 yıl (min-maks:0.5-15), hastalık süresi ortancası 3 ay (min-maks:0.1-36) olarak hesaplandı. Hastaların %45,7'si (n=37) erkek idi. Beş hastada (%6,2) atopi öyküsü, 2 hastada (%2,5) aile öyküsü, 8 hastada (%9,9) sistemik hastalık olduğu saptandı. 26 hastada (%32) birden fazla anatomik bölge tutulmuştu. En sık yerleşim yeri yüz idi (%59,3). 11(%13,5) hastamızda inflame MK lezyonları mevcuttu. Cinsiyet ayrımı gözlenmeyen çocuk molluskum kontagiozumlu hastalarımızda pik yaşı 4 idi, %60,5' i 5 yaş altındaydı. İmmüsuprese hastalarda hastalık süresi kısa, lezyon sayısı fazla ve birden fazla lokalizasyon mevcuttu.

Sonuç: Molluskum kontagiozumun klinik özelliklerinin iyi bilinmesi erken tanıya olanak sağlayarak bulaşı önlemede etkili olabilecek önlemlerin alınmasında yol gösterici olabilir.

Anahtar Kelimeler: çocuk, klinik bulgular, molluskum kontagiozum

ABSTRACT

Objective: Molluscum contagiosum (MC) is a common viral infection of the skin caused by Molluscum contagiosum virus from the family of Poxviridae. Our aim is to determine the clinical and demographic characteristics of MC infection in pediatric patients.

Patients and Methods: 81 children with MC were included in the study. The patients' age, sex, number and localization of lesions, presence of symptoms, family and atopy history, place of residence, socioeconomic status and accompanying diseases were recorded.

Results: The median age of the 81 patients was 4 years (min-max: 0.5-15) and the median disease duration was 3 months (min-max: 0.1-36). 45.7% (n = 37) of the patients were male. Atopy history was found in 5 patients (6.2%), family history in 2 patients (2.5%) and systemic disease in 8 patients (9.9%). More than one anatomic site were involved in 26 patients (32%). The most frequent site was the face (59.3%). Eleven (13.5%) patients had inflammatory MK lesions. There was no gender discrimination in our children with MK patients, the peak age of the patients was 4 and 60.5% were under 5 years of age. Immunosuppressed patients had a short disease duration, more lesions and more than one localization.

Conclusion: A good knowledge of the clinical features of the disease may be a guide in taking precautions that may be effective in preventing contagion.

Key Words: child, clinical findings, molluscum contagiosum

GİRİŞ

Molluskum kontagiozum (MK); etkeni Pox virus ailesinden MK virus olan, derinin yaygın görülen bir viral enfeksiyonudur. Genellikle sağlıklı çocuklarda görülmesine rağmen, seksüel aktif erişkinlerde ve immunsuprese bireylerde de ortaya çıkabilir [1-3]. Klinik görünümü oldukça tipiktir: Şeffaf ya da deri rengi, ortası çökük, kubbe şeklinde tek ya da multipl papül ya da nodüllerle karakterizedir [1]. Çoğunlukla asemptomatiktir, kaşıntı, eritem, bakteriyel süperenfeksiyona bağlı ağrı görülebilir. Anksiyete ve sosyal problem oluşturup yaşam kalitesini etkileyebilir [2,5].

Dört alt tipi tanımlanan MK virusü epidermotropiktir, hücrelerin stoplazmasında çoğalır. Subtip 1 vakaların %76-97' sinden, özellikle çocukların enfeksiyonundan sorumludur. Subtip 2 daha çok HIV + ve yaşlılardaki enfeksiyonlardan sorumlu iken, Subtip 3 ve 4 çok nadirdir [1,3,5].

Hastalık direkt temas, otoinokülasyon ya da banyo havlusu, süngeri gibi ortak kullanılan kişisel eşyalarla bulaşır. Yüzme havuzu, hamam, güzellik salonları da bulaşta önemlidir. Dövme gibi nedenlerle travmatik otoinokülasyon olabilir. Erişkinde ise bulaş yolu özellikle cinsel kontakttır. İnkubasyon periyodu 2-8 haftadan bir yıla kadar uzayabilir [3,6-8].

Tanı klinik olarak konur, gerekliyse biyopsi ile doğrulanır. Tzanck smear, elektron mikroskopi ve polimeraz zincir reaksiyonundan (PCR) da tanıda faydalanılır [6,7].

Dünyada genel popülasyonda insidansı %2-8 olarak, HIV + hastalarda %5-20 olarak bildirilmektedir [9].

MK çocuklarda sık görülmesine rağmen bu konudaki veriler oldukça sınırlıdır. MK insidansı ve kliniği ülkeden ülkeye, kıtadan kıtaya farklılık gösterebilir, bölgesel varyasyonlar olabilir. Ülkemiz ile ilgili literatürde yeterli veri bulunmadığından, bu çalışma ile MK tanısı alan çocukların temel klinik ve demografik özelliklerinin prospektif olarak araştırılması amaçlandı.

HASTALAR VE YÖNTEMLER

Çalışma iyi klinik uygulamalar ve Helsinki Bildirgesine uygun olarak gerçekleştirildi. Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi etik kurulundan onay alındı. Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi dermatoloji polikliniğine başvuran, klinik olarak MK tanısı almış 81 çocuk hasta çalışmamıza dahil edildi. Çocukların ailelerinden bilgilendirilmiş onam alındı. Hastaların yaşı, cinsiyeti, lezyonların sayısı ve lokalizasyonu, semptomların varlığı, aile ve atopi öyküsü, yaşadığı yer, sosyoekonomik durum ve eşlik eden hastalıklar kaydedildi.

İstatistiksel Analiz

Yaş ve hastalık süresinin dağılımı Shapiro-Wilk testi ve normallik grafikleri ile incelendi. İki sürekli değişken de ortanca

(min-maks) ile ifade edildi. Cinsiyet, öğrenim durumu, aile öyküsü vb. kategorik değişkenler sayı (%) ile gösterildi. Bazı demografik ve klinik özelliklere göre lezyon sayısı ki-kare testleri, hastalık süresi Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testleri ile incelendi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edildi. İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) programı kullanıldı.

Tablo 1. Hastaların demografik özellikleri.

	Ortanca n	Min-maks %
Yaş ¹ (yıl)	4	0.5-15
Cinsiyet (e)	37	45.7
Öğrenim durumu ²		
Kreş	1	2.9
Anaokulu	8	22.9
İlkokul	21	60.0
Ortaokul	2	5.7
Lise	3	8.6
Ailenin sosyoekonomik durum		
İyi	7	8.6
Orta	41	50.6
Kötü	33	40.7
Hastalık süresi (ay)	3	0.1-36.0
Kaşıntı	0	0.0
Atopi öyküsü	5	6.2
Aile öyküsü	2	2.5
Sistemik hastalık	8	9.9
Lokalizasyon		
Yüz	48	59.3
Kol	17	20.9
Bacak	15	18.5
Gövde	40	49.4
Genital bölge	1	1.2
El	1	1.2
Yaşadığı yer		
Kırsal	4	4.9
Kent	45	55.6
Varoş	32	39.5
Lezyon sayısı ¹		
1-5	29	36.3
5-10	32	40.0
10-50	19	23.7

¹n=80; ²n=35

BULGULAR

Çalışmaya alınan 81 hastanın yaş ortancası 4 yıl (min-maks:0.5-15), hastalık süresi ortancası 3 ay (min-maks:0.1-36) olarak hesaplandı. Hastaların %45,7'si (n=37) erkek idi. 5 hastada (%6,2) atopi öyküsü, 2 hastada (%2,5) aile öyküsü, 8 hastada (%9,9) sistemik hastalık (3 Akut Lenfoblastik Lösemi (ALL), 2 astım, 1 glomerülonefrit, 1 Atrial Septal Defekt, 1 talasemi) olduğu belirlendi (Tablo 1). ALL'li immunsuprese hastalarda

lezyonlar birden fazla bölgede lokalize idi, sayıları da 10-50 arası idi. En fazla başvurunun olduğu ay Aralık ayı idi.

Hiçbir hastada yüzme havuzuna, hamama gitme öyküsü yoktu. İki hastada aile öyküsü mevcuttu. Kreşe giden bir çocukta arkadaşlarında da aynı şikayetlerin olduğu öğrenildi. 26 hastada (%32) birden fazla anatomik bölge tutulmuştu. En sık yerleşim yeri yüz idi. 11(%13,5) hastamızda inflame MK lezyonları mevcuttu.

Tablo 2. Lezyon sayısının karşılaştırılması.

	Lezyon sayısı (%)			χ^2	p
	1-5	5-10	10-50		
Cinsiyet				0.645	0.706
Erkek	13 (36.1)	13 (36.1)	10 (27.8)		
Kadın	16 (36.4)	19 (43.2)	9 (20.4)		
Sosyoekonomik durum				1.113	0.892
İyi	2 (33.3)	2 (33.3)	2 (33.3)		
Orta	14 (34.1)	16 (39.0)	11 (26.8)		
Kötü	13 (39.4)	14 (42.4)	6 (18.2)		
Yaşadığı yer				5.935	0.051
Kırsal-varoş	16 (44.4)	16 (44.4)	4 (11.2)		
Kent	13 (29.5)	16 (36.4)	15 (34.1)		
				2.264	0.322
Atopi öyküsü				0.053	0.974
Var	2 (40.0)	2 (40.0)	1 (20.0)		
Yok	27 (36.0)	30 (40.0)	18 (24.0)		
Sistemik hastalık				2.938	0.230
Var	2 (25.0)	2 (25.0)	4 (50.0)		
Yok	27 (37.5)	30 (41.7)	15 (20.8)		

Tablo 3. Hastalık süresinin karşılaştırılması.

	Hastalık süresi (ay)	P
	Ortanca (min-maks)	
Cinsiyet		0.467
Erkek	3 (0.10-24)	
Kadın	4 (0.10-36)	
Sosyoekonomik durum		0.366
İyi	3 (0.50-8)	
Orta	4 (0.10-36)	
Kötü	2 (0.10-12)	
Yaşadığı yer		0.893
Kırsal-varoş	2.5 (0.5-36)	
Kent	4 (0.10-36)	
Atopi öyküsü		0.977
Var	4 (1-6)	
Yok	3 (0.10-36)	
Sistemik hastalık		0.010
Var	1 (0.5-6)	
Yok	4 (0.1-36)	

Erkeklerin %36,1'inde (n=13) ve kadınların %36,4'ünde (n=16) lezyon sayısının 1-5 olduğu belirlendi. Cinsiyete göre lezyon sayısının dağılımı benzerdi (p=0,706). Kırsal-varoş bölgede yaşayanların %44,4'ünde (n=16), kentsel bölgede yaşayanların %29,5'inde (n=13) lezyon sayısı 1-5, kırsal-varoş bölgede yaşayanların %11,2'sinde (n=4) ve kentsel bölgede yaşayanların %34,1'inde (n=15) lezyon sayısı 10-50 idi. Ancak dağılımlar arasındaki fark sınırda anlamsızdı (p=0,051). Diğer demografik ve klinik özelliklerde lezyon sayısı dağılımı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmedi (p>0,05) (Tablo 2).

Hastalık süresi ortancası erkeklerde 3 ay (min-maks: 0,1-24), kadınlarda 4 ay (min-maks:0,1-36) olarak hesaplandı. Cinsiyete göre hastalık süresinin anlamlı düzeyde fark göstermediği belirlendi (p=0,467). Sosyoekonomik durum, yaşanan yer, atopi öyküsüne göre hastalık süresinin benzer olduğu tespit edildi (p>0,05). Sistemik hastalığı olanların hastalık süresi ortancası 1 ay (min-maks:0.5-6) olarak elde edildi; sistemik hastalığı olmayan hastalara göre hastalık süresinin daha kısa olduğu görüldü (p=0,010) (Tablo 3).

TARTIŞMA

MK çocuklarda sık rastlanılan bir deri enfeksiyonu olmasına rağmen, hastalığın klinik ve epidemiyolojik özelliklerini inceleyen az sayıda çalışma vardır. Bu çalışmalarda da popülasyon özellikleri ve metodolojik farklılıklar bulunmakta ve birbiriyle karşılaştırılmasına olanak vermemektedir [10]. Ülkemizde özellikle MK' lı çocukların klinik ve demografik özelliklerini inceleyen araştırma bulunmamaktadır. Saral ve Görgülü'nün yaptığı araştırmalar hem çocukları hem de erişkinleri kapsamaktadır [11,12].

Kliniğimize başvuran MK tanısı almış 81 çocuk hastayı klinik ve demografik özellikler açısından değerlendirdik. MK tanısı alan tüm çocuklar çalışmaya dahil edildi. Bu çocukların yaşı 6 ay- 15 yaş arasında değişmekteydi. Hastaların %60,5' i 5 yaş altındaydı. Pik yaşı 4 idi. 12 yaş üzerinde ise sadece 4 (%4,9) hasta mevcuttu. Saral 1-18 yaş arasındaki 41 çocuk hasta da MK'nın en sık görüldüğü yaşı 1-6 yaş olarak bildirirken, Görgülü araştırmasında 1-66 yaşları arasındaki 114 MK' lı hasta arasında, 0-9 yaş arası çocuklarda görülme oranını %29,8 olarak bildirmiştir [11,12].

MK'nın 0-16 yaş arası çocuklarda prevalansı %5,1- 11,5 arasında bildirilmiştir [4]. Tropikal iklim, kültürel farklılıklar, alışkanlıklar insidansın ve pik yaşının farklı olmasına katkı sağlar, kalabalık, kötü hijyen ve fakirlikte de insidans artar [9,13,14]. Okul çağındaki çocuklarda daha siktir. Tropikal iklimlerde hijyen problemi nedeniyle çocuklarda prevalansı %20 lere kadar ulaşmaktadır [15]. Ancak ılıman iklimlerde de insidansı yüksektir [14]. İngiltere ve Galler' de 1-4 yaş arası çocuklarda yıllık insidansı %0,15-0,17 olarak bulunmuş, Kuzey Amerikalı Hintlilerde de aynı yaş grubunda oran %0,10 olarak kaydedilmiştir. En yüksek prevalans İsrail'de %34 olarak bildirilmiştir. Yeni Gine' de %22 ile ikinci sıradadır. En düşük prevalans ise okul çağı çocuklarında Romanya 'dan rapor edilmiştir [2]. Bu 3 çalışmada da yaş grupları ve demografik özellikler farklıdır.

Amerika da ise prevalansın %5 ten az olduğu tahmin edilmektedir. Avustralya'da yapılan MK virus antikorlarının değerlendirildiği bir çalışma, hastalığın subklinik olarak ta insidansının yüksek olduğunu göstermiştir [6].

MK bir çocukluk hastalığı olarak düşünülebilir. Gelişmiş ülkelerde okul çağı çocuklarında pik yapar, gelişmekte olan ülkelerde ise pik yaşı 5 yaşın altındadır. Bir yaşın altındaki çocuklarda ise aneden geçen maternal antikorlar nedeniyle oldukça nadirdir [14]. Bizim bir yaş altında 5 hastamız mevcuttu. Osio, Fransa'da 15 yaş altı 661 çocuk hastada ortalama yaşı 6 olarak [16], Başdağ ve ark. 1-15 yaş arası 170 hastada median yaşı 5 olarak bulmuşlardır [4].

Yeni Gine de pik 2 yaşın altındadır [14]. Pik İskoçya'da 6-10 yaş, Japonya'da 8 yaş olarak bildirilmiştir [13].

Çocuklarda yüz, gövde ve ekstremiteler tutulumu daha sık iken, erişkinlerde genital bölge daha fazla etkilenir ve cinsel

yolla bulaşan hastalık olarak kabul edilir. Çocuklarda %10-50 oranında görülebilen genital bölge tutulumu daha çok otoinokülasyon nedeniyledir, ancak çocuk istismarını atlamamak gerekir [2,3,15,17]. Saral genital bölge tutulumunu %9 olarak bildirmiştir [11]. Bizim sadece bir (%1,2) olgumuzda genital bölge tutulumu vardı, lezyon sayısı azdı. Çocuk istismarı da araştırıldı. İmmüsuprese erişkinlerde ve HIV+ lerde ekstrasgenital tutulum olabilir [3,5,9]. HIV+lerde atipik lezyonlarda siktir [5]. Bizim hastalarımızda daha çok yüz tutulumu mevcuttu (%59,3). Bu da açıkta kalan bölgelerin enfeksiyon için risk oluşturduğunu ve deri deri temasında önemli olduğunu düşündürmektedir. Yine ülkemizde Saral çocuklarda baş boyun bölgesinin en çok tutulan bölge olduğunu belirtmiştir [11]. Dohil, Başdağ ve Maria Bandeira çalışmalarında gövde, Braue ve Berger ise ekstremiteler tutulumunu daha fazla bulmuşlardır [4,6,10,14,18]. Bir çalışmada kızlarda daha fazla görüldüğü söylenmesine karşın, daha çok erkek hakimiyetinin olduğu söylenmektedir [1-3]. Biz, Koning ve Başdağ gibi çocuklarda cinsiyet ayrımı gözlemedik.

Yakın fiziksel kontakt gerektiren aktivite ve sporlar, yüzme havuzu, ortak banyo ve kişisel eşya kullanımı hastalığın ortaya çıkmasına ve yayılmasına katkıda bulunan risk faktörleridir [1,2,4,15]. Hastalığın kalıcılığı ve disseminasyonundan immunitedeki değişiklikler sorumlu olabilir [10]. Yüzücülerde riskin 2 kat arttığı belirtilmektedir [2]. İsrail'de yapılan çalışmada ise yüzme havuzunun bulaşta etkisinin olmadığı bildirilmiştir [19].

MK lı çocuk hastalarda atopik ekzema daha siktir [20]. Atopik ekzemalı (AE) hastalarda da MK prevalansının daha fazla olduğu bildirilmiştir. Bunun da AE li hastalarda T helper 1 hücrelerinin relatif supresyonu ile hücrel immunitedeki değişikliklere bağlı olduğu düşünülmektedir [6,10]. Maria Bandeira ve ark. AE li çocuklarda MK prevalansını %18,2, MK lı çocuklarda AE prevalansını ise %33,6 olarak bulmuşlardır. Ancak AE olmayanlarda da hastalığın görülme sıklığının benzer olduğunu söylemişlerdir [10]. MK lı çocuklarda AE varlığı normalde %5 olarak bildirilmesine karşın, Yunanistan'da %18,2, Kuzey Amerika'da %24, Fransa'da %43 olarak rapor edilmiş, Brezilya'da arada ilişki saptanmamıştır [2]. Slovenya'da bu oran %30 olarak bildirilmiştir [3]. Bizim MK lı hastalarımızda ise AE sıklığı %6,2 idi. AE lilerde birden fazla tutulum bölgesinin görüldüğü, lezyon sayısının da daha fazla olduğu bildirilmiştir [6,10].

AE gibi, konjenital ya da akkiz immün yetmezlik durumları da MK enfeksiyonuna predispozisyon hazırlar, immüsuprese çocuklarda 2-11 yaş arası daha siktir, akkiz immün yetmezlik sendromu (AİDS) ve lösemi gibi durumlarda daha yaygın olmaya meyillidir [15]. Bizim MK lı hastalarımızın 3'ü ALL idi. Lezyon sayısı daha fazla ve birden fazla anatomik bölgeyi tutmuştu. Yaşları ise 4,6 ve 8 idi. Bu hastalarda lezyonlardan temizlenme de zordur. Spontan rezolüsyonu 2-4 yıl sürebilir [15].

Yakın temasta olduğu kişilerde MK olma oranı, %40 olarak bildirilmesine rağmen biz sadece 2 olgumuzda aile öyküsü, bir olguda da kreşteki arkadaşlarında hastalık öyküsü saptadık.

Dohil olgularının yarısında (%50) [6], Basdağ %41,8'inde [4], Berger % 69.4'ünde [18], biz ise 26 hastada (%32) birden fazla anatomik bölge tutulumu saptadık. Çoklu bölge tutulumu AE li hastalarımızda rastlanmamakla birlikte, ALL li hastalarda gözlemlendi. İmmünsuprese çocuklarda yüz tutulumu da siktir [5]. Bizim ALL li hastalarımızdan sadece birinde yüz tutulumu vardı.

Sistemik hastalığı olanların hastalık süresi ortancası 1 ay (min-maks:0.5-6) olarak elde edildi; sistemik hastalığı olmayan hastalara göre hastalık süresinin daha kısa olduğu görüldü (p=0.010). Bu durum ciddi hastalığı olanlarda ailelerin endişesinin daha fazla olduğu ve doktora başvuru süresinin daha erken olduğunu düşündürdü.

MK ile birlikte birkaç tip inflamatuvar lezyon görülebilir. Bunlar lezyon çevresinde eritem ve ödemin izlendiği, bazen püstül ve fluktuant lezyonları da içeren İnflame MK lezyonları, MK lezyonları etrafında ekzematöz dermatitin izlendiği molluskum dermatiti, çok sayıda monomorf, ödematöz eritemli papül ve papulonodüler veziküller lezyonlarla karakterize Gianotti Crosti sendromu benzeri reaksiyondur. Berger yaşları 0,5-17 arasında değişen 696 hastalık çalışmasında MK dermatitini %38,8, inflame MK lezyonlarını %22,3, Gianotti Crosti sendromu benzeri reaksiyonu %4,9 olarak bildirmişler, sadece 2 hasta da da unilateral laterotorasik ekzantem benzeri erüpsiyon tanımlamışlardır [18]. Biz sadece inflame MK lezyonlarına (%13,5) rastladık. AE' li MK olgularında da lezyon etrafında eritem, ekzema görülebilir. MK lezyonları etrafındaki ekzema kaşıma nedeniyle otoinokülasyona neden olur [15].

Genellikle kendi kendini sınırlar, birkaç ay ya da yılda spontan düzeler [3]. Doğal iyileşmeye bırakılması tavsiye edilmekle birlikte, tedavi bulaşın ve otoinokülasyonun önlenmesinde etkilidir [2]. Topikal olarak kantaridin, podofilotoksin, imikimod, potasyum hidroksit, salisilik asit, retinoik asit, fenol, %40 gümüş nitrat, %70 trikloroasetik asit kullanılabilir. İntralezyonel olarak kandida antijeni uygulanabilir. Pulse dye lazer ile başarılı sonuçlar bildirilmiştir. Sistemik olarak oral simetidin kullanılabilir [1,3]. En çok uygulanan iki yöntem küretaj ve kriyoterapidir. Biz hastalarımıza küretaj, kriyoterapi, %10 potasyum hidroksit uyguladık.

Bu çalışmada MK enfeksiyonunun çocuklardaki klinik ve demografik özellikleri incelenmiştir. Sonuç olarak cinsiyet ayrımı gözlenmedi. %60,5' i 5 yaş altındaydı, pik yaşı 4 idi. En sık yerleştiği bölge yüzdü. İmmünsuprese hastalarda hastalık süresi kısa, lezyon sayısı fazla ve birden fazla lokalizasyon mevcuttu. AE oranı %6,2 idi. MK'nın klinik özelliklerinin iyi bilinmesi bulaş önlemede etkili olabilecek önlemlerin alınmasında yol gösterici olabilir.

Declaration of Conflicting Interests: The authors declare that they have no conflict of interest.

Financial Disclosure: No financial support was received.

Çıkar Çatışması Beyanı: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını bildirmişlerdir.

Finansal Destek: Bu çalışma herhangi bir fon tarafından desteklenmemiştir.

KAYNAKLAR

1. Yorulmaz A, Metin A, Doğan S. Molluskum Kontagiozum. Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics. 2014;7:67-74.
2. Olsen JR, Gallacher J, Piguët V, Francis NA. Epidemiology of molluscum contagiosum in children: a systematic review. Fam Pract. 2014;31:130-136.
3. Trčko K, Poljak M, Krizmaric M, Mišković J. Clinical and Demographic Characteristics of Patients with Molluscum Contagiosum Treated at the University Dermatology Clinic Maribor in a 5 year period. Acta Dermatovenereol Croat. 2016;24:130-136.
4. Basdağ H, Rainer BM, Cohen BA. Molluscum contagiosum: to treat or not to treat? Experience with 170 children in an outpatient clinic setting in the northeastern United States. Pediatr Dermatol. 2015;32:353-7.
5. Husar K, Skerlev M. Molluscum Contagiosum from Infancy to Maturity. Clin Dermatol. 2002;20:170-172.
6. Dohil MA, Lin P, Lee J, Lucky AW, Paller AS, Eichenfield LF. The epidemiology of molluscum contagiosum in children. J Am Acad Dermatol. 2006;54:47-54.
7. Karadağ AS, Akdeniz N, Çalka Ö, Bilgili SG, Demircan YT. Bir bebekte genital molluskum kontagiozum. Anatol J Clin Invest. 2012;6:150-152.
8. Nandhini G, Rajkumar K, Kanth KS, Nataraj P, Ananthakrishnan P, Arunachalam M. Molluscum Contagiosum in a 12 year old child report of a case and review of literature. J Int Oral Health. 2015;7: 63-66.
9. Laxmisha C, Thappa DM, Jaisankar TJ. Clinical profile of Molluscum Contagiosum children versus adults. Dermatol Online J. 2003;9: 1.
10. Seize MB, Ianhez M, Cestari Sda C. A study of the correlation between molluscum contagiosum and atopic dermatitis in children. An Bras Dermatol. 2011; 86: 663-8.
11. Saral Y. Poliklinikte izlenen molluskum kontagiozum olgularının klinik ve epidemiyolojik özellikleri. Fırat Tıp dergisi. 2002;7:1.
12. Görgülü A. Eşler Arasında Molluskum Kontagiozum Görülme Sıklığı. Türkiye Klinikleri J Dermatol. 1998;8:77-80.
13. Koning S, Bruijnzeels MA, van Suijlekom-Smit LW, van der Wouden JC. Molluscum contagiosum in Dutch general practice. Br J Gen Pract. 1994;44:417-9.
14. Braue A, Ross G, Varigos G, Kelly H. Epidemiology and impact of childhood molluscum contagiosum: a case series and critical review of the literature. Pediatr Dermatol. 2005; 22: 287-94.
15. Brown J, Janniger CK, Schwartz RA, Silverberg NB. Childhood molluscum contagiosum. Int J Dermatol. 2006; 45: 93-9.
16. Osio A, Deslandes E, Saada V, Morel P, Guibal F. Clinical characteristics of molluscum contagiosum in children in a private dermatology practice in the greater Paris area, France: a prospective study in 661 patients. Dermatology. 2011; 222: 314-20.
17. Smith KJ, Yeager J, Skelton H. Molluscum contagiosum: its clinical, histopathologic, and immunohistochemical spectrum. Int J Dermatol. 1999;38(9):664-72.

18. Berger EM, Orlov SJ, Patel RR, Schaffer JV. Experience with *Molluscum contagiosum* and associated inflammatory reactions in a pediatric dermatology practice: The bump that rashes. Arch Dermatol. 2012;148:1257-64.
19. Oren B, Wende SO. An outbreak of molluscum contagiosum in a kibbutz. Infection. 1991; 19: 159-61.
20. Olsen JR, Piguet V, Gallacher J, Francis NA. Molluscum contagiosum and associations with atopic eczema in children: a retrospective longitudinal study in primary care. Br J Gen Pract. 2016;66:53-8.