



Seval Karasatı,
Arzu Karataş Toğral,
Özlem Özkaya
Akoğuz,
Meral Ekşioğlu

Üçüncü Basamak Bir Sağlık Kuruluşunda 1 Yıl İçinde Pitiriazis Rozea Tanısı Alan Hastaların Demografik ve Klinik Özellikleri

Demographical and Clinical Characteristics of Patients with Pityriasis Rosea in 1 Year in A Tertiary Care Hospital

Özet

Amaç: Pitiriazis rozea bilinmeyen etyolojisi, farklı klinik görünüşleri ve farklı tanı ve tedavi seçenekleri ile ilgi çeken bir hastalık olmaya devam etmektedir. Bu çalışmada pitiriazis rozealı hastaların klinik ve epidemiyolojik özellikleri değerlendirildi.

Yöntemler: Haziran 2011-Haziran 2012 tarihleri arasında pitiriazis rozea tanısı alan 70 hastanın demografik özellikleri ile hastalıkla ilişkili çevresel ve kişisel faktörler, hastalığın klinik özellikleri ve seyri prospektif olarak incelendi.

Bulgular: Çalışma grubundaki 70 hastanın (41 kadın, 29 erkek) yaş ortalaması $25,9 \pm 15,26$ (2-69) yıl idi. Hastalığın en sık görüldüğü mevsimler kış (%37,1) ve sonbahar (%27,2) olarak saptandı. Prodromal semptom öyküsü olan hastaların (n=28) en sık bildirdiği semptom halsizlik (%64,3) idi. Öncü plak 44 hastada (%62,9) gözlemlendi ve en sık yerleşim yeri boyun (%22,7) olarak tespit edildi. En sık bildirilen şikayet 41 hastada tespit edilen kaşıntıydı. On bir hasta atipik pitiriazis rozea tanısı aldı. Daha önce bildirilmemiş bir boyuna lokalize pitiriazis rozea olgusu ile dış kulak yolunda ikincil lezyonların görüldüğü bir olgu gözlemlendi. Hastalığın dermatoloji hastaları arasında görülme sıklığı 1/1000 olarak tespit edildi.

Sonuç: Çalışmanın demografik sonuçları daha önce Türkiye'de yapılan çalışmalarda bildirilen sonuçlar ile uyumlu bulundu.

Anahtar kelimeler: Pitiriazis rozea, papüloskuamöz, deri hastalıkları, demografik özellikler, klinik özellikler, atipik pitiriazis rozea

Çıkar Çatışması: Yazarlar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir.

Abstract

Objective: Pityriasis rosea is a disease still taking interest with its unknown etiology, different clinical aspects and diagnosis and treatment alternatives. The clinical and demographical characteristics of the patients with pityriasis rosea were investigated in this study.

Methods: A total of 70 patients, who were diagnosed as pityriasis rosea, between June 2011 and June 2012 were evaluated. The patients were examined prospectively in terms of their demographical characteristics, related environmental and personal factors, clinical characteristics and course of the disease.

Results: The mean age of 70 patients (41 females, 29 males) was $25,9 \pm 15,26$ (2-69) years. Seasons in which the disease is seen most frequently were winter (37.1%) and autumn (27.2%). The most common symptom was fatigue (64.3%) in patients who had prodromal symptoms (n=28). Primary plaque was determined in 44 cases (58.6%) and the most frequent localization was neck (22.7%). The most frequent symptom was pruritus and it was present in 41 patients. Eleven patients were diagnosed as atypical pityriasis rosea. One patient demonstrated unusual presentation of pityriasis rosea with localization to neck, and another one with secondary lesions on external ear tunnel which has not been described previously. Pityriasis rosea frequency in dermatology outpatients was 1/1000.

Conclusion: The demographical results of this study were consistent with the results of the previously reported studies in Turkey.

Key words: Pityriasis rosea, papulosquamous, skin disorders, demographical characteristics, epidemiological characteristics, atypical pityriasis rosea

Conflicts of Interest: The authors reported no conflict of interest related to this article.

Ankara Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, Deri ve Zührevi
Hastalıklar Kliniği,
Ankara, Türkiye

Yazışma Adresi/ Correspondence:

Seval Karasatı,
Ankara Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, Deri ve Zührevi
Hastalıklar Kliniği, Ankara, Türkiye
Tel.: +90 474 212 56 68
E-posta: boyrazseval@hotmail.com
Geliş Tarihi/Submitted: 18.08.2014
Kabul Tarihi/Accepted: 28.10.2014

**Bu makale, 13-17 Kasım
2013 tarihlerinde Ankara'da
gerçekleşen XXI. Prof. Dr. A. Lütfü
Tat Sempozyumu'nda poster
olarak sunulmuştur.
Pitiriazis rozeanın klinik özellikleri
ve epidemiyolojisi**

@Telif Hakkı 2015 Türk Dermatoloji
Derneği Makale metnine www.
turkdermatolojidergisi.com web
sayfasından ulaşılabilir.

@Copyright 2015 by Turkish Society
of Dermatology - Available on-line
at www.turkdermatolojidergisi.com

Giriş

Pitiriazis rozea (PR) genellikle öncü plak oluşumunu takiben gövde ve ekstremitelerde oval, eritemli, skuamli lezyonlarla ortaya çıkan, akut, kendiliğinden iyileşen, %0,3-3 insidanslı bir hastalıktır (1,2). Hastalığın, inokülasyon bölgesinde öncü bir plakla başlaması ve bunu daha yaygın ikincil döküntünün izlemesi, sonra da kendiliğinden iyileşmesi enfeksiyöz etyolojiye desteklemesine karşın kesin bir etyolojik etken tespit edilememiştir (3). Enfeksiyöz olmayan etkenlerle de ilişkisi araştırılan hastalık, gerek etyolojisi gerekse farklı klinik görünüşleri ile dikkat çekici bir konu olmaya devam etmektedir. Bu çalışmada PR olgularının demografik özellikleri ile PR'nin epidemiyolojik, klinik ve morfolojik özellikleri; ilaçlar, immün sistem ile ilişkisi değerlendirilmiştir.

Yöntemler

Bu prospektif çalışma için çalışmanın yapıldığı üçüncü basamak sağlık kuruluşundan etik kurul onayı ve çalışmaya alınacak hastalardan bilgilendirilmiş gönüllü olur formu alındı. Çalışmaya Haziran 2011-Haziran 2012 tarihleri arasında dermatoloji polikliniğine başvuran hastalar arasında PR tanısı alan 70 hasta dahil edildi. Değerlendirmeye alınan hastaların demografik özellikleri (yaş, cinsiyet), risk faktörü olabilecek durumları (ilaç kullanımı, aşı, gebelik, malignite, allerjik astım, saman nezlesi, atopik dermatit), hastalığa özgü özellikler (şikayetlerin başlama zamanı, prodromal belirtiler, öncü plak varlığı, yakın çevrede eş zamanlı PR varlığı, daha önce geçirilmiş PR öyküsü) sorgulanarak kaydedildi.

Muayenede ise öncü plak varlığı, boyutu ve lokalizasyonu; deri ve oral mukoza lezyonlarının tipi, boyutları ve lokalizasyonu kaydedildi. Laboratuvar tetkiklerinde Venereal Disese Research Laboratory (VDRL) testi istendi. Atipik olgularda punch biyopsi ile alınan deri örneklerinde histopatolojik inceleme yapıldı. Tüm hastalar oral antihistaminik ve topikal nemlendirici tedaviler ile takip edilerek, 2., 4. ve 8. haftalarda kontrol muayeneleri yapıldı, 8. hafta muayenelerinde lezyonları kaybolmamış olan hastaların takibine tam iyileşme elde edilene kadar 2 hafta aralıklarla devam edildi. İlk başvurudan 1 yıl sonra hastalara ve 18 yaşından küçük hastaların ebeveynlerine telefonla ulaşılarak rekürrens sorgulandı. Lezyonların tamamen kaybolması iyileşme olarak kabul edilerek hastaların iyileşme süreleri kaydedildi. Hastalar eritemli lezyonlarının kaybolduğu muayenede postenflamatuvar renk değişikliği açısından değerlendirildi.

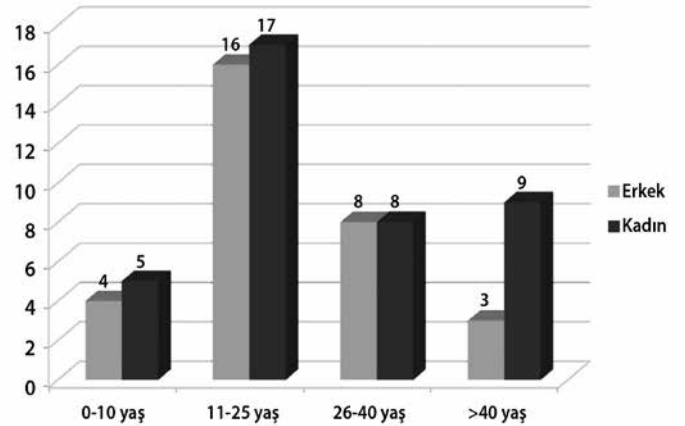
Veriler SPSS 15.0 programında değerlendirildi. Verilerin normale uygunluğu test edildi. Sayısal değişkenlerde tanımlayıcı istatistik olarak ortalama \pm standart sapma veya ortanca \pm çeyrek değerler genişliği; kategorik değişkenler için sayı (%) verildi.

Bulgular

Çalışmanın yapıldığı dönemde dermatoloji polikliniğine başvuran hastalar arasında PR sıklığı 1/1000, kadın hasta sayısı/erkek hasta sayısı 1,41/1 olarak tespit edildi. Hastaların yaşı 2-69 yaş arasında değişirken ortalama yaş $25,9 \pm 15,26$ idi. Hastaların %47'si 11-25 yaş aralığında yer aldı (Şekil 1). Hastalığın en sık görüldüğü mevsim kış (29 (%41,4)), en sık görüldüğü ay Aralık'tı (19 (%27,1)) (Tablo 1). Lezyon çıkışı

öncesi ilaç öyküsü (flurbiprofen, parasetamol, naproksen, propiltiourasil, tamoksifen) (7 hasta), BCG ve hepatit B aşısı öyküsü (1 hasta) ve meme kanseri öyküsü (1 hasta) saptandı. Allerjik astım (1 hasta) ve atopik dermatit (2 hasta) öyküsü 3 hastada gözlenirken, gebelik ve geçirilmiş PR öyküsü gözlenmedi.

Prodromal bulgu tarifleyen 28 (%40) hastanın en sık bildirdiği şikayet halsizlik (%18) oldu. Saptanan tek subjektif semptom, hastaların yarısından fazlasında (%58,6) görülen kaşıntı idi. En çok klasik PR tipi (%59) görüldü (Tablo 2). Öncü plak saptanan 44 (%62,9) hastanın tümünde tek öncü plak gözlemlendi. Öncü plak en sık boyunda yerleşirken, ikincil lezyonların en sık yerleşim bölgesi ise gövde (%81,4) idi (Tablo 3). Atipik PR formlarından invers, lokalize, papüler ve dev PR gözlemlendi; bir hasta invers ve dev PR tanılarını birlikte aldı. Hiçbir hastada oral mukoza bulgusu ve VDRL pozitifliği saptanmadı. Tüm hastalara oral antihistamin ve nemlendirici tedavisi başlanırken lezyonları jeneralize hale gelerek yüz, saçlı deri, göz kapakları ve dış kulak yoluna yayılan bir hastaya oral kortikosteroid (oral metilprednizolon 16 mg/gün) tedavisi verildi. Lezyon iyileşme



Şekil 1. Pitiriazis rozea hastalarının cinsiyet ve yaşa göre dağılımları

Tablo 1. Pitiriazis rozea hastalarının aylara ve mevsimlere göre dağılımı

Mevsim	Aylar	Ay Hasta sayısı (%)	Mevsim Hasta sayısı (%)
Kış	Aralık	19 (27,1)	29 (41,4)
	Ocak	6 (8,5)	
	Şubat	4 (5,7)	
İlkbahar	Mart	1 (1,4)	5 (7,1)
	Nisan	0 (0)	
	Mayıs	4 (5,7)	
Yaz	Haziran	5 (7,1)	17 (24,3)
	Temmuz	6 (8,5)	
	Ağustos	6 (8,5)	
Sonbahar	Eylül	2 (2,8)	19 (27,1)
	Ekim	10 (14,2)	
	Kasım	7 (10)	

süresi 6-97 gün (30±18,5) gün olarak hesaplandı (Tablo 3). Başvuran hastaların hiçbirinde yakın çevrede eş zamanlı PR izlenmedi, hiçbir hastada postenflamatuvar pigmentasyon değişikliği, 1 yıllık takipte rekürrens gözlenmedi.

Tartışma

Pitiriazis rozea akut başlangıçlı, kendi kendini sınırlayan, tüm dünyada yaygın ve sık olarak gözlenen, etyolojisi bilinmeyen benign seyirli papüloskuamöz bir hastalıktır (4). Dünya literatüründe insidansı %0,3-3 arasında bildirilirken, ülkemizde yapılan bir çalışmada dermatoloji polikliniği hastaları arasında görülme sıklığı %0,75 olarak bildirilmiştir (2,5-7). Traore ve ark. çalışmalarında hastalık prevalansının orta-düşük sosyo-ekonomik düzeyde daha yüksek olduğunu saptamışlardır (6). Mevcut çalışmanın yapıldığı hastanenin genel hasta profili düşük/alt sosyo-ekonomik düzeye sahip olmasına karşın saptanan düşük görülme oranının (%0,1) sebebinin hastaların ilk tercih olarak birinci basamak tedavi merkezlerine başvurusu ya da subjektif yakınması olmayan hastaların başvuru ihtiyacı hissetmemesi olabileceği düşünüldü.

Tablo 2. Prodromal semptomlar ve görülme oranları, kaşıntı, pitiriazis rozea tipleri ve iyileşme süreleri

Prodromal semptom	Yok (n (%))	42 (60)
	Var (n (%))	28 (40)
	Halsizlik	18 (64,3)
	İştahsızlık	11 (39,3)
	Burun akıntısı	10 (35,7)
	Konsantrasyon bozukluğu	9 (32,1)
	Öksürük	9 (32,1)
	Baş ağrısı	9 (32,1)
	Burun tıkanıklığı	8 (28,6)
	Mide bulantısı	8 (28,6)
	Eklem ağrısı	8 (28,6)
	Boğaz ağrısı	6 (21,4)
	Karın ağrısı	6 (21,4)
	İshal	5 (17,9)
	Hafif ateş	5 (17,9)
	Hapşırık	4 (14,3)
	Kusma	2 (7,1)
	Lenf bezlerinde şişme	1 (3,6)
Kaşıntı	Yok (n (%))	29 (41,4)
	Var (n (%))	41 (58,6)
Pitiriazis rozea tipi (PR)	Klasik PR n (%)	59 (54,3)
	Atipik PR (n(%))	11 (15,7)
	İnvers PR (n)	6
	Lokalize PR (n)	1
	Dev PR (n)	2
	Papüler PR (n)	2
İyileşme süresi	Gün (min-max)	6-97
	Ortanca gün (± çeyrek değerler genişliği)	30±18,5

Pitiriazis rozea en sık 10-35 yaşları arasında görülmekte, 20-29 yaşları arasında pik yapmaktadır. Hastalık için bildirilen en küçük yaş 3 ay, en büyük yaş ise 83 yaştır (1,8). Bu çalışmada Harman ve ark.'nın çalışmaları (7) ve literatür ile uyumlu olarak hastaların %70'i 11-40 yaş aralığında, en fazla hasta 11-25 yaş arasında yer almıştır.

PR'nin cinsiyet dağılımı bazı çalışmalarda eşit, bazı çalışmalarda bir cinsiyette daha yüksek bildirilmiştir (1,7,8-10). Chuh ve ark.'nın (3) 3850 hastayı değerlendirdikleri metaanalizleri ile benzer olarak bu çalışmada da PR nedeniyle başvuran hastalarda kadın/erkek oranı 1,41/1 olarak bulundu ve kadın sayısı erkek sayısından yüksek saptandı.

Hastalığın mevsimlerle ilişkisini değerlendiren çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. PR görülme sıklığı ile mevsimler arasında ilişki olmadığını saptayan çalışmalar olmakla birlikte, hastalık bazı çalışmalarda sıcak mevsimlerde bazılarında ise soğuk mevsimlerde daha yüksek prevalansta bildirilmiştir (1-4,7,11). Bu çalışmada da ülkemizden yapılan diğer çalışmalarla (7,9,12,13) uyumlu olarak hastalık en sık kış mevsiminde (%41,4) saptanmıştır.

Daha önce yapılmış çalışmalarda aşılarda ve ilaçlarla PR benzeri döküntü bildirilmişse de (1,14,15) bu çalışmada öyküsünde ilaç/aşı bulunan hastaların tipik PR klinik bulguları ve seyri nedeniyle ilaç erüpsiyonu düşünülmüdü. Bununla birlikte doku ve kanda eozinofili ve re-challenge testleri yapılmadığından bu tanı tam olarak dışlanamamıştır.

İmmünsüpresif hastalıklar, gebelik ve immünsüpresif tedavilerin PR/PR benzeri döküntü gelişimini tetikleyebileceği iddia edilmiştir (1). Bu çalışmadaki hastaların sadece 1'inde meme kanseri tanısı ve Tamoksifen tedavisi öyküsü olup hastalık tipik PR seyrinde olmuştur. Bu çalışmada gebe hasta görülmemiştir.

Atopi ve PR arasındaki ilişkinin araştırıldığı çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Kendileri ve ailelerinde atopi öyküsü olanlarda PR sıklığını daha yüksek bulan çalışmaların yanı sıra iki durum arasında ilişki saptanmayan çalışmalar da mevcuttur (1,8,16). Bu çalışmada hastaların 1'inde alerjik astım 2 hastada atopik dermatit mevcuttu. Bununla birlikte çalışma kontrol grubu içermediğinden kıyaslama yapılamadı.

Drago ve ark.'nın çalışmalarında en sık bildirilen prodromal semptomlar sırasıyla gastrointestinal sistem ve üst solunum yolu semptomları, halsizlik, iştahsızlık, baş ağrısı, konsantrasyon bozukluğu, irritabilite, eklem ağrısı, lenf nodlarında büyüme, boğaz ağrısı ve hafif ateştir (1). Literatürde bahsedilen tüm semptomların bir ya da birden fazlası bir arada görülmekle beraber Drago ve ark.'ndan farklı olarak en sık saptanan prodromal semptom halsizlik (%64,3) oldu.

Pitiriazis rozealı olgularda öncü plak saptanma sıklığı %12'den %94'e kadar farklı oranlarda bildirilmiştir (5,13). Hastaların %94,5'inde tek öncü plak saptandı (5). Bu çalışmada literatürle uyumlu olarak öncü plak saptanma sıklığı %62,5 idi, tüm hastalarda tek öncü plak saptandı.

Öncü plak 2-10 cm çapındadır, diğer lezyonlardan 5-15 gün önce belirir (1,13). Öncü plağın en sık yerleşim yeri gövde veya boyun olup bunun dışında ekstremitelerde yerleşir (5). Atipik yerleşim yerleri yüz, genital bölge ve ayak sırtlarıdır (17). Bu çalışmada boyutları literatür bilgilerinden farklı olarak plağın boyun yerleşimi (%22,7), gövde yerleşiminden daha yüksek

oranda gözlenmiştir, bu durumun boyunda yerleşen lezyonun fark edilmesi dolayısıyla hastaneye başvurma ihtiyacı ihtimalinin daha yüksek olmasıyla ilişkili olabilir. Saptanan atipik öncü plak yerleşim yerleri inguinal bölge, glutea ve yüz olmuştur.

İkincil lezyonlar 0,5-1,5 cm çapında, morfolojik olarak öncü plağa benzeyen küçük plaklardır (1,5). Lezyonlar genellikle gövde ve proksimal ekstremitelerde yerleşir (5). Yüz, saçlı deri, palmoplantar bölge, göz kapakları, penis atipik yerleşim bölgeleridir (1). Lezyonların yerleşim bölgelerine göre de atipik PR formları mevcut olup lokalize PR, unilateral PR, invers PR, ekstremiteler-kuşak tip PR formları tanımlanmıştır (1,17). Çalışmalarda meme, suprapubik bölge, abdomen alt kısmı, inguinal bölge, tek veya her iki aksillada yerleşen lokalize PR olguları bildirilmiştir (5,17,18). Bu çalışmada literatür bilgileriyle uyumlu olarak hastaların %90'ında (63 hasta) tipik gövde ve proksimal ekstremiteler tutulumu izlendi. Lezyonların yerleşim bölgesine göre atipik PR tanısı alan 7 hasta vardı. Bu hastalardan 6'sı invers PR, 1 hasta ise daha önce literatürde bildirilmemiş olan boyunda lokalize PR idi. Atipik plak yerleşim yerleri değerlendirildiğinde literatürde belirtilen alanlar dışında bir hastada dış kulak yolunda ikincil lezyon yerleşimi saptandı.

Klasik PR lezyonları plak şeklinde olup atipik morfolojik formları papüler, veziküler, büllöz, purpurik/hemorajik, ürtikeryal plak benzeri, foliküler, likenoid, eritema multiforme benzeri tiplerdir (1,17,19). Boyut olarak atipik PR lezyonları, dev ve çok küçük lezyonlarla seyreden PR'dir (1). Bu çalışmada hastaların %4,2'sinde (3 hasta) papüler lezyonlar görülmüş, %2,8'inde (2 hasta) dev PR gözlenmiştir.

Pitiriyazis rozealı hastalarda kaşıntı sıklığı ve yoğunluğu değişkendir (1). Bu çalışmada hastaların %58,6'sının (41 hasta) kaşıntı şikayeti saptandı. Kaşıntı oranının yüksekliği subjektif bir semptom olmasıyla açıklanabilir.

Hastalıkta oral mukoza bulgusu nadir saptanır, bildirilmiş oral mukoza lezyonları punktat hemorajiler, ülserler/erozyonlar, eritemli maküller, eritemli anüler lezyonlar, eritemli plaklar, büllerdir (1). Bu çalışmadaki hastaların hiçbirinde oral mukoza lezyonu görülmemiştir.

Hastalık için bildirilen en kısa iyileşme süresi 2 hafta, en uzun süre ise 5 ay ve ortalama süre 45 gün olarak bilinmektedir (1). Bu çalışmada iyileşme süresi 6-97 (30±18,5) gün olarak ortalama iyileşme süresiyle uyumlu aralıkta bulunmuştur.

Literatürde PR lezyonlarının neden olduğu pigmentasyon bozukluğu nadir bir bulgudur (1), bu çalışmadaki hastaların hiçbirinde postenfiamatuvar pigmentasyon değişikliği gözlenmemiştir.

Pitiriyazis rozea için aile veya yakın çevrede eş zamanlı gözlenen olgular bildirilmiştir (3). Bu çalışmada ise hastalarının hiçbirinin ailesi veya yakın çevresinde başvuru öncesi ve 8 haftalık takipte PR öyküsü saptanmamıştır.

Pitiriyazis rozedada rekürrens nadirdir. Yapılan iki ayrı çalışmada rekürrens oranı %1,8 ve %3,7 olarak bildirilmiştir (1,8). Bu çalışmada, 8 haftalık izlemde hastaların hiçbirinde rekürrens gözlenmemiştir; 1 yıl sonraki telefon görüşmesinde rekürrens

tarifleyen hasta olmamıştır. Bununla birlikte hastalığın atipik formları olabileceği veya az sayıda lezyonla asemptomatik seyredebileceği için hasta rekürrensi fark etmemiş veya tanıyamamış olabilir; bu nedenle kesin yargıya varılamamıştır.

Sonuç

Bu çalışma sonuçlarında literatürde belirtilenden farklı olarak PR'nin dermatoloji poliklinik hastaları arasında görülme sıklığı daha düşük bulunmuş, daha önce bildirilmemiş olan boyunda lokalize bir PR olgusu ile dış kulak yolu yerleşimli ikincil lezyonlar görülmüştür. Hasta sayısının azlığı ve takip süresinin kısalığı bu çalışma için kısıtlayıcıdır. Daha geniş bir hasta grubu ve tedavi edilmemiş kontrol grubu içeren çalışmalarla bu sonuçların desteklenmesinin faydalı olacağı düşünülmektedir.

Kaynaklar

1. Drago F, Broccoli F, Rebora A. Pityriasis Rosea: An Update with a Critical Appraisal of Its Possible Herpesviral Aetiology. *J Am Acad Dermatol* 2009;61:303-18.
2. Blauvelt A. Pityriasis Rosea. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI, eds. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. 7th ed. New York: McGraw Hill; 2008. p. 362-6.
3. Chuh A, Chan H, Zawar V. Pityriasis Rosea--Evidence for and Against an Infectious Aetiology. *Epidemiol Infect* 2004;132:381-90.
4. Tay YK, Goh CL. One-Year Review of Pityriasis Rosea at the National Skin Centre, Singapore. *Ann Acad Med Singapore* 1999;28:829-31.
5. Gonzalez LM, Allen R, Janniger CK, Schwartz RA. Pityriasis Rosea: An Important Papulosquamous Disorder. *Int J Dermatol* 2005;44:757-64.
6. Traore A, Korsaga-Some N, Niamba P, Barro F, et al. Pityriasis Rosea in Secondary Schools in Ouagadougou, Burkina Faso. *Ann Dermatol Venereol* 2001;128:605-9.
7. Harman M, Aytekin S, Akdeniz S, Inalöz HS. An Epidemiological Study of Pityriasis Rosea in the Eastern Anatolia. *Eur J Epidemiol* 1998;14:495-7.
8. Chuang TY, Ilstrup DM, Perry HO, Kurland LT. Pityriasis Rosea in Rochester, Minnesota, 1969 to 1978. *J Am Acad Dermatol* 1982;7:80-9.
9. Baskan EB, Turan H, Ercan I, Yazıcı S, et al. Pitiriyazis Rozea Olgularında Demografik Özellikler ve İklimsel Faktörlerin İncelenmesi. *Turkderm* 2011; 45:97-9.
10. Sharma L, Srivastava K. Clinicoepidemiological Study of Pityriasis Rosea. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2008;74:647-9.
11. Özyurt K, Çölgecen E, Öztürk B, Baykan H. Türkiye'nin Üç İkliminde İklim Elemanları ve Pitiriyazis Rozea Sıklıkları. *Turk J Dermatol* 2012;6:155-7.
12. Saçar T, Saçar H. Seboreik Dermatit, Herpes Zoster ve Pitiriyazis Rozea'nın Mevsimlere Göre Dağılımlarının Karşılaştırılması. *Turkderm* 2010;44:65-8.
13. Şahin MT, Türel Emertcan A, Kapulu N, Öztürkcan S. Son 5 Yılda Pitiriyazis Rozea Tanısı Alan Hastaların Retrospektif Değerlendirmesi. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2002;3:21-3.
14. Yosipovitch G, Kuperman O, Livni E, Avinoach I, et al. Pityriasis Rosea-Like Eruption After Anti-Inflammatory and Antipyretic Medication. *Harefuah* 1993;124:198-200, 247.
15. Sasmaz S, Karabiber H, Boran C, Garipardic M, et al. Pityriasis Rosea-Like Eruption Due to Pneumococcal Vaccine in A Child with Nephrotic Syndrome. *J Dermatol* 2003;30:245-7.
16. Chuang TY, Perry HO, Ilstrup DM, Kurland LT. Recent Upper Respiratory Tract Infection and Pityriasis Rosea: A Case-Control Study of 249 Matched Pairs. *Br J Dermatol* 1983;108:587-91.
17. Parsons JM. Pityriasis Rosea Update:1986. *J Am Acad Dermatol* 1986;15:159-67.
18. Ahmed I, Charles-Holmes R. Localized Pityriasis Rosea. *Clin Exp Dermatol* 2000;25:624-6.
19. Sezer E, Saracoglu ZN, Urer SM, Bildirci K, et al. Purpuric Pityriasis Rosea. *Int J Dermatol* 2003;42:138-40.