Bölüm
90

DERMATOLOJİK HASTALIKLAR YÖNETİMİ

Mine Müjde KUŞ[1]

GİRİŞ

Dermatolojide tanı diğer branşlarda olduğu gibi anamnez, fizik muayene ve laboratuvar yöntemleri ile konur. Günümüzde fizik muayene ve anamnez olmadan laboratuvar yöntemleri ile tanı konması yaygınlaşmıştır. Buna rağmen dermatolojide tanı koymada majör yöntem anamnez ve fizik muayene olmaya devam etmektedir, laboratuvar çoğunlukla tanıyı desteklemek amacıyla kullanılmaktadır (1,2).

Kısa bir anamnez sonrasında muayeneye başlamak hastaya yöneltilecek soruların sayısının azalmasını ve tanıya odaklı olmasını sağlamaktadır. Bu nedenle hastaya önce yakınmasının ne olduğu sorulmalıdır. Sonrasında deri muayenesine geçilmelidir. Hastalığın kişide sebep olduğu gözle görülmeyen fakat hastanın ifade ettiği şikayetler subjektif semptomlar olarak adlandırılır. Dermatolojide sıklıkla hastalar kaşıntı, ağrı, yanma, batma gibi sübjektif semptomlarla gelir (3)

Hastanın öncelikle genel görünüşüne bakılmalıdır. Deri muayenesi yüz, gövde ve ekstremite derisi, saçlı deri, mukozalar, tırnaklar ve bölgesel lenf bezlerinin muayenesini içerir ve lüzum halinde sistemik fizik muayene de yapılmalıdır. Bununla birlikte zaman kısıtlılığı nedeniyle her zaman tüm vücut deri muayenesi mümkün olmadığı için özellikli durumlar hariç, çocuk ve genç erişkinlerde siğil ve akne gibi dermatozlarda soruna yönelik sınırlı muayene yeterli olmaktadır. Ancak kendisinde veya ailesinde deri kanseri öyküsü olanlar, şiddetli güneş yanığı öyküsü veya immüsüpresyon durumu gibi risk faktörleri olanlar tüm vücut deri muayenesi yapılmalıdır. Yine psöriazis veya liken planus gibi generalize deri hastalıklarında hem tedavi kararı hem tanıyı desteklemek için tırnak, saçlı deri ve mukozalar dahil tüm vücut deri muayenesi yapılmalıdır. Genel durumu iyi olmayan ya da tanısı bilinmiyor veya şüpheli olduğu durumlarda da hem tanıya yol gösterici olması hem de ek hastalıkların atlanmaması için tüm vücut deri muayenesi ve gerek görülürse sistemik fizik muayene yapılmalıdır (4).

Muayeneyi aydınlık bir yerde ve mümkünse gün ışığında yapmalıyız. Oda sıcaklığınnın normal olması gerekmektedir. Dermatolojik muayene yaparken hastanın tüm vücut soyunması gerekmektedir, hastadan bunu isterken mahremiyetine dikkat edilmelidir (5).

Deri muayenesinden sonra hastanın şikayeti ve lezyonun olası nedenlerine yönelik başlama zamanı, nereden ve nasıl başladığı, yayılım şekli, iyilik halleri ve nüksler, tetikleyen sebepler, seyahat öyküsü, çevresinde benzer öyküsü olan var mı, gebelik, hastanın aldığı tedaviler, ve tedavilerin hastalığına etkileri, varsa kullandığı geleneksel veya alternatif tedavi yöntemleri sorulur. Yine hastanın şikayetleri ve lezyonun olası nedenlerine yönelik özgeçmişinde geçirdiği operasyonlar, hastalıklar, kullandığı ilaçlar, allerji hikayesi, sigara, alkol, uyuşturucu gibi alışkanlıkları, mesleği, hobileri, hayvanlarla teması, seyahatler, cinsel öyküsü sorgulanmalıdır (5)

[1] Uzm. Dr., Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi Dermatoloji Kliniği, mmujde_ozdemir@hotmail.com

kullanmaktayız. Kutanöz hastalıklarda H2 reseptör blokörlerinin etkisi minimal olduğu için H1 blokörlerleriyle birlikte kronik ürtikerde, soğuk ürtikerinde ve dermatografizmde kullanılabilir.

Birinci Kuşak H1 Antihistaminikler: Kan beyin bariyerini geçerler, bu nedenle sedatif etkileri vardır. Feniramin maleat, hidroksizin, siproheptadin, klemastin fumarat (25).

İkinci Kuşak H1 Antihistaminikler: Düşük sedatif etkilidirler. Etki süreleri birinci kuşağa göre daha uzundur. Setirizin, levosterizin, desloratadin (24).

Üçüncü Kuşak H1 Antihistaminikler: EKG değişikliği yapmazlar, hızlı etki gösterirler ve ilaç etkileşimleri yoktur. Levosetirizin, desloratadin, feksofenadini (29).

Hepatik yetmezlikte; akrivastin, ebastin ve feksofenadin güvenle kullanılabilir (30).

Renal yetmezlikte; Klorfeniramin, siproheptadin, difenhidramin, hidroksizin, tripenalamin ve mizolastin güvenle kullanılabilecek ajanlardır (30).

Kontrendike oldduğu durumlar: Dar açılı glokom, üriner retansiyon, alkolizm, monamin oksidaz inhibitörü kullanımı ve sedatiflerin kötüye kullanımı (25).

Rölatif kontrendikasyonları: Hepatik hastalıklar, epilepsi, prostat hipertrofisi, glokom ve porfiri (30).

Antifungal ilaçlar

Itrakanazol; Onikomikoz, sistemik mantar enfeksiyonları, orofaringeal kandidiyazis, tinea korporis, tinea kapitis ve tinea pediste kullaılırlar. Kandida ve non-dermatofit türleri için ilk seçenek ajandır. Gebelik kategorisi C'dir ve anne sütüne geçtiği için gebelik ve laktasyonda kullanılmamalıdır (31, 32).

Flukanazol: Itrakanazolle benzer endikasyonlarda kullanılmakla birlikte, orofarengeal ve vajinal kandidiyaziste en sık tercih edilen ajandır (33).

Alliaminler: Onikomikoz, tinea korporis, tinea kruris, tinea pedis ve tinea kapitiste kullanılırlar.Gebelik kategorisi B'dir

Amorolfin ve siklopiroks topikal cila şeklinde üretilmiştir, oral ajanlarla birlikte kullanımı daha etkilidir (31,34).

Sistemik kortikosteroidler

Birçok dermatolojik hastalıkta özellikle akut safhada sıklıkla tercih edilir.

Sistemik kortikosteroidlerin yan etkileri: Obezite, stria, purpura, enfeksiyon riskinde artış, yara iyileşmesinde gecikme, sodyum tutulumunda ve potasyum atılımında artış, hipertansiyon, hiperglisemi, hiperlipidemi, katarakt, peptik ülser, osteoporoz, aseptik nekroz, ay dede yüzü.

Bir haftadan uzun süreli yüksek doz steroid kullanımı (günlük 20 mg üzeri prednizolon) adrenal bezleri baskılamaya başlar. Yüksek doz 5 gün veya daha kısa süreli kullanımlarında aniden tedavi kesilebilir. Ancak 6-10 gün yüksek doz kullanımlarında 4-5 gün içerisinde doz azaltılarak kesilmelidir. Daha uzun süreli kullanımlarında doz yavaş yavaş azaltılarak daha uzun sürede tedavi sonlandırılmalıdır. Bu şekilde baskılanan adrenal bez zamanla tekrar fonksiyona başlar (35).

SONUÇ

Bir deri lezyonu ile karşılaştığımızda sadece lezyonu değil hastayı bütün olarak değerlendirmemiz gerekmektedir. Ek şikayetleri, hastalık süresi, geçmiş hastalıkları, ilaç kullanım öyküsü, çevresinde benzer şikayetleri olanların sorgulanması tanı koymada oldukça yol göstericidir. Tedaviye başlandıktan sonra hasta mutlaka tedavinin etkisinin başlama süresine göre kontrole çağrılmalıdır. Bazen hastanın ilk başvurusunda klinik tam olarak ortaya çıkmadığından yanlış tanı alabilir, kontrolde tanımız netleşebilir. Kliniğinin tam oturduğunu düşündüğümüz vakalarda lezyonda veya lezyonlarda gerileme yoksa tanımızı tekrar sorgulamalıyız, gerekirse biyopsi gibi ileri tetkiklere başvurmalıyız.

Anahtar Kelimeler: Dermatoloji, tanı, tedavi

Kaynaklar

1. Verghese A, Brady E, Kapur CC, Horwitz RI. The bedside evaluation: ritual and reason. Ann Intern Med. 2011; 155(8):550-553.PMID: 22007047
2. Schecter GP, Blank LL, Godwin HA, LaCombe MA, Novack DH, Rosse WF, Refocusing on history-taking skills during internal medicine training. Am J Med. 1996;101(2):210-216 PMID: 8757362.
3. Schwarzenberger K. The esssentials of the complete skin examination.Med Clin Nort Am.1998;82(5):981-999, v. PMID:9769791

4. Federman DG, Kravetz JD, Haskell SG , Ma F, Kirsner RS.Full-body skin examinations and the female veteran: prevalence and perspective. Arch Dermatol. 2006;142(3):312-316. PMID:16549706.)
5. Altıntaş S.(2008) Kutanöz Bulgular ve Tanı. Andrews' Deri Hastalıkları Klinik Dermatoloji (Aydemir AH. Çev. Ed.)(10. Baskı s. 15-20) İstanbul: Medikal yayıncılık
6. Chren M.The Skindex instruments to measure the effects of skin disease on qualty of life. Dermatol Clin. 2012;30(2):231-236,xii. PMID: 22284137
7. Faruk N. (2008) Klinik Muayene ve Tanıya Gitme Yolları. Tüzün Y, Gürer MA, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur VL.(Ed.) Dermatoloji'de. (s.155-160) İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri
8. Gudjonsson JE, Elder JT. (2008) Psoriasis. Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gılchrest BA, Paller AS, Leffell DJ (Ed.) Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine'de. (7nd ed., pp.169-193). New York: Mc Graw Hill,
9. Bahadır S. Specific clinical findings as diagnostic means in dermatology Turkiye Klinikleri J Dermatol 2003; 23: 81-88.
10. Uzun S. (2008) Büllü Hatalıklar. Tüzün Y, Gürer MA, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur VL (Ed.) Dermatoloji'de. (s.816) İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri
11. Weiss G, Shemer A, Trau H. The Koebner phenomenon: review of the literature. J Eur Acad Dermatol Venereol 2002;16: 241-248.
12. Dermatoskopi,(2008) Tüzün Y, Gürer MA, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur VL (Ed.) Dermatoloji'de. (s.1805-1806) İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri
13. Goldman L., Plotnick H., & Balınkın I. Investigative and clinical studies with diascopy in dermatology. AMA archives of dermatology, 1957; 75(5), 699-705.)
14. Matos, D., & Coelho, R. "Apple jelly" sign: diascopy in cutaneous sarcoidosis. Acta medica portuguesa, 2015; 28(3), 394-394.
15. Klatte JL, van der Beek N, Kemperman PM. 100 years of Wood's lamp revised. J Eur Acad Dermatol Venereol 2015;29:842-7.
16. Al-Mutairi N, Abdalla TO, Nour TM. Resistant palmoplantar lesions in patients of psoriasis: evaluation of the causes and comparison of the frequency of delayed-type hypersensitivity in patients without palm and sole lesions. Med Princ Pract 2014; 23:561-7.
17. Durdu M, Baba M, Seçkin D. The value of Tzanck smear test in diagnosis of erosive, vesicular, bullous, and pustular skin lesions. J Am Acad Dermatol 2008; 59:958-64.
18. Rajaratnam R, Smith AG, Biswas A, Stephens M. The value of skin biopsy in inflamatory dermatoses. Am J Dermatopathol. 2009;31(4):350-353 PMID: 19461238
19. Gündüz Ö, Aytekin A, Tutkun E, Yılmaz H. Comparison of European Standard Patch Test Results of 330 Patients from an Occupational Diseases Hospital. Dermatol Res Pract 2016;2016:9421878.
20. Zirwas M. Allergy to topical steroids. J Drugs Dermatol 2012; 11:9-11.
21. Warner M, Camisa C.(2007) Topikal corticosteroids. Wolverton S. (Ed.) Comprehensive Dermatologic Drug Therapy 'de (2nd ed., pp595-624). Philadelphia: Saunders Elsevier Inc.
22. Long CC, Finlay AY. The Finger-tip unit a new partical measure. Clin Exp Dermatol 1991; 16: 444-447
23. Long CC , Finlay AY, Averill RW. The rule of hand : 4 hand areas= 2 FTU= 1g. Arc Dermatol 1992; 128: 1129-1130.
24. Kasambas AD, Goula M. (2000) Anthistamines. Millikan LE. (Ed.) Drug Therapy in dermatology'de (s. 243-252) New York: Mrcel Dekker.
25. Golinnick H. (2009) Systemic Therapy. Burgdorf WHC, Plewing G, Wolff HH, Landthaler M.(Eds.) Braun-Falco's Dermatology'de. 3nd ed., pp. 1573-1593) Heidelberg: Springer Verlag.
26. Simons FE. H1-Antihistamines: more relevant than ever in the treatmant of allergic disorders. J. Allegy Clin İmmunol 2003;112: 42-52.)
27. Valencia I, Kerdel F. (2008) Topical corticosteroids, Wolff K, Goldsmith L, Katz S, Gilchrest B, Paller A, Leffell D. (Eds.) Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine'de (7nd ed., pp. 2102-2106) New York: Mc Graw Hill
28. Bayramgürler ve ark. İntralezyonel Steroid. Turk J Dermatol 2014; 4: 191-6
29. Özkan AŞ, Alper S. Sistemik Tedavi. ,(2008) Tüzün Y, Gürer MA, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur VL (Ed.) Dermatoloji'de. (s.2147-2250) İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri
30. Limb SL, Wood RA. (2008) Antihistamines. Wolff K, Goldsmith L, Katz S, Gilchrest B, Paller A, Leffell D. (Eds.) Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine'de (7nd ed., pp. 2186-2193) New York: Mc Graw Hill
31. Hay RC. Antifungal Drugs. Katsambas A, Lotti TM(Eds.) Europen Handbook of Dermatological Treatments'da (2nd ed., pp.700-710) Berlin: Springer-verlag.
32. Lesher J, McConnell Woody C.(2008) Antimicrobial Drugs. Callen JP, Horn TD, Mancini AJ et. al. (Eds.) Dermatology'de. (2nd ed., pp. 1960-1967) Spain: Mosby Elsevier.
33. Breathnach SM, Griffiths CEM, Chalmers RJG, Hay RJ,(2004) Systemic therapy. Burns T, BreathnachS, Cox N, Griffiths C.Rook's (Eds.) Textbook of Dermatology'de (7nd ed., pp. 72.39-72.42) Oxford: Blackwell Science.
34. Yükse SA, Aytimur D, Ertam İ. Onikomikoza Güncel Yaklaşım. Türkiye Klinikleri J Dermatol 2006; 16: 50-58.
35. Gallant C, Kenny P. Oral Glucocorticoids and their complications. J Am Acad Dermatol 1986; 14: 161-177.