

DERİ HASTALIKLARININ TEDAVİSİNDE

ECZACININ ROLÜ

* Prof. Dr. M.Cem MAT

İstanbul Eczacı Odası'nın meslek içi sürekli eğitim programı çerçevesinde düzenlediği dermatoloji konulu oturuma çağrıldığım için ve hekimler ile eczacılar arasında dialog başlatan toplantı dolayısıyla İstanbul Eczacı Odası'nın Sayın Başkanı Ecz. Mehmet Domaç ve arkadaşlarına teşekkür ederim.

Türkiye'nin genel sağlık sistemi içinde eczaneler primer başvuru ünitesi görünümündedir. Örneğin düşme, taş vb. cisimlerle yaralananlar, diş ağrısı, baş ağrısı veya herhangi bir nedenle kaşıntısı olanlar eczaneye başvurarak ilaç almaktadır veya basit müdahaleleri eczacıdan beklemektedirler.

Bu bağlamda eczane eczacısının rolü ve sorumluluğu başlar. Yardım isteyen kişiyi, en azından zarar vermeden rahatlatmak veya hastayı yönlendirmek başlıca görevidir. Diğer taraftan, hekime giden bir hasta, hekimin verdiği ilaçlar hakkında veya hastalığı hakkında bilgi almak için eczacıya başvurmaktadır. Örneğin psoriasis veya Behçet hastalığı gibi bazı hastalıklarda Colchicine ile tedavi uyguluyoruz. Hasta ilacını alırken eczacıya ilaç hakkında soru soruyor, eczacı da "Bu gut hastalığının ilacıdır" deyince hasta

* İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı

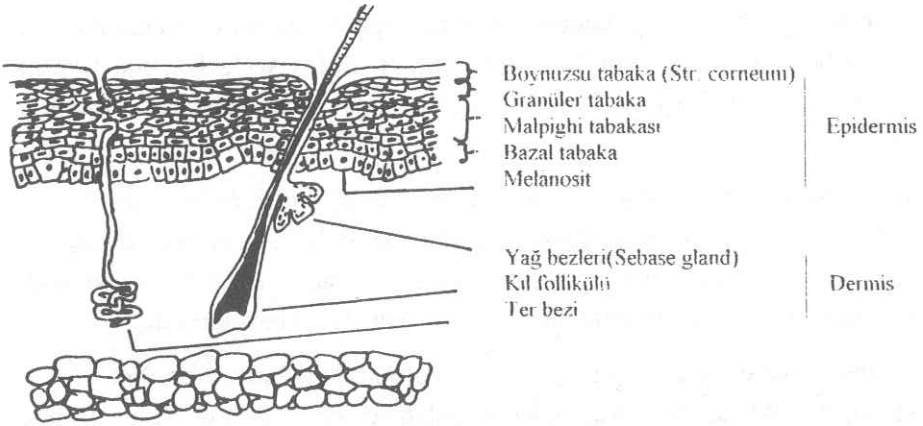
paniğe kapılıp hekime koşuyor. Bu nedenle eczacı sık rastlanan bazı deri hastalıkları ve kullanılan ilaçlar hakkında bilgi sahibi olmalıdır.

Ben size bazı paraziter hastalıklar, böcek sokmaları, mantar hastalıkları, akne vulgaris, güneş koruyucuları, cilt bakımı, lokal kortikosteroidler, allerjik deri hastalıkları gibi sık karşılaştığımız hastalıklardan bahsedip bunlara tedavi yaklaşımı ve yapılması gerekenler ve sorumluluklara değineceğim.

DERİNİN YAPISI

Epidermis

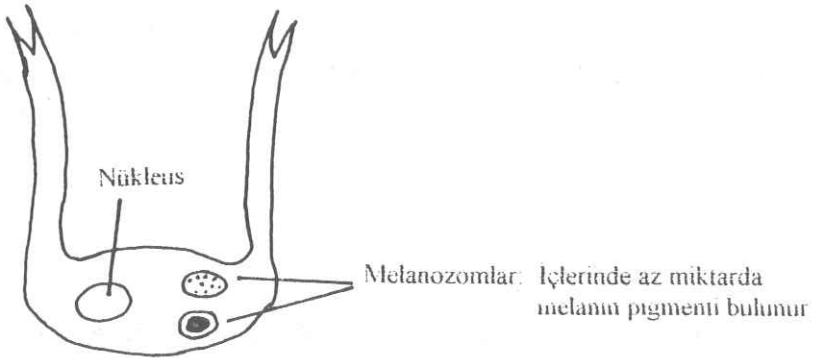
Derinin en üstte yer alan tabakası epidermistir. Bu tabakanın temel görevi keratin ve melanin üretmektir. Epidermisin hastalanması sonucu deride kepeklenme, renk değişiklikleri ortaya çıkar. (Şekil 1)



Şekil 1: Derinin yapısı

Keratin: Epidermal hücreler bazal tabakadan itibaren keratinle dolmaya başlar. Üst tabakalara doğru gidildikçe hücrelerin keratin içerikleri artar. Granüler tabakadan sonra nüvelerini kaybederek keratinle yüklü hücre haline alırlar. Keratin suya dirençli bir tabakadır ve deriyi korur.

Melanin ise melanositlerce üretilir (Şekil 2). Melanin yüklü tanecikler (melanozom) bu hücrelerin dendritik uzantıları ile epidermis hücrelerine gönderilir ve bu hücrelerin nükleuslarının üzerinde birikerek hücre çekirdiğini güneşin zararlı etkilerinden korur. Bu korunma olmadığı takdirde aşırı hücre bölünmesi olur ve bunun sonucunda ise deri kanseri ortaya çıkar.



Şekil 2: Melanosit (Pigment hücresi)

Dermis

Dermis bağ dokusundan oluşur. Dermiste bulunan kollajen lifler derinin gücünü, dayanıklılığını artırır, buna karşın elastik lifler ise deriye esneklik sağlar. Dermiste kan damarları, lenfatikler, kütanöz sinirler, deri ekleri bulunur. Burada deri ekleri terimi ile kıl folliküllerini, yağ bezleri ve ter bezlerini kastetmekteyiz. Dermisteki bir hastalık deride kabarıklığa yol açar.

SAÇ FİZYOLOJİSİ

Saç ve kıllar tıpkı epiderminin boynuzsu tabakası gibi bir yapıdır. İnsanoğlunda diğer canlılar gibi aşırı miktarda kıl gelişimi gözlenmez. Başlıca saçlı deride yerleşir, güzel görünümünün yanı sıra en önemli işlevleri saçlı deriyi güneşin zararlı ışınlarından korumaktır.

İnsanlarda üç tip kıl vardır:

Lanugo tipi olanlar son derece yumuşak ipeksi görünümde olan tüyledir ve fetüsün yüzeyini örter, çoğunlukla doğumdan önce dökülürler.

Halk arasında "ayva tüyü" olarak isimlendirilen *Vellüsler* ise çok kısa ve ince tüyler olup, avuç içleri ve ayak tabanları dışında tüm deriyi örterler.

Terminal kıllar ise ergenlik döneminden önce saçlı deri, kaşlar ve kirpik bölgelerinde bulunur ve ergenlik döneminden sonra ise hormonların etkisi ile (androjenler) aksilla, pubis ve erkeklerde göğüste ortaya çıkar.

Saç devinimi:

Erişkin bir insanın saçlı derisinde 100.000 ila 150.000 follikül bulunur. Zaman içinde her kıl follikülü yenilenir ve bunun sonucu olarak da 100 adet saç teli dökülmesi normal olarak kabul edilir ve normal şartlarda saçlarda seyrelme ortaya çıkmaz.

CİLT BAKIMI

Normal Cilt Bakımının Genel Prensipleri

Normal derinin yapısını ve fonksiyonlarını bozmayan, bilimsel çalışmalar ile etkinliği kanıtlanmış bakım ürünleri tavsiye edilmesi cilt bakımının temelini oluşturur. Reklam veya basın yolu ile duyurulan oldukça karmaşık bakım yöntemleri cilt bakımı için gerekli değildir ve basit uygulamalar ile cilt bakımı sağlanabilir. Kozmetik bir ürün piyasaya girmeden önce bu preparatın alerjik reaksiyonlara yol açıp açmadığını, bazının akneye sebep olmadığı gösterilmesi ve normal cildin bu uygulama ile sürdürülmesi ile anlarız. Normal cilt bakımı için kullanılacak malzemenin alerji yapmayan, güneş ile etkileşmeyen maddeleri içermesi gerekmektedir. Ancak bir kozmetiğin pahalılığı ve markası ile bu ürünün çok kaliteli ve reaksiyonlara yol açmadığını söylemek oldukça zordur. Bir çok kozmetik ürünün birtakım gizli maddeler içerdiği de bir gerçektir.

Normal cilt ne demektir?

Normal deri üzerinde hiç bir hastalık belirtisi olmayan deridir. Normal deri kuru veya yağlı olabilir. Kozmetikle uğraşanlar ise normal deri ile derinin yağının normal seviyede olduğu, görünümü ve yüzey özelliklerine göre tanımlamayı tercih etmektedirler.

Kozmetik firmaları ise derinin yapısına göre ürünlerini tanımlamaktadırlar.

Cilt Koruması

Deride kırışıklık oluşmasında güneş ışınları sorumlu tutulmaktadır. Güneşten koruyucu kremler bu tür etkileri önler veya bu tür etkileri geciktirir. Sarışın ve kızıl saçlı insanların koruma faktörü yüksek kremleri kullanması yararlıdır.

Deri yaşlanmasını önleyen hiçbir kozmetik madde yoktur. Bir grup kozmetik kırışıklıkları kamufle eder veya geçici etki ile kırışıklıkların düzeldiği hissini verir.

Kırışık giderici maskeler ciltte eritem ve ödeme yol açarak etki eder. Tretionin özellikle güneşe bağlı deri kırışıklıklarının tedavisinde etkili bulunmuştur. Tretionin kırışıklık oluşumunu önlemez, ancak güneşe bağlı deri hasarlarında keratinizasyonu düzenleyerek ve dermiste kollajen yapımını uyararak etki eder. Alfa hidroksi asitlerin (glycolic, lactic) benzer etki mekanizması ile kırışıklıkları önlediği iddia edilmektedir, ancak bu konuda yeterli bilimsel veri yoktur.

Deriyi kuvvetli asit ve alkalilerden korunmalıdır ve bazı hassas ciltleri rüzgar, soğuk ve aşırı kuruluştan korumak gerekir.

Cildin Beslenmesi

Cilt, saçlar ve tırnaklar kan ile beslenir. Besleyici olduğu iddia edilen lokal uygulanan maddelerin derinin beslenmesinde etkili olduğunu gösteren bilimsel bir veri yoktur. Ancak bazı vitamin eksikliklerinin de deride ve tırnaklarda değişime sebep olduğu bir gerçektir (Pelegra, skorbit, beriberi hastalığı gibi). Bu hastalıkların tedavisinde sistemik vitamin tedavisi endikedir.

Derinin yapısını hatırlayacak olursak en üstte stratum korneum adını verdiğimiz ölü hücrelerden oluşan boynuzsu tabaka bulunur. Tırnak plağı ve saçlar, kaşlar, kirpikler ölü tabakadan oluşur. Dolayısıyla dıştan uygulanan protein, aminoasitler, kollajen, elastin, RNA, nükleik asitlerin deri yüzeyine uygulanması ile sözü edilen bu maddeler derinin canlı tabakalarına ulaşmaz ve çok büyük molekülü oldukları için de deri yolu ile emilmez. Bu maddeler derinin geçici olarak görünümünü düzeltir, yumuşaklık sağlar.

Cilt Temizliği

Sabunlar cilt için zararlı değildir. Günde birkaç kez cildin sabunla temizlenmesi kuruluğa yol açmaz. Sabun yerine temizleyici kremlerin kullanılması fazla yarar sağlamaz ve akneiform belirtilere yol açar.

Cildin su ve sabunla veya deterjanlarla aşırı yıkanması deride kuruluğa yol açar. Havası kuru ve rüzgarlı olan bölgelerde deri daha fazla nem kaybeder.

Hassas ciltler için hazırlanan sabunlar veya deterjanlar ile deri en fazla günde üç kere yıkanmalıdır. Bir kere yıkamak çoğu kez yeterlidir. Ellerini sürekli yıkamak zorunda olanların mümkün olduğu kadar az sabunla ellerini yıkayıp, vazelin veya kremler ile ellerini nemlendirmeleri önerilir.

Normal derinin pH'ı yaklaşık 6.8'dir. Sabun veya şampuanların çoğu alkalidir. Aşırı asit veya alkali pH saçlara ve deriye zarar verir, ancak en ucuz sabunlar bile pH dengesini bozmaz. Sadece bir temizleyicinin pH'nın ayarlanması ile yeterli üstünlük sağlamadığı bir gerçektir. Bir ürünün tümü değerlendirmeye alınmalıdır.

Yüz masajları, yüze buhar uygulama, çamur uygulaması, porları temizlediği iddia edilen malzemeler deride geçici de olsa hoş bir his bırakır. Kısa veya uzun süreli kullanımda belirgin yarar sağlamaz. Daha çok psişik etki sağlar.

Astrenjanlar, Yüz Maskeleri:

Yüzdeki siyah gözenekler sık rastlanan problemlerden biridir. Yağ bezlerinin ağızlarının genişlemesi ile ortaya çıkan bu oluşumları ortadan kaldırmak mümkün değildir. Astrenjanlar yüz maskeleri ancak gözenekleri kamufle etmekte veya geçici olarak giderilebilmektedir.

Astrenjan etkili losyonların ve erkeklerin traş sonrası kullandıkları losyonların ortak özellikleri su, alkol, ve Hamamelis (cadı fındığı ekstresi) içermeleridir. Alkolün buharlaşması, yüzde serinlik ve ferahlık hissi sağlar. Alüminyum tuzlarını içeren astrenjanlar ciltte hafif irritasyon yaparak eritem ve ödeme neden olur. Bu da gözeneklerin geçici olarak küçülmesine yol açar.

Derinlemesine temizleyiciler (*clarifier*) genellikle rezorsinol ve salisilat içerirler. Böylece derinin üst tabakalarını soyarak derinin pembe, canlı görünüm kazanmasına yol açar.

Maskeler ise absorban kil ve sentetik reçineler (resin) içerir. Maskeler cilde uygulandığında ince bir film tabakası oluşturur ve hafif irritasyon yaparak astrenjan etki gösterir.

Nemlendiriciler

Su, derinin düzgün ve pürüzsüz yumuşak olmasını sağlar. Bu nedenle nemlendirici preparatlar derinin su kaybını önleyerek hidrate olmasını sağlar ve genellikle banyo sonrası hemen uygulandığında en fazla yarar sağlar. Nemlendiriciler kırıksıklıkları önlemede etkisizdir. Bazı nemlendiriciler ise akneyi şiddetlendirir.

Nemlendiriciler içinde en etkilileri vazelin, mineral yağlarıdır, ancak bunlar deride yağlı görünüm yarattıkları için kozmetik açıdan tercih edilmemektedir. Bunun dışında su içinde yağ emülsiyonları (cold krem, vücut sütleri) yağ, yağ asitleri, mum içerirler.

Üre, laktik asit içeren nemlendiriciler ise epidermisen su tutma kapasitesini artırarak nemlendirici etki gösterirler.

Aloe, Jojoba yağı ve vitamin E içeren nemlendiriciler yıllardan beri halk arasında kullanılması nedeniyle etkin olarak tanıtılmaktadır. Bunların etkinliği bilimsel olarak kanıtlanmamıştır ve bazı maddelerin allerjik kontakt dermatite yol açtığı da bilinmektedir.

Saç Bakımı

Saçların her gün şampuanla yıkanması saçta kuruluğa neden olmaz, saç dipplerindeki epidermal debrisin temizlenmesine yardımcı olur. Saçlar alkali olduğunda kütiküler hücreler kaba ve saçlar kalın kaba görünüm kazanır. Saç temizliğinde kullanılan şampuan ham maddelerinin çoğu sabundan daha alkalidir. Sodyum lauryl sulfat, amonyum lauryl sulfat en güçlü olanlardır, Laureth sulfat deterjanlar ise daha az alkalidir, amphoteric'ler ise bebek şampuanlarında kullanılan maddelerdir ve en hafif temizleyicidirler.

Saç maşaları, elektrikli bigudiler, elektrikli taraklar saçları hızla kurutarak daha gevrek hale gelmesine yol açar ve saçlar kolay kırılır. Bu uygulamalar kıl köküne zarar vermez ve saç gelişimini etkilemez.

Saçları güçlendirmek amacıyla saçların çekilmesi ve saçların gerildiği bazı saç modelleri folliküler skatrislere ve sürekli alopesilere neden olur.

Asit şampuanlar alkali olanların yaptığı hasarı gidermede oldukça yardımcıdır. Kıl gövdesindeki şişmeyi giderdiği için saçlar düzgün ve parlak gözükür. Elektrik şarjını engeller ve sabunların saçlarda bıraktığı mineral kalıntılarını giderir.

Saç kremleri ise şampuanların yaptığı hasarları gidermede oldukça yardımcıdırlar. Bunların içinde yumuşatıcılar, hacimlendiriciler, parfüm, boya, bazan da alkaliler kıl gövdesini şişirerek nemlendiricinin kıl gövdesine daha iyi penetre olmasını sağlar. Saç kremleri kimyasal uygulamalar, ultraviyole ışınlarının zararlarını gidermede yardımcıdır.

Hipoalerjenik ve Nonkomedojenik ürünler

Hipoalerjenik kozmetik demek, teorik olarak içinde allerji yaptığı bilinen maddeler bulunmayan ürünler anlamında kullanılmaktadır. Ancak bunların içinde de bazı kişilerde alerjik reaksiyonlara yol açabilecek maddeler bulunabilmektedir. Hipoalerjenik terimi; o kozmetik ürün içindeki maddelerin saf olduğunu ifade eder. Daha az sayıda allerji yapan madde içerdiği anlamında kullanılmamaktadır. Herhangi bir firma kendi ürettiği ürünleri hipoallerjenik olarak tanımlayabilmekte ve bunu denetleyen yetkili bir kuruluş da bulunmamaktadır. Halen piyasada bulunan bir çok kozmetik, allerji yapan maddeleri içermemektedir. Dolayısıyla kozmetik ürünlerin allerji yapma riskleri minimuma indirilmiştir.

Daha önceden uzun süre kullanıldığı halde allerji yapmayan ürünlerin o kişiye gelecekte de allerji yapmayacağını söylemek oldukça zordur. Bunun nedeni ise formülasyonda yapılan değişikliklerin tüketiciye duyurulmaması ve ürünün etiketinde bu değişikliğin belirtilmemesidir. Genellikle parfümler bu tip reaksiyonlara yol açmaktadır. Bunu saptamak çok güç olduğu için, hekimler hastalarına hiçbir kozmetiği kullanmamasını öğütlemektedir.

Genelde yapılması gereken şey, kozmetiklerin allerji yaptığı düşünülen kişilerin hangi maddelere karşı alerjik olduklarını belirlemek için *patch testleri* (*yama testi*) uygulanmasıdır. Ancak bu testler halen ülkemizde yaygın olarak uygulanmamaktadır.

Kozmetik akneleri genellikle içinde aşırı miktarda yağ bulunan ürünlerin neden olduğu reaksiyonlardır. Hipoalerjenik ürün demek akne yapmıyor demek değildir. Komedon oluşumuna yol açan maddeler sodyum lauryl sulfat, isopropil isostearat, isopropil myristat, butil stearat, hexadecyl alkol, lauryl alkol, oleic asit, lanolin ve kakao yağıdır. Kozmetik aknelere kaçınmak için yağsız, komedojenik organik yağ içermeyen kozmetiklerin kullanılması gerekmektedir. Kremli ve nemlendirici sabunlardan akneli kişilerin kaçınması gerekir.

GÜNEŞ YANIKLARI VE

GÜNEŞTEN KORUYUCU PREPARATLAR

Güneş ışına yoluyla enerji yayar. Güneş enerjisi, dalga boyutlarına göre isimlendirilir. Yeryüzüne ulaşan radyasyon enerjisi üç grupta toplanır. Bunlar 1. Kırmızıötesi ışınlar (700 nm-100 µm) sıcaklık olarak hissedilir; 2. Görünen ışık (400-700 nm) ise gözün retina adını verdiğimiz tabakasını uyaran enerjidir; 3. Morötesi ışınlar [Ultraviyole (290-400 nm)] ise görünen ışına göre daha kısa dalga boylu, ışıklı spektrumun sonunda yer alır. Ultraviyole spektrumu ise üç banda ayrılır. UVA adını verdiğimiz ışınlar ultraviyole ışınları içinde en uzun dalga boylu olanlardır. Bu ışın melanositlerde önceden oluşmuş melaninde süratle pigmentasyona yol açar. UVB ile birlikte deride yaşlanmaya, bazı ilaçlar (psoralenler, doksisisiklin, sulfonamidler, fenotiazidler, klorotiazidler, sulfonylüre v.b.) alındığında UVA ya maruz kalındığında deride fototoksositeye (güneş yanıkları ve büller) yol açar. UVB (280-320 nm) deride eritem ve güneş yanıklarına yol açar ve melanositleri uyarak melanosom yapımını uyarır ve deride bronzlaşmaya yol açar. Kronik UVB ile temas deride yaşlanmaya ve deri kanserlerine yol açar. UVC ışınları ise (200-280 nm) ozon tarafından absorbe edildiği için yeryüzüne ulaşmaz. Bu ışınlar bakterileri öldürür, hafif konjoktivite ve güneş yanıklarına yol açar. Bu özellikleri nedeniyle ameliyathanelerin dezenfeksiyonunda yararlıdır.

Ultraviyole ışınlarının her üç tipi de şartlar gerçekleştiğinde güneş yanıklarına yol açar. UVB bunlar içinde en fazla güneş yanıklarına yol açandır. Yapay ışık kaynakları ile temas sonucu UVC yanıkları, deriyi UVA dalga boyuna duvarlandıran ilaçların sistemik ve lokal olarak uygulanması ile de

yanıklar ortaya çıkar. Güneş yanıkları en çok güneş banyosu veya güneş lambaları ile tedavi veya kozmetik amaçlı uygulama ile ortaya çıkar. İnce tül gibi bulutlar UVB'nin yeryüzüne ulaşmasını engellemez. Pencere camı UVB'yi geçirmez. Atmosferdeki duman (hava kirliliği) ultraviyole ışınları kısmen absorbe eder. Kardan, kumdan yansıyan UV ışınları deriyi etkileyerek yanıklara yol açar. Şapka giymekle veya şemsiye altında durmakla ancak kısmi korunma sağlanır.

Güneş ışınlarına karşı derinin gösterdiği tahammül, kişinin derisinde bulunan melanin miktarı ve kalıtsal olarak belirlenen melanin üretme yeteneğine bağlıdır. Bir başka deyişle esmer insanların derisi güneşten etkilenmez, ve güneş ışınları ile temastan sonra bronzlaşan kişiler güneşin zararlı etkilerine karşı güvence altındadır. Yaz aylarında güneş altında 30 dakika kalan beyaz insanlarda gözlenen deri yanıtına göre deri tipleri belirlenir.

Tip 1: Güneşle her temasta deride yanık (kızarıklık) olan ve hiçbir zaman esmerleşme olmayan kişiler

Tip 2: Güneşle her temasta kızarıklık olan ve çok hafif esmerleşme gözlenen kişiler

Tip 3: Deride orta derecede yanık oluşan ve gittikçe bronzlaşanlar

Tip 4: Minimal yanık, kolaylıkla esmerleşme

Tip 5: Güneşte koyu pigmentasyon oluşturanlar
(Hintliler, Akdeniz çevresinde yaşayanlar, Mongollar)

Tip 6: Zenciler

Tip 1 ve 2 grubundaki insanlar açık tenli, mavi gözlü, kızıl saçlı insanlardır. Yüzlerinde çiller bulunabilir. Ancak saçları koyu renkli olup ta gözleri mavi, yeşil olan insanlarda da Tip 1-2 reaksiyonlar gözlenebilir. Tip 1, 2 olan insanlarda yaz aylarında öğleden sonra 10-20 dakikada deride eritem gelişen olgulardır. Bunların dışında kseroderma pigmentozum, pellegra, porfiri kütane tarda gibi metabolik hadiselerde, aktinik keratoz, bazal hücreli karsinoma gibi neoplastik hadiselerde, bağ dokusu hastalıklarında, immunolojik olaylarda deride güneş ışınlarına karşı tahammülsüzlük ortaya çıkar.

Güneş Yanıkları:

Güneş yanıkları belirtilerine göre iki gruba ayrılır. Hafif tiplerinde güneş gören deri bölgelerinde kızarıklık ve dokunma ile ağrı bulunur. Şiddetli güneş yanıklarında gıysilerin deriye değmesi ile bile şiddetli ağrı, bulantı, kusma, taşikardi, üşüme titreme, ateş meydana gelir.

Güneşle temastan 2 ila 4 saat sonra deride kızarıklık ortaya çıkar ve 24-72 saat kadar devam eder. Deride kızarıklık pembe kırmızıdan koyu kırmızıya kadar değişen tonlarda gözlenir. Deri hafif ödemlidir. Daha sonra bu kızarıklıkların üzerinde bül gelişir. Yanık oluştuktan yaklaşık bir hafta sonra deri soyulur ve epiderm yenilenir. Hiperpigmentasyon UVB etkisi ile ortaya çıkar ve bundan sonraki yanıklardan korur. Bu 2-4 saatte başlar ve 4-7. günlerde de devam eder. UVA reaksiyonları ise daha yavaş seyreder, 48 saatte belirgin olur, günler sonra bu reaksiyon daha belirgin olur. UVC reaksiyonu ise konjoktivit ve keratite yol açar. Hastanın anamnezi genellikle olayın mahiyetinin anlaşılmasında yararlı olur.

Güneş yanıklarının tedavisi

Hafif güneş yanıklarında musluk suyu veya Eau de Goulard ile ıslak kompres 20 dakika süre ile günde 3-4 kez uygulanır. Lokal kortikosteroidler içeren losyon veya kremler inflamasyon ve ağrı azaltmada yardımcı olur. Ancak burada dikkat edilmesi gereken en önemli husus vücut yüzeyinin %20'sini geçmemesidir. Yoksa sistemik steroid etkisi ortaya çıkar. Genellikle güneş yanıklarının tedavisinde lokal anestezi içeren krem ve spreyleerin önerilmesi alışıl gelmiştir Bu uygulamalar ile kısa süreli lokal anestezi sağlanır ancak bu tedavilerin en önemli komplikasyonu özellikle benzokaine karşı allerjik ekzemaların ortaya çıkmasıdır. Güneş yanıkları kendiliğinden iyileşebildiği için, hastayı böyle bir riske sokmak çok sakıncalıdır. Yapay güneş ışığı yayan lambalar, solariyum ve güneşte çok uzun süre kalma ile çoğu zaman hastane tedavisi gerektiren klinik tabolar ortaya çıkar. Bu gibi durumlarda prednisolon 40-60 mg günlük dozda 3 gün verilir ve daha sonra kesilir. Buradaki amaç inflamasyonu ortadan kaldırmaktır. Lokal olarak ıslak pansumanlar, nemlendirici losyonlar, lokal kortikosteroidli kremler kullanılabilir.

Güneş yanıklarından korunma

Güneş ışınlarının zararlı etkilerinden korunmak için iki farklı etki mekanizması ile etki eden preparatlar mevcuttur. Bunlardan en yaygın olarak kullanılanları güneş yağları ve sütleridir. Bu preparatlar *paraaminobenzoik asit (PABA)*, *PABA esterleri*, *gliseril PABA*, *padimate-O*, *benzofenon*, *cinna-mates*, *salisiatlar* ve *antralinatlar* gibi ultraviyole ışınlarını absorbe eden maddeler içerir. Bunların dışında titanyum dioksit, talk ve çinko oksit gibi opak madde içeren kremler deri yüzeyinde bir tabaka yaparak tüm ışınların deriye ulaşmasını engeller, gelen ışınları yansıtırlar.

Güneşten koruma faktörü (SPF) güneş kremi ile korunan deride gelişen minimal eritem yapıcı UV dozu ile korunmasız derideki minimal eritem yapıcı UV dozu arasındaki orandır. Faktör değeri güneşe direncin kaç kat arttığını gösterir. SPF 2 olan bir preparat ile %50 oranında korunma sağlanırken, faktör değeri 15 olan preparat %93 korunma, SPF 30 ise %97 korunma sağlar. Güneşten koruma faktörü aynı olan farklı marka koruyuculardan aynı derecede korunma sağlanamayabileceğini de gözden uzak tutmamak gerekir. Taşıyıcı baz, pH, ısı gibi faktörler korunmayı etkilemektedir. Yapay UV ışınlarına göre standardize edilenlerin gün ışığı değerleri farklı olabilmektedir. Deriye sürülen etkin maddenin suyla uzaklaştırılmaya direnci preparatın etkinliğini belirler. Uzun süre deriye bağlanan ve lipofilik olanlar daha etkilidir.

Güneşten koruyucu krem veya yağları kullanmak istemeyen veya bu preparatları satın alamayanlar için geliştirilen bir başka yöntem ise deride pigment oluşturularak güneşin zararlı etkilerinden korunmaktır. Bunun için terkinde bergapten ve 5 metoksi-psoralen ve UVB koruyucusu bulunan preparatlar kullanılır. Bunlar derinin boynuzsu tabakasını kalınlaştırır ve epidermiste yeni pigment oluşumunu sağlayarak deriyi UV den korur. Bu metod özellikle çok açık tenli (deri tipi I ve II) insanlara uygulanır. Diğer bir yöntem ise PUVA tedavisi ile deride pigment oluşturulmasıdır.

C vitamini, A vitamini ve E vitamini ve bazı doymamış yağ asitleri okside olarak koruma sağlar. Bunun dışında PABA, para-amino salisilik asit, anti-histaminler (triprolidin 238-290 nm) sistemik koruyucu etkileri vardır. Prostaglandin sentezini engelleyen (asetil salisilik asit, indometasan v.b.) ilaçlar UVB yanıklarında kısmi koruyucu rol oynar. Ancak bu ilaçlar güneş

yanıklarının erken eritem fazını engeller, buna karşın 24 saat sonra oluşan geç eritem fazına etkileri yoktur. Antihistaminlerin de güneşin geç tip yanıklarına etkisi yoktur.

Görünen ışına duyarlılığı olanlarda ise *Betakaroten* koruyucu olarak kullanılır. Betakaroten havuç, biber, domates ve portakalda bulunur ve toksik etkileri yoktur. Porfirilerde, aktinik retiküloid gibi hastalıkların tedavisinde endike olan bu madde, erişkinlere 120-180 mg/gün dozda verilir. 1-8 yaş arası çocuklara 30-60 mg/gün, 9-16 yaş arası çocuklara ise 90-120 mg/gün dozlarda verilir. Işınlara tolerans 6-8 hafta sonra ortaya çıkar.

Güneşten koruyucu preparatlar nasıl seçilmeli?

Tip I ve Tip II deri tipi olan kişiler mutlaka koruma faktörü 15 olan preparatlar kullanılmalıdır, Tip 3 ve Tip 4 deri tipi olanlar için 4-6 koruma faktörlü güneş koruyucular kullanmaları yeterlidir. Tip 5 ve 6 deri tipi olanlara güneş kremleri gereksizdir. Güneş ışınlarının şiddetlendirdiği sistemik lupus eritematozus, güneş ürtikeri, porfirilerde ve güneşe bağlı çeşitli hastalıklarda UVA ve UVB spektrumunu kapsayan preparatlar kullanılmaktadır.

Kullanımı:

Güneş altında yapılan uzun süren ekzersizler, yüzme, aşırı terleme preparatların deri yüzeyinden uzaklaşmasına neden olur, bu da koruyuculuklarını azaltır. Etanol içinde hazırlanan PABA esterleri sudan en çok etkilenenlerdendir. Krem bazı içinde hazırlananlar alkol çözeltilerine göre daha etkilidir. Güneşe çıkmadan birkaç saat önce bu preparatlar deriye uygulanmalı ve güneş altında ise yüzme sonrası, aşırı terlemeye yol açan ekzersizlerden sonra deriye uygulanmalıdır.

Yan etkileri:

PABA özellikle güneşte giysileri sarıya boyar. PABA, PABA esterleri, benzofenonlar, cinnamatlar temas ekzemalarına yol açarlar. Benzocaine, procaine, parafenylendiamine ve sulphonamidlere allerjik olana da PABA'ya karşı çapraz aşırı duyarlılık gösterirler.

Güneşten koruyucu preparatların önemi

Tüm anne ve babalar ile çocuklar güneşin zararlarına karşı eğitilmelidir. Doğumdan itibaren 18 yaşına kadar güneşten koruyucu preparatların kullanımını deri kanserlerinin oluşumunu %78 oranında azaltır. Sürekli güneşten koruyucu preparatların kullanımı D vitamini sentezini engeller ve normal beslenme ile alınan D vitamini bu eksikliği giderir.

Güneşe çıkmadan deride güneşte yanmış gibi bronz bir ten elde edilebilir mi?

Dihidroaseton (DHA) deriyi güneşsiz bronzlaştıran preparatların aktif maddesidir. Özellikle stratum korneumu boyayarak kahverengi-turuncu renk değişikliğine yol açar. DHA melanin pigmentasyonunu etkilemez ve güneş ışınlarından korumaz. Stratum korneum (boynuzsu tabaka) yenilendikçe renk açılır.

Güneş banyoları ile ilgili bazı sık rastlanan sorular

1- *Çocukları güneşten nasıl korumalıyız?* Bebek derisi aşırı gergin ve duyarlıdır. 6 aylıktan küçük bebekleri direkt güneş ışınlarından korumak gereklidir. 2 yaşından küçük çocuklara geniş şemsiperli şapkalar, güneş ışınlarını geçirmeyen açık renk bol elbiseler giydirmeli ve saat 10-15 arası güneşe çıkarılmamalıdır. 2 yaşından büyük çocuklar ise güneşten koruma faktörü 10-15 olan güneş yağları ile korunmalıdır. Bu preparatların göze değmemesi gerekir. Göze değdiğinde suyla yıkanmalıdır.

2- *Plajda veya güneş banyosu sırasında ne kadar güneş yağı deriye uygulanmalı?* Erişkin bir insan için 60-75 gram güneşten koruyucu preparat deriye uygulanır. Güneş gören tüm deriye eşit olarak yayılmalıdır. Koruma faktörü 15 olan ve suya dirençli güneş losyon veya yağları tercih edilmelidir.

3- *Güneşten koruyucu preparatlar bronzlaşmayı engeller mi?* Koruma faktörü 10-15 olan güneş preparatları UVB geçirmedikleri için bronzlaşmayı geciktirir. Bu tür yağları kullanırken bronzlaşma UVA etkisi ile gerçekleşir.

4- *Güneşten koruyucu preparat bir kere deriye uygulandıktan sonra, ne kadar sıklıkla deriye tekrar sürülmeli? İkinci veya üçüncü uygulamalar ile*

gün boyu güneşten korunmak mümkün olur mu? Güneş yağlarından en iyi korunma için güneşe çıkmadan yarım saat önce deriye uygulanmalıdır, böylece aktif maddelerin deriye nüfus etmeleri sağlanmış olur. Eğer bu mümkün olmuyorsa güneşe çıkar çıkmaz sürülmelidir. Yüzdükten sonra ve/veya havlu ile kurulandıktan sonra güneş kremleri tekrar sürülmelidir. Bu preparatlar deriyi sadece UVB ışınlarına karşı koruduğu için 90-120 dakikadan uzun süre güneş altında kalmak oldukça sakıncalıdır. Kızılötesi ışınlar ve UVA deride yanıklara neden olur.

5- Hızlı yanmayı sağlayan yağlar veya kremler güneşten korunmada yararlı mıdır? Bu kozmetikler deriyi boyayarak etki ettiği için güneşten koruyucu değildirler. Bebek yağları ve bazı firmalarca tropical olarak isimlendirilen koruma faktörsüz yağlar deriyi nemlendirir ve UV ışınlarının daha kolay nüfus etmesini sağlarlar. Deriyi güneş yanıklarından korumaz ve ciddi yanıklara yol açarlar.

6- Deniz kenarında gölgede veya şemsiye altında oturmak güneş yanıklarından korur mu? Gölgede oturmak direkt güneş ışınlarından korur ancak yansıma yolu gelen ışınlardan korumaz. Gölgede oturuşta bile direkt ışınların 2 misli dozda UV alınması mümkündür. Bu nedenle şemsiye altında durmak ve şapka giymek güneş yanıklarından korumaz.

7- Bulutlu, puslu havalarda güneşten korunmaya gerek var mı? Puslu, bulutlu havalarda da güneş yanıkları olur. Bulutlar sadece sıcaklık hissini veren kızılötesi ışınları geçirmediği için, insan güneşten korunduğunu zanneder. Ultraviyole ışınları bulutlardan geçer ve yanıklara neden olur. Bu nedenle bulutlu havalarda da güneş koruyucularının kullanılması gerekir.

8- Dağda güneş koruyucuya gerek var mı? Rakım yükseldikçe yeryüzüne ulaşan ultraviyole artar. Her 300 metrede UV miktarı %4 artar. Yükseklerde özellikle kar yansıma yoluyla ciddi yanıklara yol açar. Bu nedenle güneş koruyucularına gereksinim vardır.

9- Güneş altında spor yapmak, bahçede çalışmak güneşlenmek kadar tehlikeli midir? Bu tür güneşle temas deride çoğunlukla deride kızarıklara neden olmaz. Ancak bunu gözardı etmemek gerekir. Güneşin etkisi ile deride yaşlanma ve kırışıklıklar ortaya çıkar. Meslekleri gereği güneş altında çalışanların deri kanseri riski fazla olduğu için güneşten korunmaları gerekir.

Paraziter Deri Hastalıkları

Paraziter deri hastalıkları içinde en sık gözlenenleri uyuz ve bitlenmedir. Bu hastalıklar insana özgü hastalıklardır. Ancak tanısı deneyim gerektiren hastalıklardandır.

Uyuz:

Uyuz *Sarcoptes scabiei var. hominis*'in neden olduğu bir paraziter hastalıktır. Bu parazit insana zorunlu parazitlerdendir ve tüm yaşam siklusu insan deri üzerinde geçer. Hastalığın en önemli belirtisi geceleri şiddetlenen özellikle sıcak ortama girildiğinde şiddetlenen kaşıntıdır. Genellikle ailenin diğer üyelerinde de benzer yakınmaların bulunması en önemli bulgudur.

Deri bulgusu: Özellikle parmak yan yüzleri ve parmak aralarında yer alan 5-20 mm uzunluğunda deri ile aynı seviyede üzerinde siyah noktalanmalar bulunan S veya C harfi şeklinde belirtilerdir ve buna sillon adı verilir. Sık rastlanan diğer bir belirti ise parmak aralarında bulunan veziküllerdir. Bunun dışında erkek genitalide ortaya üzeri ülser papüller ortaya çıkar ve uyuz şankrı adını alır.

Bunun dışında gövdede eritemli ödemli papül ve veziküller diğer sık rastlanan belirtilerdir.

Tedavi: Benzil benzoat %25 losyon veya gama benzen heksaklorit içeren losyonlar kullanılır. Banyodan sonra tüm vücuda sürülür ve 24 saat sonra banyo yapılır. İhtiyaç duyulursa 1 hafta sonra tekrarlanır ve çamaşırlar dezenfekte edilir. Küçük çocuklarda sakıncalıdır. Küçük çocuklar için tedavide ise pomad Wilkinson kullanılabilir. Bunun dışında henüz ülkemizde bulunmayan permetrin krem de etkili preparatlardan biridir.

Bitlenme:

Okul öncesi ve okul çocuklarında sık görülen saçlı deri bitlenmesi başlıca saçlı deride kaşıntı veya ense ve kulak arkası gibi bölgelerde ortaya çıkan yoluntular ile seyreden hastalıklardan biridir. Tanısı rastlantısaldir veya dikkatli anne veya öğretmen tarafından saçlı deride ense sınırına yakın bölgede halk arasında sirke olarak isimlendirilen sürfelerin görülmesi ile tanınır.

Tedavi

Gama benzen heksaklorid (GBH) içeren şampuanlar

Piretrinler: *Chrysanthemum* bitkisinden elde edilen bir bileşiktir ve saçlı deri bitlenmesinde oldukça etkilidir. Bu preparat bitlerin sinir sistemine etki ederek paraliziyeye yol açar ve daha sonra da ölümüne yol açar. Sürfelere de GBH kadar etkilidir. Piperonyl butoxide bu maddeyi stabilize ederek etkisinin 2-12 kez artmasına neden olur. Bit 10-23 dakika arasında bir süre öldürüldüğü için oldukça etkilidir. GBH ile bu süre 3 saat kadardır. Şampuan kuru saça homojen şekilde uygulanır ve 10-20 dakika bekletilir ve yıkanır.

Permetrin: Sentetik bir preparat olan permetrin bitlerde paraliziyeye yol açarak etki eder. Saçlı deriye uygulandığında % 95 oranında ovocidal etkisi vardır ve 10 dakikalık tek uygulama ile saç durulandıktan sonra etkisi saçda rezidü bıraktığı için etkisi devam eder.

Malathion %1 Bu preparat kısa sürede etki ederek hem canlı bitlere hem de sürfelere %90 oranında etkilidir. Etkisinin hızlı başlaması başlıca özelliğidir.

BÖCEK SOKMALARI

Bu tarz reaksiyonlar böcek veya sineklerin ısırması ile ortaya çıkar. Deri içine toksin veya allerjenlerin girmesi reaksiyonları başlatır. Bunların dışında böcek veya sineklerin üzerlerindeki tüyler, çeşitli salgılar, batı artıklarının inhalasyonu ve debrisler de aşırı duyarlılık reaksiyonlarına yol açar. Bunun yanı sıra yılan, örümcekler zehirlerini enjekte ederler. Bunlar hemolitik etkilidir. Pıhtılaşma sistemini bozar ve nörotoksik etkiler gösterir. Arı türlerinin sokması ile kaşıntı, ağrı, yanma, batma yakınmaları, batmanın yakınında şişme ve toksik reaksiyonlar ortaya çıkar. 10 veya daha fazla arı sokmasında ise gastrointestinal semptomlar, vertigo, başağrısı, ateş ortaya çıkar.

Hemen ortaya çıkan allerjik reaksiyonlar:

anafilaksi

ürtiker

larinks ödemi
bronkospazm
abdominal kramplar
şok

Geç tip aşırı duyarlılık reaksiyonları ise 2 saatte başlar ve serum hastalığını andırır. Karınca ısırıklarında ise ısırık yerinde ateş ve yoğun yanma hissi ortaya çıkar.

Klinik Belirtiler

Her ne kadar deri belirtisine bakarak, hangi böceğin ısırıldığını saptamak zor ise de bazıları oldukça kendine özgün deri belirtisi oluşturabilirler. Bunlara örnek olarak arı, sivrisinek, karasinek, pire ısırıklarını gösterebiliriz.

ARI: Böcek sokmaları sonucu ısırık yeri ve çevresinde beyaz bir zon ve kırmızı halka bulunur. Daha sonra ödemli papül ortaya çıkar ve birkaç saat içinde kaybolur. Ürtiker ve lenfadenopati gelişebilir.

SİVRİSİNEK: Ödemli papül, geç tip aşırı duyarlılık

KARASİNEK: Karasineklerin ısırıkları deri bölgesinde nodüler lezyonlar ve veziküler oluşur

PİRELER: Ürtiker papülü

Tedavi

Soğuk uygulaması: Toksinin absorpsiyonunu azaltır

Calamin losyon %0.25 mentol

Yerel kortikosteroidler

Sistemik antihistaminler

Korunma

Sinek kovucu losyonlar

- diethylotluamide

- etil heksanediol
- dimetil carbate butopyronoxyl

Bunların uygulandığı bölgenin 4 cm uzağına kadar 10-12 saat süre ile korur.

YANIKLAR

Yanıklar 44 °C üstündeki sıcaklıklarda ortaya çıkar. Sıcaklık arttıkça termal yanık için daha kısa süreye ihtiyaç vardır. Deri kızarmış ve hafifçe şişmiştir. 3-4 günde skar bırakmadan iyileşir.

İkinci derece yanıklarda ise eritem, ödem, ağrı ve bül oluşumu ortaya çıkar.

Üçüncü derecede yanıklar, deri-deri altı dokulara kadar inmiş ağır yanıklardır. Yüzeyi saydam, parşömen kağıdına benzer, ülsere bir yara ve yaygın doku nekrozu gözlenir.

Tedavisi

Akut dönem buzlu suya sokulmuş ıslak ve soğuk havlular veya soğuk su altına tutularak bölgesel soğutma yapılır. Deri yüzeyi su ve sabunla yıkanır. Soğuk uygulama ile ağrı, ödem hiperemi azalır. Daha sonra lokal anestezikler ağrıyı azaltmada yararlıdır. Ancak lokal anestezik uygulaması geç dönemde kontakt dermatitlere yol açar. Topikal kortikosteroidler inflamasyonu baskılamada oldukça yararlıdır. İkinci derece yanıklarda suda çözünen merhemler kullanılır. Bu merhemler deri yüzeyinde 5 gün kalmalıdır.

Kimyasal yanıklar

Uzun süren irrigasyon hasarı yıkanarak azaltılır, asit yanıklarını alkalilerle nötralize etmek eksotermik reaksiyonlara yol açar.

ALLERJİK DERİ HASTALIKLARI

Deri hastalıkları içinde alerjik deri hastalıkları sık görülen hastalıklardır. Cildin dış ortamla teması olan bir organ olması, alerjik deri hastalıklarının bu organımızda sık olarak ortaya çıkışının başlıcı nedenidir. Deri yüzeyinde ortaya çıkacak bir belirti basit bir nedenle (sinek vb.) olabileceği gibi, sis-

temik bir hastalığın belirtisi olabileceğini de akıldan uzak tutmamak gerekir. Deri hastalıklarının büyük bir bölümü bağışıklık sistemini ilgilendiren (immunolojik) ve allerjik mekanizmalar ile ortaya çıkar. Burada bahsettiğimiz "allerji" terimi çok geniş kapsamlı bir terim olup, birçok deri hastalığının gelişiminde önemli rol oynar. Genellikle halk arasında birçok hastalık allerjik mekanizmalarla açıklanmaya çalışılır. Örneğin "domates yedim ellerimde içi su dolu kabarcıklar çıktı" , ya da "çikolata v.b. gıdaları yedim, kurdeşen oldum" gibi yakınmalara sık rastlamaktayız. Halk arasında allerjik hastalıklar ile gıdalar arasında ilişki kurma eğilimi yaygın bir düşünce tarzıdır ve genellikle kaşıntılı hastalıklara bu tür yakıştırmalar yapılır.

Allerji terimini genellikle aşırı duyarlılık reaksiyonlarını tanımlamak için kullanacağım ve bu mekanizmalara bağlı gelişen hastalıklardan bahsedeceğim.

Vücut için yabancı maddeler derimizin üst tabakasında yer alan hücrelerden başlayıp (Langerhans hücresi, keratinosit) daha derin tabakalara kadar çeşitli hücrelerin rol aldığı karmaşık mekanizmalar ile tanınır ve bu da bağışıklık sistemini uyarak deride akut yangısal olayları başlatır.

Kronik deri hastalıkları en çok derinin neresine yerleşir?

Belirtilerin deri yüzeyindeki dağılımı allerjik deri hastalıklarının tanısında oldukça yararlıdır. Örneğin nikel, krom gibi metallere yapılmış kolye, saat ve küpe gibi günlük kullandığımız eşyaların deride oluşturduğu allerjik belirtiler bu eşyaların deri ile temas ettiği yerlerde ortaya çıkar. Atopik egzama, vaskülit, kurdeşen gibi hastalıklarda ise belirtiler simetrik dağılım gösterirler ve derinin her tarafında ortaya çıkarlar. Güneşe bağlı deri hastalıkları ise başlıca güneş gören deri bölgelerinde ortaya çıkar. Bu lezyonların yerleşim bölgeleri, belirtilerin dizilimi, eşlik eden belirtiler hekimin hastalığı tanımasında oldukça yardımcıdır.

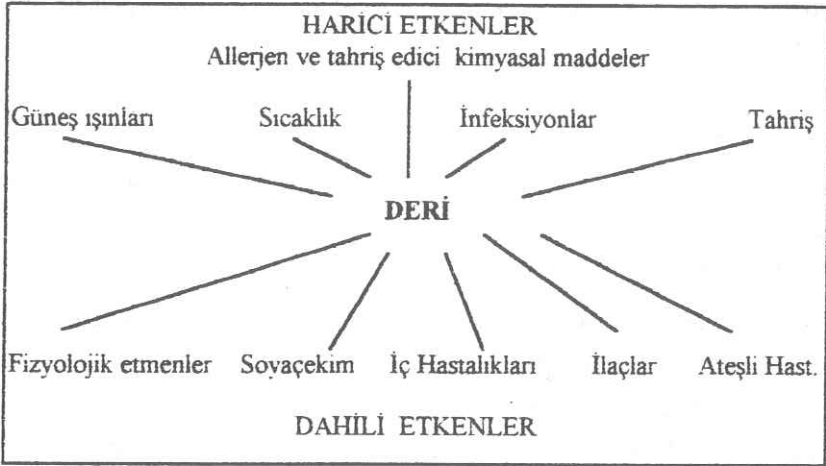
Bu bir allerjik deri hastalığı mıdır?

Allerji terimi dış ortamda bulunan madde ve uyaranlara karşı aşırı duyarlılığı veya tahammülsüzlüğü ifade eder. İnsan yaşamı gereği hergün birçok hastalık etkeni ile karşılaşırız ve bunların büyük bölümü bağışıklık sistemimizin yardımı ile yok edilir ve hastalık ortaya çıkmaz. Bunun

yanısıra endüstrinin gelişmesi ile birçok yeni madde sentez edilmekte, bunlardan bazıları ile günlük yaşamda karşılaşmaktayız.

Deride ortaya çıkan allerjik hastalıkları belli bir nedene bağlı olsa bile diğer dahili ve harici bir çok etmenin etkisi ile gerek klinik özelliklerde gerekse de hastalığın boyutunda değişiklikler ortaya çıkar. Örneğin bir yara nedeniyle başvuran hastaya, yara yüzeyine uygulanan iyodlu merhem, veya antiseptik maddeler (rivanol vb. gibi) egzama tipi allerjik reaksiyonlara yol açarak, klinik görünümü bir yaygın deri egzaması haline çevirebilmektedir. Hastalığın şiddetlenmesinde allerjen ve tahriş edici maddeler, güneş ışınları, sıcaklık, infeksiyonlar, gibi dış etkenlerin yanısıra, allerjik bünye, bazı dahili hastalıklar, ilaçlar, ateşli hastalıklar gibi iç etkenler de rol alır. Yani allerjik hastalıklar sanıldığı gibi basit tek bir nedene bağlı hastalıklar değildir, birçok faktörün etkisinde ortaya çıkan hastalıklardır.

Aşağıdaki şemada görüldüğü gibi dahili ve harici etkenler deride allerjik hastalıkların oluşmasından sorumludur.



Allerjik deri hastalıkları çok çeşitli allerjik mekanizmalar ile ortaya çıkan hastalıklardır. Belki de farklı mekanizmalar ile ortaya çıkışlarının gereği klinik belirtileri farklılıklar gösterir. Örneğin halk arasında kurdeşen adı

verilen "ürtiker" ile temas egzaması farklı alerjik mekanizmalar ile ortaya çıkar. Deri alerjileri halk arasında hatta doktorlar arasında yanlış değerlendirilen hastalıklardır. Alerji, bağışıklık sistemini ilgilendiren mekanizmalarla ortaya çıkar. Örneğin halk arasında saman nezlesi olarak bilinen alerjik rinitler, çiçek tozları (polen) ve ev tozunun neden olduğu alerjik hastalıktır. Bunun yanı sıra penisilinlerin neden olduğu deri döküntüleri de gerçek anlamda alerjik hastalıklardır. Deterjan örneğinde olduğu gibi günlük hayatta sık kullanılan maddeler gerçekte tahriş edici maddelerdir ve deride alerjik reaksiyonları taklit eden belirtilere yol açar. Alerjik mekanizma ile ortaya çıkmayan hastalıkların alerjik hastalıkları taklit edebildiğini gözden uzak tutmamak gerekir.

Alerji nasıl gelişir?

Alerjik hastalıkların gelişmesinde immun sistem adını verdiğimiz bağışıklık sistemi rol oynar. Bu karmaşık mekanizmaları temel tıp bilgisi olmayan okuyucuya anlatmak oldukça güçtür ancak bunu basit birkaç örnekleme ile açıklamak istiyorum. Deri yüzeyine değen veya sürülen kimyasal bir madde deriden emilir. Bu maddeler tek başına alerjik olmayıp deride protein ile birleşerek alerjik nitelik kazanırlar. Emilen bu maddeler derinin üst tabakasında bulunan hücrelerce yabancı madde olarak algılanarak hemen her dokuda bulunan T hücrelerine sunulur (bu hücrelerin salgıladıkları kimyasal maddelerce sağlanır) ve bu hücreler bu bilgiyi belleklerinde saklarlar ve bu madde ile her karşılaştıklarında salgıladıkları kimyasal madde ile deride alerjik reaksiyonları başlatırlar.

Diğer mekanizma ise deri, solunum yolları ve sindirim sisteminden giren alerjen maddeler kanda bulunan reagenere bağlanarak alerjik reaksiyonlardan sorumlu mast hücre yüzeyine yapışırlar. Bu hücreler ise alerjiyi şiddetlendiren maddelerin salınımına yol açar ve klinik olarak alerjik astma, ürtiker (kurdeşen) gibi reaksiyonların ortaya çıkmasına neden olur.

Bazı Alerjik Deri Hastalıkları

Ürtiker (kurdeşen)

Sık görülen ve çok çeşitli allerjik mekanizmalar ile ortaya çıkan çok kaşıntılı ve bazen de hayatı tehdit edebilen hastalıktır. Alerjik mekanizma ile derinin her tarafında soluk pembe renkli deriden kabarık bakla iriliğinde kaşıntılı deri belirtileri ortaya çıkar ve bu belirtilerin en önemli özelliği birkaç saat içinde kaybolmasıdır. Hatta doktora başvurana kadar belirtiler kaybolur, ancak tekrarlayan hecmeler ile devam eder. Belirtiler krizler halinde ortaya çıkar. Bunların en tehlikelisi ağız ve boğaz mukozasında ani ödem gelişimi sonucu yutma gücünü, nefes alma zorluğu ile seyreden tipidir ve bu tabloya *anjionörotik* ödem adı verilir. Anjionörotik ödem tansiyon düşüklüğüne ve anaflaktik şokla ölüme de yol açabilir.

Ürtikerin oluşmasının nedenleri arasında soğuk, sıcak, su, barsak parazitleri, ağır kesici, romatizma ilaçları, bazı antibiyotikler, gıdalar, ruhsal sorunlar, diş çürükleri gibi lokal iltihaplar sayılabilir.

Bunların dışında deriye kimyasal maddelerin direkt olarak uygulanması ile birkaç dakika ile birkaç saat içinde ortaya çıkan üretiklere ise temas ürtikeri adı verilir. Temas ürtikerinin nedenleri arasında basitrasın, kloramfenikol gibi bazı antibiyotikler, lanolin, penisilin, salisilik asit ve benzeri kimyasal maddeler sayılabilir.

Bunun yanısıra böcek sokmaları, "deniz anası" gibi canlıların deriye teması ile de bu belirtiler ortaya çıkabilmektedir. Günlük yaşamda sık kullanılan tırnak cilaları, saç spreyleri, parfümler gibi kozmetikler; yumurta, deniz mahsülleri gibi gıdalar; kaktüs, ısırğan otu, yün, lastikler de deride temas ürtikerine yol açabilirler.

Ürtiker tedavisinde antihistamin adını verdiğimiz ilaçlar, bazen trankilizanlar kullanılır. Alerji yapan madde saptanırsa günlük yaşamdan çıkarılır. Sıcak, soğuk, su, deriye travma uygulanması gibi faktörlerin etkisi ile fiziksel ürtikerler de ortaya çıkabilir.

Fizik ürtikerlerin tipleri ve klinik özellikleri aşağıdaki tabloda özetlenmiştir.

Tablo II: Bazı Fizik ürtiker tipleri, klinik ve tanısal özellikleri

Ürtiker	Sıklığı	Tetikleyici faktör	Başlama süresi	Sistemik belirti	Tanı testi
Basınç ürtikeri	Sık	Basınç (oturma vb.)	3-12 saat sonra	Yüzde eritem	Basınç uygulama
Güneş ürtikeri	Seyrek	Çeşitli ışınlar	2-5 dakika	Kaşıntılı döküntüler	Fototest
Soğuk ürtikeri	Sık	Soğukla temas	2-5 dakika	bayılma	Buz testi
Sıcak ürtikeri	Nadir	Isı ile temas	2-5 dakika	yok	Deriye sıcak uygulanır
Kolinerjik ürtiker	çok sık	Ekzersizle ortaya çıkar	2-20 dakika	baygınlık, bulantı, kusma	Sıcak su banyosu ile ortaya çıkması ekzersiz ile deride belirtilerin gözlenmesi
Su ürtikeri	nadir	su ile temas	30-40 dakika	bilinmiyor	Deriye ıslak kompres uygulanarak

Ürtiker tedavisi

Ürtiker hayatı tehdit edebilen acil hastalıklardan biridir. Bu nedenle hastane tedavisi ve doktor gözetiminde tedavinin yönetilmesi gereklidir.

H₁ antihistamin tedavisi hafif vakalarda ve kronik ürtikerde tercih edilen tedavi yöntemidir. Hidroksizin içeren preparatlar kronik ürtikerde ilk seçilmesi gereken ilaçtır. Yeterli olmadığı takdirde genellikle hidroksizin ile

birlikte klorfeniramin maleat, siproheptadinhidroklorür gibi ikinci bir anti-histamin tedaviye eklenir. Kronik formlarda H₂ antihistaminler (cimetidin), trisiklik antidepressanlar da yararlıdır. Lokal olarak kalamın içeren losyonlar kaşıntının kontrolünde kısa süreli de olsa yararlıdır.

Alerjik Temas egzamaları (Alerjik kontakt dermatitler)

Dış ortamdaki deriye bulaşan alerjik maddelerin neden olduğu alerjik egzama türüdür. Bu reaksiyona herhangi bir kimyasal madde neden olabilir. Daha önce duyarlanmamış kişilerde değmeden yaklaşık 7-10 gün sonra deride belirtiler ortaya çıkar. Bunlar içi seröz sıvı dolu kabarcıklar, kızarıklıklar şeklinde başlar. Daha önce duyarlanmış kişilerde ise 24-48 içinde başlar. Belirtilerin geometrik şekiller göstermesi keskin kenarlı olması en önemli özellikleridir. Bu tür egzamalar tanısında anamnez ve yama testleri yararlıdır. Alerjik temas egzamalarının dağılımı harici alerjen konusunda yardımcı olur. Parfüm, saç boyası, kolye baş boyun bölgesindeki ekzemalara; tırnak cilaları ve göz merhemleri, far rimel gibi kozmetikler göz kapaklarındaki egzamalara; saç permasında kullanılan kimyasal maddeler, saçlı deri ve yüzde ekzemalara yol açar. Ayak sırtı egzaması lastik ayakkabı ve deriye bağlı olabilir. Kulak memesindeki egzama buraya takılan kulak küpesine bağlı olduğunu düşündürür.

Alerjik egzamalara neden olan maddeler aşağıda sıralanmıştır; imitasyon takı yapımında kullanılan metaller (nikel), metal düğmeler, metal sütyen kopçaları, metal araç ve gereçler, parfüm, narenciyeler, deri giysiler (kimyasal işlenmesinde kullanılan kromatlara bağlı), saç boyaları; ayakkabı, eldiven ve giysi yapımında kullanılan lastik malzemeler, flaster yapışkanları, bazı antibiyotik içeren merhemler, lokal anestezipler, epoksi yapıştırıcılar.

Tedavinin temel amacı alerjen maddenin saptanıp günlük yaşamdan çıkarılmasıdır. Bunun dışında uygun ilaç tedavisi yapılır.

Tahriş egzamaları:

Tahriş (irritasyon) egzamaları, alerjik deri egzamalarını taklit eden belirtiler ile seyredir. Bunların en önemli özeliği tahriş edici maddeyle temastan 24-48 saat sonra kimyasal maddenin değdiği yerde egzama benzeri deri belir-

tilerine yol açması ve belirtilerin şiddetinin sonraki günlerde azalmasıdır. Bu tür egzamalara örnek olarak çimento, deterjanlar, asit ve alkali maddelerin neden olduğu dermatitleri gösterebiliriz. Belki şaşırtıcı olacak ama idrar da tahriş edici maddeler arasında yer alır. İdrarın sorumlu olduğu tahriş dermatitine örnek olarak çocuk bezine bağlı pişikler gösterebiliriz. Çocuk bezinde idrarın yıkımı sonucu amonyak ortaya çıkar ve bunun yaptığı tahriş sonucu pişikler oluşur.

İrritasyon dermatitlerinde tahriş edici madde ile temasın kesilmesi ile belirtiler geriler.

Tedavi

Akut sulantılı egzama formlarında alüminyum asetat içeren solusyonlar, kalamın içeren losyonlar kurutucu olarak kullanılır. Veziküler safha yatıştıktan sonra ise topikal kortikosteroid içeren kremler, subakut veya kronik fazda ise kortikosteroidli pomatlar yararlıdır. Antihistaminler ise kaşıntı kontrolünde yardımcıdır. İrritasyona bağlı el egzamalarında ise yumuşatıcı kremler ve kortikosteroid içeren pomatlar, ellerin sudan, sabun ve deterjanlardan korunması başlıca tedavi prensiplerini oluşturur.

Atopik dermatit (Kalıtsal Egzama)

Atopik dermatit nedeni tam anlaşılamamış olan bir alerjik hastalık tipidir. Bu çoğunlukla küçük çocuklarda görülen, kalıtsal faktörlerin önemli rol oynadığı bir hastalıktır. Bu başlıca kaşıntılı epidermal lezyonlar ile ortaya çıkan ve kronik ve nüksedici seyir gösteren bir hastalıktır. Yaş ile birlikte deri döküntülerinin dağılımında değişiklikler gözlenir. Toplumda %5 oranında rastlanır ve 6 yaşından önce başlar. En önemli belirtisi şiddetli kaşıntı ve kaşıntıya bağlı yoluntular, sulantılı kızarıklıklar ve bunların üzerinde kabuklanmalardır. Polenler, bazı gıdalar, yünlü giysiler, eksojen ve endojen antijenler ile belirtilerin alevlenmesi, kış aylarında belirtilerin şiddetlenmesine karşın yaz aylarında hafiflemesi ve sabun ile deride kuruluğun artması başlıca özelliklerdir. Atopik egzamalı hastalarda astım, saman nezlesi gibi belirtiler sık görülür.

Hastalık kronik bir biçimde yıllarca sürer ve genellikle yaşlanma ile belirti-

lerin dağılımında da değişiklikler ortaya çıkar. Genellikle 35 yaş sonrası hastalık belirtileri hafifler. Bu hastalıktan korunmada yün giysilerin deri ile direkt temasının önlenmesi, alerjik gıdalardan kaçınmak (çikolata, salisilatlar, yumurta akı, çilek, deniz mahsüleri gibi), her gıdadan ölçülü tüketmek, hazır gıdalardan mümkün olduğu kadar az tüketmek, deriyi nemlendirmek ve sabun gibi alkali maddelerden kaçınmak, kolonya, parfüm ve diğer kozmetiklerden kaçınmak önerilir. Derinin sürekli nemlendirilmesi hastalık belirtilerini kontrol altına almada yardımcıdır.

Güneş Alerjileri

Güneşin dünyamıza ulaşan ışınları ,görünen ışık, morötesi ışınlar ve kırmızı ötesi ışınlar olarak adlandırılırlar. Pencere camı güneş ışınlarının en az zararlı olan morötesi (ultraviyole) B ve C dalga boyunu geçirmez. Giysilerimiz ise tüm güneş ışınlarının deriye ulaşmasını engeller. Güneş koruyucuları (güneş yağları, sütleri) ise A ve B dalga boylarını geçirmez.

Güneşe karşı aşırı duyarlılık iki ana gruba ayrılır. Bunlar fototoksik ışık reaksiyonları ve fotoalerjik ışık reaksiyonlarıdır.

- Fototoksik reaksiyonlar deride güneş ışığının hasar verici etkisinden kaynaklanır. Bu klinik tabloar güneş yanıklarına benzer.
- Fotoalerjik reaksiyonlar ise güneş ile birlikte alerji yapar nitelik kazanan maddelerin deriden emilmesi ve alerjik mekanizmaların başlaması ile seyreder.

Fototoksik reaksiyonlar güneşlendikten 4 ila 6 saat sonra ortaya çıkar, güneş gören deri bölgelerinde sınırlı kızarıklık, ödem, yanık gibi kabarcıklar, bazen kurdeşen döküntülerini andıran belirtiler görülür. Bu tip reaksiyonlar genellikle sistemik ilaç kullanımı sırasında gözlenir. Fotoalerjik olaylar ise fototoksik reaksiyonlara göre seyrek görülür. Normalde alerji yapmayan bazı maddeler deri üzerinde iken güneşe çıkıldığında deride alerjik reaksiyonlara yol açarlar. Genellikle güneşle temastan 12-24 saat sonra ortaya çıkar. Bu nedenle özellikle sistemik ilaç kullanımı sırasında güneş banyolarından kaçınılması gereklidir.

ÇOCUK BEZİ DERMATİTLERİ

Çocuk bezi dermatitleri lokal olarak derinin uzun süre idrar, feçes ve iritan maddelerle teması sonucu ortaya çıkar. Çocuk bezi dermatitlerinin oluşmasında rol oynayan faktörler, dışkı, barsak enzimleri, deterjanlar, dezenfektanlar sayılabilir. Diyare, yüksek sıcaklık ve nem, derinin yeterli miktarda temizlenmemesi, muşambadan yapılmış kundak bezleri bu reaksiyonları başlatır. Bu belirti anne sütü ile beslenenlerde daha nadirdir.

Çocuk bezi dermatitleri 2-4 aylarda başlar.

Dermatit bir eritemle başlar. Genellikle büklüm yerleri tutulmaz. Hafif vakalarda sadece eritem vardır. Daha şiddetli vakalarda ise papül, vezikül, püstül ve erozyonlar gelişir. Bebek bezi açıldığında keskin amonyak kokusu duyulur.

Ayırıcı Tanı

Seboreik dermatit: 2 yaş altında eritemli, yağlı skuamalar bulunur ve genitokrural bölge ve büklüm yerleri tutulur.

Kandidiazis: Herhangi bir yaşta net sınırlı kırmızı plaklar, skuamlı kenarları vardır. Bununla birlikte ağız içinde oral kandidiazis bulunması en önemli özelliğidir. Perianal bölge ve intertrijinöz bölgeler tutulur.

Psoriasis: 2 yaş sonrası net sınırlı skuamlı plaklar en önemli özellikleridir. Saçlı deri ve gövdede benzer belirtiler bulunur.

1. Bölge tahriş edici maddelerden mümkün olduğu kadar uzak tutulur. Çocuk bezi sık sık değiştirilir. Kağıt bezler bunu azaltır. Bez bölgesinin suyla yıkanması ve kurulanması yeterlidir. Sabun ve antiseptiklerden kaçınılmalıdır.
2. Bölge ılık su, bebek yağı veya *cetaphil* losyonla temizlenir.
3. Talk pudra

4. Odanın çok sıcak olmamasına dikkat edilir.
5. %1 hidrokortizon içeren kremler tercih edilir. Bunu sürdükten sonra çinkooksit içeren merhemler sürülür veya vazelin uygulanır. Bu uygulama ile steroidlerin idrarla yıkanması önlenir.
6. Candida infeksiyonları varsa Clotrimazol ve mikonazol kremler ve pudralar kullanılır.

AKNE

Androjenler sebace glandların gelişimini ve sekresyonunu uyarır. Pubertede hormonal stimulus, sebace follikülleri stimüle eder. Kadın hastalarda da böbrek üstü veya ovaryum kaynaklıdır. Bu ise dihidrotestesteron değişimine yol açar.

Yağ bezlerinin gelişimi ile birlikte bu bezlerin kanallarında çok miktarda bakteri barınır. Sebumda serbest yağ asitleri ve esterifiye yağ asitlerinden P. acnes düşük molekül ağırlıklı peptidleri oluşturur ve inflamatuvar aknenin iritan maddesi olarak düşünülür. Buna hücrel immun yanıt da eklenir.

Boynuzsu hücreler soyulur ve birbirleriyle yapışma eğilimi gösterirler. İmpakt lipid ve karateni kitleler lümeni doldurur ve dilate bezde solud tıkaç oluşturur ve kapalı komedonlara neden olur. Komedon içindeki materyel dışarı çıkar ve bu komedonlar açık komedon olarak isimlendirilir. Siyah nokta olarak isimlendirilen bu komedonlar lipidlerin havada oksidasyonu ile oluşur.

Erişkin orta yaşlı hanımların üçte birinde düşük dereceli akne tipinde erüpsiyonlar vardır ve ergenlik döneminde aknenin devamı gibi devam ederler. Bu erüpsiyonlar formülünde komedon yapan isopropyl myristate, kakao yağı, bulunan kremlerin veya nemlendiricilerin kullanımını sonucu ortaya çıkar.

Bazı oral kontraseptiflerin içinde bulunan progesteron da androjen benzeri uyarı ile akneye neden olur.

Uygun bir tedavi ile hastalığın şiddeti ve hastalık tamamen baskılanır. Akne vulgarisli hastalarda kapalı komedonlar, eritemli papül, püstül, kist ve abseler görülebilir. Yüz, sırt, göğüs, omuzlar en sık yerleştiği bölgelerdir. Bu özellikleri ile akne tanısı alan hastalarda yaklaşım nasıl olmalıdır?

A. Endokrin bozukluklarla ilgili sorgulama yapılmalıdır.

1. Menstrüasyonlar düzenli mi?

Hirsütizm mevcut mu? (Cushing, 21 hidroksiprolidaz yetersizliği)

Polikistik over (%80)

2. Menstruasyon öncesi deri belirtilerinde alevlenme mevcut mu?

15-20 günlerde yağ bezlerinde obstrüksiyon ve sebum akımında direnç ortaya çıkar.

3. Son birkaç ay içinde oral kontraseptif alımı var mı?

B. Mevsimsel değişiklikler

Sıcak ve nemli çevrelerde bulundu mu?

Güneşin etkisi ile akne belirtilerinde artış oluyor mu?

C. Saç bakımı için yağlı maddeler kullanılıyor mu?

D. Deriye sıkıca yapışan giysiler giyme alışkanlıkları var mı?

E. Hastalığı şiddetlendiren ilaçlar ve tedavi yöntemleri uygulandı mı?

- trimetadion

- isoniazid

- androjenler

- danazol

- lityum

- halotan

- vitamin B₁₂

- kobalt irradiasyonu

F. Akne lökositözle ve ateşle başlayıp hızla ilerliyor mu?

Bununla birlikte artropati mevcut mu?

G. Akneli hastalar antibiyotikle tedavi edildi mi, dozu, süresi?
Tetrasiklinler aç karnına mı yutuldu, doz yeterli mi?

H. Stres ve sıkıntının akne aktivitesine etkisi var mı?

TEDAVİ

Hafif tutulum

Bakteriyostatikler

a. Benzoyl peroksit

Serbest oksijen radikalleri ile proteinleri okside eder. P. acnes azaltır.
Serbest yağ asitlerini azaltır. %1-3 oranında kontakt dermatite yol açar.

b. Topikal antibiyotikler

Klindamisin fosfat %1

İdrarda %4-5 oranında klindamisin fosfat saptanmış ve 2 bildiride de psödomembranoz kolit bildirilmiştir. İnflamatuvar barsak hastalığı olanlara verilmemesi gerekir.

c. Eritromisin

d. Alüminyum klorid heksahidrat %6.25 etkin perspirandır. Akneli olgularda etkindir.

Soyucular

Kükürt

Resorsinol

Tretionin

Orta ve şiddetli tutulum

1. Benzoyl peroksit jel

2. Tretionin epidermal devinim süresini kısaltır, boynuzsu tabakanın yapışmasını engeller, komedon oluşumunu engeler

Yatmadan en az 1 saat önce yüze uygulanır, en az 15 dakika bekledikten sonra yıkanır.

Güneş ışınlarından sakınılmalıdır

Su bazlı kozmetikler kullanılmalıdır. İçinde özellikle mineral yağları bulunan kozmetikler komedon oluşumuna neden olarak akneyi şiddetlendirir.

3. Benzoyl peroksit gündüz ve tretionin gece sürülür

Antibiyotikler

- a. Tetrasiklin
- b. Eritromisin
- c. Minosiklin
- d. Doksisiklin

4. Sebace gland süpresyonu

Östrojenler

Prednisolon 5-7.5 mg

Östrojen+prednisolon

Spirolakton 50-100 mg/gün 200 mg kadar artırılır.

İsotretionin

0.5-1.0 mg/kg

Teratojenik tedavi kesdikten sonra 1 ay ilaç almaması önerilir.

YEREL KORTİKOSTEROİDLER

Yerel kortikosteroidler, antiinflamatuvar etkili ilaçlardır. Yerel kortikosteroidlerin bir özeliği de hücre bölünmesini engellemesidir. Birçok inflamatuvar ve kaşıntılı egzamatöz deri hastalığının tedavisinde kullanılır. Hücre çoğalmasını baskılaması nedeniyle de psoriasis gibi hastalıkların tedavisinde etkin bir ilaçtır. Yerel kortikosteroidler ilk defa 1952 yılında piyasaya girmiş, o günden bugüne yüzlerce ticari şekli piyasaya sunulmuştur.

Lokal kortikosteroidlerin yararları

- çok çeşitli deri hastalığının tedavisinde kullanılması
- küçük miktarlarda hızla etki etmesi

- kullanım kolaylığı
- kokusuz olması
- ağrıya neden olmaması
- stabil olması
- diğer tedavi yöntemleri ile birlikte kullanılması
- deri yolu ile emilen ilacın sistemik etkilere neden olmaması

Yerel kortikosteroidlerin etkinliği

- ilacın gücü
- perkütan penetrasyon gücüne bağlıdır.

Klinik güçleri büyük ölçüde reseptör proteinlerine bağlanma ile paralellik gösterir. Potensi yine büyük ölçüde kullanıldığı baza bağlıdır.

Hidrokortizonun %1'lik solusyonu normal deriye uygulandığında yaklaşık %1 emilir, egzamatöz deriye uygulandığında ise emilen miktarı iki mislidir. Kortikosteroidlerin penetrasyonunda bölge farklılıklar bulunur.

Sırt derisinde	0.14
Saçlı deride	3.5
Alında	6
Yanakların köşesinde	13
Skrotumda	42 kez fazla emilir.

Derinin nemlendirilmesi ile yerel kortikosteroidlerin emilimi 4-5 kez artar. Atopik dermatit gibi deride inflamasyonun bulunduğu hastalıklarda perkütan penetrasyon artar. Eritrodermi gibi deri koruyucu fonksiyonunun bozulduğu hastalıklarda ise emilim artar. Kortikosteroidlerin moleküler yapılarındaki küçük değişiklikler kortikosteroidin gücünü değiştirir. Yağda çözünürlüğünün artması ise penetrasyonu artırır. Steroid molekülünün metabolik yıkımı klinik etkinliğinde aşırı değişikliklerle sonuçlanır. Kortikosteroidin ana molekülüne halojenlerin eklenmesi ile aktivitesi artar.

Topikal steroidlerin gücü deri damarlarında vazokonstriksiyon yapma yetenekleriyle ilişkilidir. Diğer bir değerlendirme yöntemi ise deneysel olarak oluşturulmuş kontakt dermatiti baskılama yeteneğine bağlıdır. Antimitotik

etki ise invitro fibroblast inhibisyonu yolu ile sağlanır ve/veya in vivo epidermal mitotik etki değerlendirilerek yapılır.

Yerel kortikosteroidlerin sistemik emilimi uygulanan ilacın farmakokinetik özellikleri ve kerneumun integrasyonu ile yakın ilişkilidir. Hipotalamik-hipofiz adrenal aksinin baskılanması orta veya yüksek güçlü ajanlarda ortaya çıkar.

Yerel kortikosteroidler deriye uygulandıktan sonra üzerlerinin ince plastikle sarılarak kapatılması kortikosteroidlerin etkisini 100 misli artmasına yol çar. Oklüzyon ile stratum korneumun hidrasyonu artar ve deri yüzeyi %40 oranında genişler, boynuzsu tabakada biriken steroid rezervuar etki ile tedavi sonrasında da etkisini sürdürür. Oklüzyon ile steroidlerin uygulanması emilimi artırır ve sistemik etki ortaya çıkabilir. Clobetazol HPA aksamı 2g/gün dozda baskılar. Steroidin yapısındaki fluor bu riski artırır. Özellikle çocuklarda bu risk çok fazladır. Oklüzyon tedavisi sonucu derinin fonksiyonları tedavi kesildikten haftalar sonra normalleşir. İnfeksiyon, miliaria,follikülitler, ısı alış verişinin bozuması, güneş yanıklarına eğilim, atrofi, stria oluşumu sayılabilir.

Topikal kortikosteroid kullanımının başlıca yan etkileri şunlardır.

- Oklüzyon yapılmaksızın deriye uygulanması, hiperkortikolizme yol açar.
- Kullanılan baza bağımlı olarak yanma kaşıntı, irritasyon, kuruluk ortaya çıkabilir.
- Kortikosteroidler kontakt dermatite neden olabilir. Özellikle staz dermatitlerinde bu risk daha fazla ortaya çıkabilir.
- Kapalı pansuman uygulaması ile miliari, follikülit ve maserasyon gelişebilir.
- Topikal kortikosteroid çok uzun süre kullanılırsa deride telenjektazi atrofi gözlenir. Bunun sonucu epidermis hücrelerinde küçülme ortaya çıkar. Telenjektazi ve atrofik değişiklikler ilaç kesildikten sonra 6 ay içinde düzelir. %12 oranında alüminyum laktat içeren kremlerle düzelir. Yine uzun süre kullanım sonucu purpuralar ortaya çıkar.

Yan etkiler yerel kortikosteroidin gücü ile yakın ilişkilidir.

UYGULAMA SIKLIğI

Kortikosteroid içeren preparatların günde 2-3 kez uygulanması ile daha iyi sonuç alındığına dair bulgu yoktur. Genellikle akşam bir kez uygulanması gündüz de birkez baz krem uygulanması yeterlidir.

Taşıfilaksi

Güçlü kortikosteroidlerin sürekli günde birkaç kez uygulanması preparatın etkisini bozar. Taşıfiaksi 1 haftada ortaya çıkar, ancak eski etkinliğine 1 hafta sonra kavuşur.

Relatif potens

Topikal kortikosteroidlerin güçleri ise vazokonstriksiyon yapma derecesine bağlıdır. Konsantrasyon arttıkça bu etki de artar.

Topikal kortikosteroidin ticari adı ile etkinliği arasında çelişkiler vardır. Bazı jenerikler %50 daha az etkin olabilmektedir, bu nedenle steroidleri uygularken jenerik isim yerine ticari ismi kullanmak zorunluluğu vardır.

DOZ:

Yerel kortikosteroid uygulama sıklıkları dermatozun şiddetine göre ayarlanır. Yağlı bazlarda uygulanan kortikosteroidler daha etkindir. Losyon ve kremlerin etkinliği daha azdır.

Bazı araştırmacılar formülünde %1-10 oranında üre bulunan kortikosteroidli krem ve/veya pomatların deri yolu ile steroid emilimini arttırdığı görüşündedir. Bazı araştırmacılar ise ürenin yerel kortikosteroid %10'unu degrade ettiğini iddia etmekte daha önce iddia edilen hipotezi çürütmektedirler.

Çeşitli dermatozların tedavisinde başlangıçta en güçlü olanı seçip idameyi hidrokortizon ile sürdürmek temel prensiptir. Cilt hastalıklarının yarısı orta veya zayıf kortikosteroidler ile tedavi edilebilen hastalıklardır. Skrotum, kasık, koltuk altı, meme altı, göz kapakları gibi steroid emiliminin yüksek olduğu bölgelere %1 hidrokortizon uygulanmalıdır.

Yerel kortikosteroidlerin güçlerine göre dağılımı

(En güçlü)	% 0.05	Clobetasol propionate	
	% 0.05	Clobetasol propionate	
	% 0.05	Betamethasone dipropionate	I
	% 0.05	Betamethasone dipropionate	
	% 0.05	Diflorasone dipropionate	
	% 0.05	Halobetasol propionate	
	% 0.1	Amcinonide	
	% 0.05	Betamethasone dipropionate	
	% 0.05	Diflorasone diacetate	
	% 0.1	Halcinonide	
	% 0.05	Fluocinonide	II
	% 0.05	Fluocinonide	
	% 0.05	Fluocinonide	
	% 0.05	Diflorasone diacetate	
	% 0.25	Desoximetasone	
	% 0.25	Desoximetasone	
	% 0.5	Triamcinolone acetoneide	
	% 0.005	Fluticasone propionate	
	% 0.05	Betamethasone dipropionate	
	% 0.05	Diflorasone diacetate	III
	% 0.5	Triamcinolone acetoneide	
	% 0.05	Diflorasone diacetate	
	% 0.1	Betamethasone valerate	
	% 0.1	Triamcinolone acetoneide	
	% 0.025	Betamethasone benzoate	
	% 0.05	Flurandrenolide	
	% 0.1	Amcinonide	
	% 0.025	Fluocinolone acetoneide	IV
	% 0.1	Triamcinolone acetoneide	
	% 0.025	Fluocinolone acetoneide	
	% 0.05	Desoximetasone	
	% 0.025	Betamethasone benzoate	

	% 0.1	Triamcinolone acetonide	
	% 0.05	Fluticasone propionate	
	% 0.1	Clocortolone pivalate	
	% 0.5	Flurandrenolide	
	% 0.02	Betamethasone dipropionate	
	% 0.025	Fluocinolone acetonide	
	% 0.1	Triamcinolone acetonide	
	% 0.1	Triamcinolone acetonide	V
	% 0.1	Hydrocortisone butyrate	
	% 0.025	Fluocinolone acetonide	
	% 0.025	Fluocinolone acetonide	
	% 0.05	Desonide	
	% 0.1	Betamethasone valerate	
	% 0.1	Betamethasone valerate	
	% 0.2	Hydrocortisone valerate	
VI.	% 0.05	Alciometasone dipropionate	
	% 0.05	Alciometasone dipropionate	
	% 0.03	Flumethasone pivalate	VI
	% 0.01	Fluocinolone acetonide	
	% 0.05	Desonide	
Az güçlü	% 1	Hydrocortisone	VII
	% 2.5	Hydrocortisone	

AFTÖZ STOMATİT

Genellikle tekrarlayan, ağrılı erozyonlardır. Bu belirtiler dudaklar, yanaklar, dişetleri, dil, damak ve farinkste ortaya çıkar. Genel popülasyonda aftlar %20-30 oranında ortaya çıkar. 10-40 yaş arasında sıktır. Aft gelişimi gıdalar, ilaçlar fizik emosyonel stres, sigarayı bırakanlarda diş travmaları sonucu ortaya çıkar.

Aftlar

1. Minor

2. Herpetiform

3. Majör

olmak üzere 3 çeşittir.

Patogenezinde lenfosit epiteyial hücrelerin karşılıklı etkileşimi ile veya *Streptococcus sanguis* sorumlu tutulmaktadır.

Bu tür belirtilerin görüldüğü hastalıklar

1. Akut herpes simpleks gingivostomatiti
2. Behçet hastalığı
3. Kandidiaziste
4. Vincent anjini
5. Agranulositozlu hastalarda
6. B12-folat eksikliği ile seyreden makrositler anemilerde
7. Demir eksikliği
8. Celiac hastalığı

Aftların görüldüğü hastalıklar

- Kronik ülseratif kolit
- Chrohn hastalığı
- Lupus eritematozus
- Malabsorbsiyon sendromları
- HIV
- Behçet hastalığı

Tedavi

1. Ağrının kontrol altına alınması
2. Mevcut lezyonları daha kısa sürede iyileştirmek
3. Yeni lezyon oluşumunu önlemek

A. Ağrı kontrolünü sağlamak için

1. Lokal anestezipler
 - a. Lidokain
 - b. Diphenhidramin
 - c. Benzocaine içeren oral pastalar

2. Gümüş nitrat çubukları

Bu sinir uçlarında tahrip eder.

a. Tetrasiklin kompres 250-1000 mg 30 ml distile suda veya Benadryl içinde çözünerek 10-20 dakika 4-6 kez uygulanır ve yarım saat hiçbir şey yenmemesi önerilir.

b. Sefalekssin monohidrat 250 mg kapsülleri 30 ml suda çözünerek hazırlanır.

C. Yerel kortikosteroidler

Triamsinalon asetonid %0.1

2.5 mg hidrokortizon sodyum süksinat

0.1 mg betametazon 17 valerat

Dekzametazon süspansiyon

Dapson

Talidomid

DERMATOFİT İNFEKSİYONLARI

Dermatofit adını verdiğimiz mantarlar toprakta, hayvanda veya insanda bulunan mantarlardır. Dermatofitler epidermin yüzeysel tabakasında, keratinde yaşarlar, canlı epidermiste yaşamazlar. Kötü hijyen şartları, tropik iklim, atopi, infekte hayvanlarla, insanla temas hastalığın ortaya çıkmasına yol açar.

Tinea kapitis özellikle ergenlik döneminden önce çocuklarda sık görülen hastalıktır.

Berberlerin kullandığı aletlerden, saç fırçası, tarak ve şapkalardan bulaşır. Minor bir travma ile kütan barier yıkılır ve infeksiyonu başlatır.

Deri belirtisi olarak saçlı deride asemptomatiktir. Ancak inflamasyon geliştiğinde zemininde kıl fölliküllerinin ağzında iltihap gözlenir.

Bölgesel saç kaybı, kırık saçlar, inflamasyon en önemi bulgulardır.

Tinea Barbae sakallı deride ortaya çıkar. Yüzeysel formları vücudun herhangi bir yerinde ortaya çıkan yüzeysel mantar hastalığına benzer.

Tinea korporis:

Bu tipi herhangi bir yaşta ortaya çıkar asemptomatik ve hafif pruritik lezyonlar ile seyreder. Kırsal kesimde sık rastlanan hastalıklardandır. Bu hastalığın belirtisi eritemli papül veya maküller olup bu belirtilerin çevreye doğru genişlemesi en önemli özellikleridir. Çevreye doğru genişlerken merkezleri iyileşir. Yüz, omuz, kollar en sık tutulan deri bölgeleridir.

Tinea kruris (kasık mantarı)

Bu mantar genellikle kasıklarda yerleşir. Genellikle tanısında utanma vb olaylar sonucu insanlar muayeneden kaçınır ve genellikle komşusundan veya ezcaneden aldıkları ilaçlar ile tedavi olurlar. Yukarıda saydığımız özellikleri gösteren hastalıklardır.

El ve Ayak Mantarları

Mantar hastalıkları içinde sık rastlanan hastalıklardır. Çeşitli serilerde ayak mantarlarının sıklığı %30-70 arasında değişmektedir. Bu hastalık genellikle erişkinlerde gözlenir. Hastalığın bu kadar yaygın olmasının başlıca nedeni ayakkabı, çorap ve terliklerde etkenin bulunması ve eşyalar yıkandıktan sonra bile 5 ay kadar canlı kalabilmelerindedir. Ayak parmak aralarında soyulmalar, çatlaklar, kaşıntı, ve bazen sekonder bakteri infeksiyonlarının eklenmesi ile de crizipel, lenfajit gibi belirtilerin eklendiği hastalıklardır. Bu sık gözlenen tiplerinin yanı sıra tüm ayak tabanını tutan ve üzeri skuamli lezyonlara seyreden tipleri, veziküller ve büllöz formları sık rastlanır.

Tırnak mantarları

Vücudunun herhangi bir yerinde mantar hastalığı olan insanların yaklaşık %40'ında tırnak mantarları bulunmaktadır. Tırnak kırık ve kalınlaşmıştır. Tırnak kalın, dönmüş görünümündedir.

Mantar hastalığı olan hastaların muayenesi ve infekte bölgelerde mantar arayarak tanının teyid edilmesi ve özellikle tırnak mantarlarında kültür metodları ile mantar tiplerinin belirlenmesi gereklidir.

Tedavi

Korunma:

Mantar hastalığı olan bir insana öneriler

- Banyolardan sonra parmak aralarının iyice kurulanması, intertriginöz bölgelerin ise pudralanması öğütlenmelidir.
- Ayakkabıların uygun sıkmayan deri olmasına dikkat edilmeli, mümkün olduğu kadar lastik ve plastik ayakkabılardan kaçınılmalıdır.
- Çorapların pamuklu ve nem çekici olmasına dikkat edilmesi gerekmektedir.
- Giysiler ve havlular yüksek sıcaklıkta yıkanmalıdır.

Tedavi:

Büllü lezyonların içindeki sıvı boşaltılır ve bül çıkarılmaz. Bunun yanısıra potasyum permanganat 1/10000 solusyonları yararlıdır.

Antifungal ajanlar:

İmidazol türevleri:

Clotrimazol

Econazol

Bifanozol

İsokonazol

Ketokonazol

Oksikonazol

Sulcinozol

Allilaminlar

Naftifin

Terbinafin

Piridon türevleri

Cicloprox olamin

Tolnaftat

Tedavide bu preparatların günde iki kez lezyon bölgesine uygulanması önerilir. Yüzeysel lezyonlar 1-3 haftada iyileşir. Tedaviye en az 4 hafta devam

edilmelidir. Böylece nüks oranı büyük ölçüde azalmaktadır. Bu preparatların tedavi edici özellikleri %80-90'dır. Ayak mantarlarında tedaviden sonra nükslere ve yeni bir enfeksiyona sık olarak rastlanmaktadır.

Hiperkeratozik lezyonlarda asit salisilik (%3-5) içeren krem ve merhemler uygulandıktan sonra diğer saatlerde lokal ilaçlar kullanılmalıdır.

Tırnak mantarlarında ise keratolitik ilaçlar ve topikal ajanlar birlikte kullanılmaktadır.

Sistemik Mantar ilaçları

Dermatofit tedavisinde en eski ilaçlardan birisi Griseofulvindir. Griseofulvin 500-750 mg/gün dozlarda tinea pediste 3 ay kullanılması gerekmektedir. Mantar çoğalmasını önleyen bir ajan olduğu için etkinliği %70 civarındadır. Bu nedenle lokal ilaçlarla birlikte kullanılmalıdır. Yine saçlı deri mantar hastalıklarında, kasık mantarlarında kullanılmaktadır.

İmidazoller

Ketokonazol

Ketokonazol özellikle kandida ve bazı sistemik mantar hastalıklarında etkin olan ancak dermatofitlere çok etkili olmayan bir ilaçtır. Griseofulvin ile tedavi edilemeyen olgularda endikedir. Özellikle ter salgısı ile deri yüzeyine ulaşarak antifungal etki gösterir. İlacın en önemli yan etkisi ise hepatotoksitesidir. 10000 veya 15000 de bir sıklıkla ortaya çıkar ve fatal olabilmektedir. Anafilaksi, anabolik steroid sentezinin baskılanması, antikoagulanlarla etkileşim, astemizol ve terfenadin ile birlikte kullanılması kontrendikedir. İtrakonazol ve flukonazole de birlikte kullanılmaması gerekir.

Triazololer

İtrakonazol: Blastomikoz ve histoplazmoz tedavisinde endike bir ilaçtır. Oral, ösofageal, vulvovajinal candidiaziste etkilidir. Oral itrakonazol griseofulvin ve ketokonazole göre daha etkindir ve ilaç alımı sırasında bulantı kusma ve aminotransferaz enzimlerde yükselme (%5-10) oranında ortaya çıkmaktadır. Tinea corporis tedavisinde 100 mg/gün 15 gün, tinea pediste 30 mg/gün onikomikozlarda 400 mg/gün bir hafta 4 kez uygulama veya 6 ay

süre ile kullanımı önerilmektedir. İlacın tırnak ve epidermiste yüksek konsantrasyonlarda bulunması avantaj sağlar.

Allilaminler

Terbinafin:

Terbinafin skualene psidaz enzimine etkili oduğu için bakterisid etkili bir ilaçtır. Bu 250 mg/gün dozlarda çeşitli tinea infeksiyonlarında 3-6 haftalık tedavi süreleri yeterli bulunmaktadır. Tırnak mantarlarında ise doz 3 aya kadar uzamaktadır. Yan etkileri çoğunlukla tedavinin ilk haftasında ortaya çıkmaktadır. Bunlar gastrointestinal yan etkiler, deri döküntüleri olarak sıralanabilir.

Flukonazol

Triazol türevi antifungal ajanlardandır. Bu preparat gastrointestinal yoldan çok iyi emilir ve ter salgısı ile atıldığı için ve keratine affinitesi nedeniyle deri yüzeyinde yüksek konsantrasyonlarda birikir. Bu konsantrasyonları 7-10 gün süre ile stratum korneumda birikmesi nedeniyle bakteriyostatik etkisini sürdürür. Bu nedenle haftada tek doz 150 mg flukonazol bazı dermatofit infeksiyonları ve kandidiaziste etkili bulunmuştur.

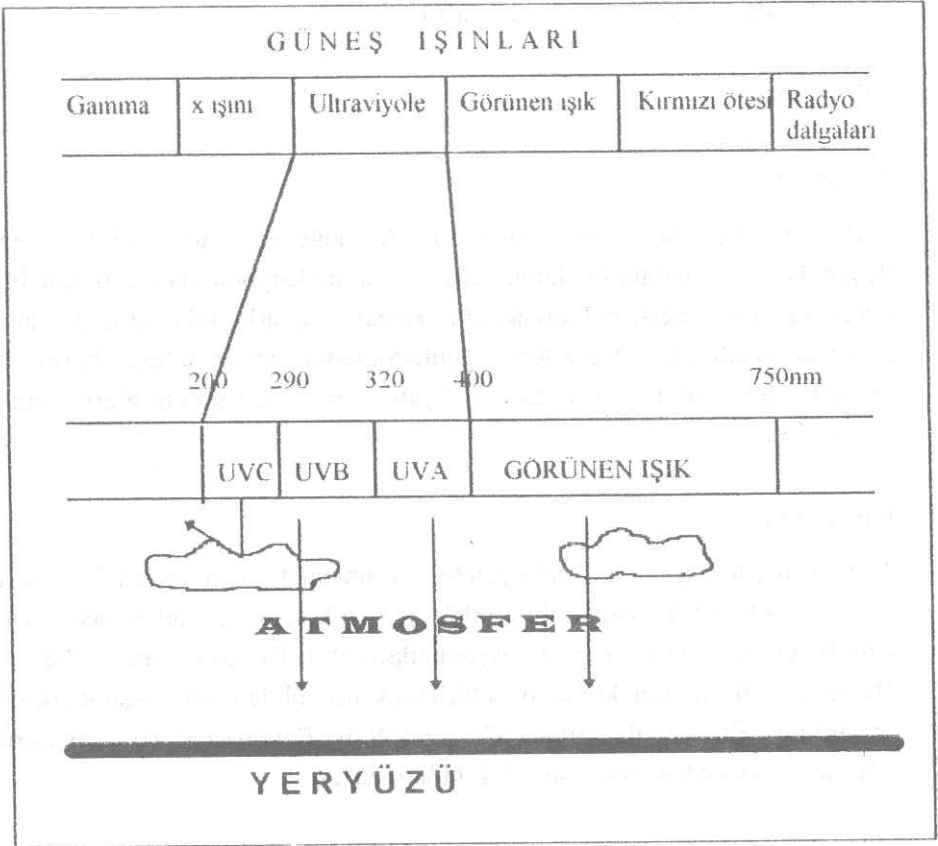
Tinea versikolor

Sık gözlenen mantar hastalıklarından birisi de tinea versikolordur. Kromik ve akromik olmak üzere iki tipi olan bu hastalık başlıca sırt, omuzlar, göğüs, kasık bölgesine yerleşir. Üzeri kepekli lekeler ile seyredir.

Topikal tedavi:

1. Selenyum sülfid preparatları; Tutulan bölgeye sürülür ve kurummasına izin verilir, 7-14 gün süre ile uygulanır.
2. Zink prition: Zink prition içeren şampuanlar 5 dakika süre ile omuz bölgesine uygulanır ve 14 gün süre ile devam edilir.
3. Antifungal krem ve solusyonlar

Şekil 3: Güneş ışınlarının dalga boylarına göre dağılımı



Şekil 3: Güneş ışınlarının dalga boylarına göre dağılımı

Kaynaklar

1. Tüzün Y, Kotogyan, A, Aydemir EH, Baransü O: Dermatoloji II. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kıtabevi 1994.
2. Saylan T: Hekimler için Deri ve Zührevi Hastalıklar; İstanbul, Yüce Yayınları 1989.
3. Arndt K A Manual of dermatologic therapeutics. 5. Baskı Boston Little Brown and Co. 1995
4. Fitzpatrick TB, Eisen AZ et al: Dermatology in general medicine. 4. Baskı Newyork McGraw - Hill Book Co. 1993.