

# Birinci Basamakta Sık Rastlanılan Dermatolojik Hastalıklar

DR. OZAN ŐENGÜL

PROF. DR. MEHMET UNGAN

# Sunum Planı

- ▶ Akne Vulgaris
  - ▶ Ürtiker
- ▶ Fungal Deri Hastalıkları
  - ▶ Atopik Dermatit
  - ▶ Psöryazis

# Akne Vulgaris



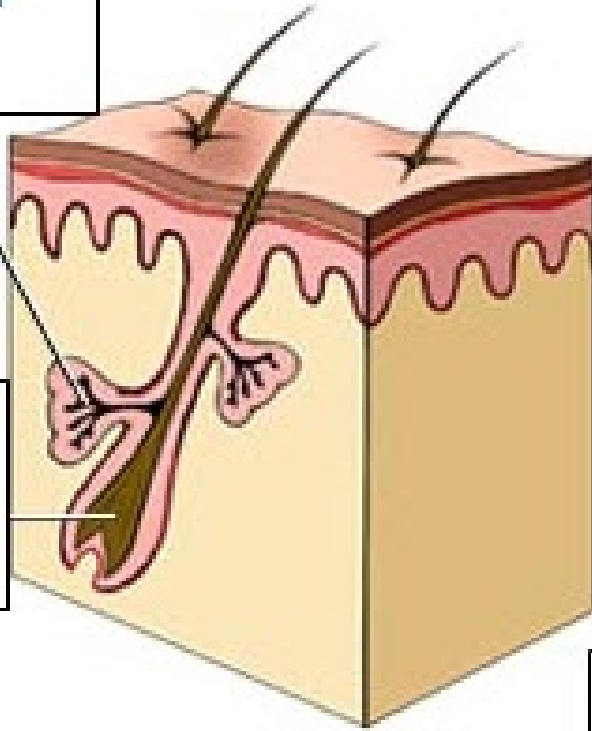
# Akne Vulgaris

- ▶ Akne vulgaris, pilosebace ünitenin, multifaktöriyel, inflamatuvar bir hastalıdır.
- ▶ Akne genellikle pubertenin bir göstergesi olarak ergenlik döneminde başlar ve hastaların çoğunda 25 yaşından önce kendiliğinden sonlanır.

## Sağlıklı kıl folikülü

Yağ bezi

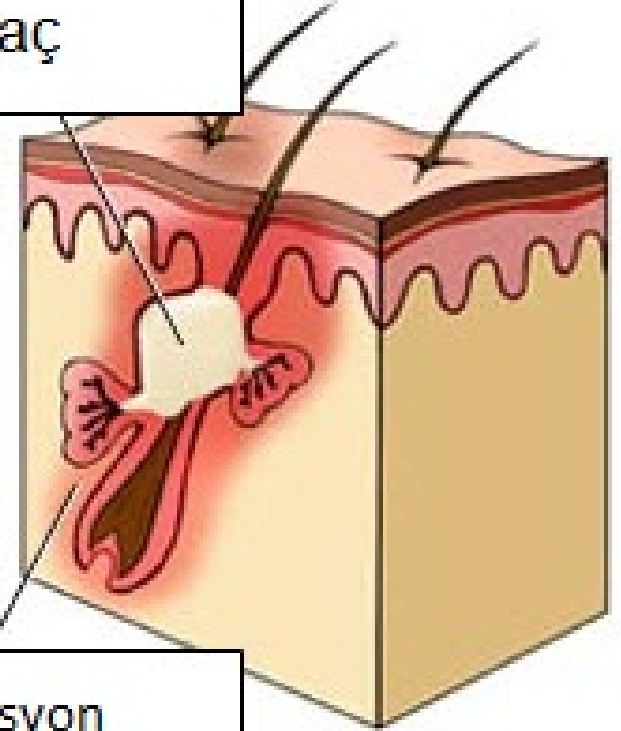
Kıl  
Kökü



## Tıkaç oluşumu

Tıkaç

İnflamasyon



# Epidemiyoloji

- ▶ Rodemaker ve ark. yaptığı çalışmada;
  - 16 yaşındaki erkeklerde insidans; %95
  - 16 yaşındaki kızlarda insidans; %83
- ▶ Bu yaşlardan sonra insidans giderek azalmaktadır.
- ▶ 40 yaşındaki erkeklerde %1
- ▶ 40 yaşındaki kadınlarda %5

# Akne vulgaris lezyonlarının gelişimi

- ▶ Sebum salınımında artış,
- ▶ Duktal hiperkornifikasyon,
- ▶ Folliküldeki *Propionibacterium acnes* kolonizasyonu,
- ▶ İnflamasyon

# Sebum Salınımında Artış

- ▶ Sebum artışı ile akne miktarı orantılı
- ▶ Komedojenik ve inflamasyona neden olur
- ▶ P.acnes için gerekli ortam
- ▶ Adrojenlerin kontrolü altında



# Duktal Hiperkornifikasyon

- ▶ Pilosebase ünite de ilk değişiklik, folliküldeki keratinizasyonun farklı olması.
  - ▶ Duktal hiperkornifikasyon
  - ▶ Follikül hücrelerinde hiperproliferasyon
  - ▶ Hipodeskuamasyon

Mikrokomedonlar ile başlayıp açık ve kapalı komedonlara dönüşür.

# Propionibacterium Acnes

10

- ▶ Propionibakteriler gram-pozitif, hareketsiz basillerdir ve şekerleri fermente ederek propionik asit açığa çıkarırlar.
- ▶ Enfeksiyöz değil, bulaşıcı değil.
- ▶ İnflamasyona neden olur
- ▶ Kemotaktik sitokin üretir, kompleman sistemini aktive eder.

# Diyet

- ▶ Akne şiddeti ile alınan toplam kalori miktarı ve yiyecek çeşitleri arasında herhangi bir ilişki gösterilememiştir
- ▶ Yüksek glisemik indeksli rafine yiyecekler, omega 3 alımının azalması

- ▶ Açık komedon, deri ile aynı seviyede veya hafif kabarık olup, melanin nedeniyle siyah renkli olan keratin tıkaçlardır.
- ▶ Kapalı komedonlar ise deri renginde çok küçük papüllerdir.
- ▶ Aknenin inflamatuvar lezyonları ise papül, püstül, kist veya nodüller olabilir.



# Tanı/Ayırıcı Tanı

14

- ▶ Anamnez, İnspeksiyon, Fizik Muayene
- ▶ Acne Rosacea :
  - ▶ Rozase çoğunlukla 30 ila 60 yaş arasındaki, açık tenli- renkli gözlü erişkin kişilerde görülür.
  - ▶ Rozase, yavaş ilerleyen bir hastalıktır ve genellikle dönemler(alevlenmeler) halindedir.







# Topikal Tedavi

17

- ▶ Topikal Retinoidler:
  - ▶ Mikrokomedon oluşumunu inhibe eder
  - ▶ Komedon sayısını azlatır
  - ▶ Antiinflamatuvar etki
  - ▶ Anormal deskuamasyonu önler

İzotretinoin(13-cis retinoik asit) )% 0.05'lik jel, % 0.05 ve % 0.1'lik krem formunda bulunur.

# Topikal Tedavi

18

- ▶ Topikal Antibiyotikler
  - ▶ Eritromisin ve klindamisin
  - ▶ Hafif inflamatuvar akne tedavisinde
  - ▶ P.Acnes sayısını azaltırlar
  - ▶ Antiinflamatuvar etki
  - ▶ Daha az irritasyon yapar
  - ▶ Yavaş etki ettiği için tek başına kullanılmamalı
  - ▶ Benzoil peroksit, tretinoin, çinko kombine edildiklerinde P.acnes direnci riski de azalır.

# Topikal Antibiyotik kullanımında dikkat edilmesi gerekenler

- ▶ Sadece orta-şiddetli akne tedavisinde kullanılmalıdır.
- ▶ Antibiyotik monoterapisinden kaçınılmalı, topikal retinoidlerle kombine edilmeli, antibiyotikler 2 aydan uzun süre kullanılacaksa benzoil peroksit eklenmelidir.
- ▶ En az 6-8 hafta en fazla 12-18 hafta kullanım önerilir.
- ▶ Tedavi tekrarlanacaksa bir önceki antibiyotik etkili olmuşsa aynı antibiyotik kullanılmalı, etkisiz kalmışsa, antibiyotik değiştirilmelidir.
- ▶ Antibiyotik kürleri arasında en az 5-7 gün benzoil peroksit kullanarak dirençli organizmalar deriden temizlenmelidir.
- ▶ Kadınlarda gerekli olursa hormonal tedavi ile kombine edilebilir.

# Benzoil Peroksit

20

- ▶ Güçlü antimikrobiyal, zayıf antiinflamatuar antikomedojenik etki
- ▶ Benzoil peroksit, topikal antibiyotik ile kombine kullanıldığında tek başına kullanımına göre daha etkili bulunmuştur ve daha iyi tolere edilir.

# Sistemik Tedavi

## Oral Antibiyotikler

**Tablo 1.**

Grup adı	Antibiyotik	Doz	Süre	Yan etki
Tetrasiklinler	Tetrasiklin	250-500mg	4-6 ay	GIS yan etkiler Vajinal kandidiyazis Aç karnına alınma zorluğu
	Oksitetrasiklin	günde 2 defa		
	Doksisiklin			
Makrolidler	Minosiklin	50-100mg	4-6 ay	GIS yan etkiler Fotosensitivite
		günde 2 defa		
		100 mg günde 1 defa	4-6 ay	Vertigo Oral mukoza ve deride
Yeni yaklaşımlar: Tetrasiklinler	Eritromisin	500mg günde 2 defa	4-6 ay	hiperpigmentasyon Pahalı
Makrolidler	Limesiklin	150-300mg/gün	4-6 ay	GIS yan etkiler Vajinal kandidiyazis P acnes direnci ortaya çıkar
	Azitromisin	250mg haftada 3 gün	4-6 ay	GIS yan etkiler

- ▶ Oral Retinoidler:
  - ▶ İzotretinoin akne patogeneğinde rol alan major etiyolojik faktörlerin tümüne etkili tek ajandır.
  - ▶ Doz 0.1 mg/kg ile 2 mg/kg arasında değişir.
  - ▶ İlk ay 0.5 mg/kg/gün şeklinde başlayıp tolere edebiliyorsa 1mg/güne yükseletilebilir.
  - ▶ Tedaviye kümülatif doza ulaşana kadar devam edilir. (120-150 mg/kg)

# Ürtiker

23





CLINIQUE DERMATOLOGIQUE  
Fax 33-2 49 98 01 17



CENTRE HOSPITALIER  
UNIVERSITAIRE DE NANTES

© Clinique Dermatologique - CHU NANTES



- ▶ Ürtiker deriden kabarık, eritemli, genellikle kaşıntılı, kısa sürede kaybolabilen, histopatolojik olarak dermal ödem gösteren lezyonlara denir.
- ▶ Ödem, yüzeysel dermis dışında derin dermis, subkutan ve submukozal bölgeye de yayılırsa anjioödem olarak adlandırılır.

# Akut Ürtiker

- ▶ 6 haftadan daha kısa süreli
- ▶ Her iki cinsten ve gençlerde sıktır.
- ▶ Görülme riski % 15-25 arasında değişir.
- ▶ Vakaların %50'sinde bir neden saptanamaz.
- ▶ Kendiliğinden gerileyen tablo daha ziyade yiyecek ve ilaçlarla oluşur.
- ▶ Akut ürtikerin %25 oranında kronikleştiği gözlenmiştir.

# Kronik Ürtiker

- ▶ 6 haftadan uzun sürer
- ▶ Toplumun %0.1-3'ünü etkilemektedir.
- ▶ Kronik İdiopatik Ürtiker
- ▶ Ataklar günlük, haftada birkaç kez ya da daha seyrek oluşabilir.

# Ürtikeryan döküntü

28

- ▶ Tekrarlayan ataklar halinde seyreden
- ▶ 24-48 saat içerisinde gerileyen
- ▶ Değişik evredeki birden çok lezyon ile karakterizedir
- ▶ Anjioödem birkaç gün sürebilir.

# Tanı/Ayırıcı Tanı

29

- ▶ Anamnez
- ▶ Sistemlerin Muayenesi
- ▶ Kullanılan ilaçlar, gıdalarla ilişkisi, fiziksel uyarınlarla meydana gelip gelmediği sorgulanmalıdır.
- ▶ Mevsimsel özelliği
- ▶ Atopi hikayesi

# Dermografizm

30



# Soğuk Ürtikeri

31



# Sıcak Ürtikeri

32





# Basınç Ürtikeri

33



- ▶ Klasik H1 Antihistaminikler
  - ▶ Hidroksizin ve difenhidrmin
  - ▶ Ürtikerli hastaların %70'inde kaşıntı ve ödemi azaltırlar
  - ▶ Sedasyon
- ▶ Yeni H1 Antihistaminikler
  - ▶ Terfenadin, astemizol, setirizin, loratadin, akrivastin
- ▶ H2 Reseptor Antagonistleri
  - ▶ Cimetidine, ranitidine

# Derinin Fungal Enfeksiyonları

- ▶ Dermatoloji polikliniklerine başvuran hastaların yaklaşık %10'unu mantar hastalıkları oluşturmaktadır.

# Tinea Pedis

36



# Tinea Pedis

- ▶ Toplumda en sık görülen mantar enfeksiyonudur
- ▶ Asker, sporcu ve yurt öğrencilerinde sık görülmektedir
- ▶ Uzun süre kapalı ayakkabı giyme, hiperhidroz, nemli ve sıcak ortamlar
- ▶ Yaz aylarında tekrar alevlenme

# Tinea Pedis

38

- ▶ En sık interdigital tip (4-5. parmaklar)
- ▶ kaşıntı ve maserasyon
- ▶ Topikal antifungaller 4-6 hafta(terbinafin)
- ▶ Gerekirse sistemik terbinafin veya itrakonazol 1-2 hf kullanılır.



# Tinea Capitis

40





# Tinea Capitis

- ▶ Saçlı derinin yüzeysel mantar infeksiyonu
- ▶ Direkt temasla bulaşma, salgınlara neden olur
- ▶ Yuvarlak veya oval, küçük veya büyük, grimsi kepekli makül veya plaklar şeklinde başlar.
- ▶ Kıl folikülü hasarı olmaması nedeniyle, kalıcı alopesiye neden olmaz
- ▶ Deri kazıntısı veya kıldan hazırlanan nativ preparat

# Tine Capitis

42

- ▶ Sistemik ve topikal antifungal ajanlar
- ▶ Topikal antifungal, ketokonazol ve ya selenyum sülfidli şampuanlar, günde 2 kez, 8 hafta
- ▶ Sistemik antifungal
  - ▶ Griseofulvin 15 mg/kg/g 6-8 hafta
  - ▶ Terbinafin veya itrakonazol 5 mg/kg/g 6-8 hafta

# Tinea Capitis

43



# Tinea Unguium(Onimikoz)

44



# Tinea Unguium (Onikomikoz)

- ▶ Tırnakların mikotik infeksiyonudur
- ▶ Distal subungal onikomikoz
- ▶ Hiponişyumda çoğalır tırnak cismini tutar
- ▶ Dermatofit kökenli onikomikozlarda, tırnak çevresinde enflamasyon beklenen bir bulgu değildir.
- ▶ Onikolize neden olur.

# Tinea Unguium(Onikomikoz)

- ▶ Kronik bir enfeksiyon, kalıcı tedavisi zor
- ▶ Terbinafin 250 mg/g el için 2 ay ayak için 3 ay
- ▶ Itrakonazol 400 mg/g ayda 1 hafta 2 ay
- ▶ Siklopirox tırnak cilası günde 1 kez 3 ay kullanılmalıdır.

Tinea

Unguium (Onikomikoz)

47



# Tinea Inguinalis

48





# Tinea Inguinalis

- ▶ Erkeklerde daha sık
- ▶ Genito-krural bölgede
- ▶ Kaşıntılı plak şeklindedir
- ▶ Kandidal infeksiyonundan farklı olarak skrotum etkilenmemiştir
- ▶ Eritrazma bakteriyel enfeksiyondur.

# Eritrazma

50



# Tinea Corporis

51



# Tinea Corporis

52

- ▶ Değişik çapta, çoğunlukla yuvarlak, bazen de oval veya biçimsiz plak şeklinde olur.
- ▶ Aktif sınır gittikçe çevreye doğru genişlerken ortada iyileşme olur.
- ▶ Periferde skuam, eritem ve inflammasyon
- ▶ Satelit lezyonlar
- ▶ Lokal tedavi yeterlidir, lezyonlar geçtikten sonra hafta daha veya 4 hafta süreyle.

# Tinea Corporis

53



# Oral Kandidiyazis

54



# Oral Kandidiyazis

55

- ▶ Oral mukozada grimsi-beyaz yapışık plaklar vardır
- ▶ Membran kaldırıldığında eritematöz zemin
- ▶ En sık psödomembranöz tip görülür(pamukçuk)
- ▶ Nistatin infantlarda 4x50.000 Ü/gün, erişkinlerde 4x100.000 Ü/gün dozunda, ağızda 5 dakika çalkalanıp yutulacak.





# Atopik Dermatit

57

- ▶ Çocukluk çağının en sık görülen kronik, kaşıntılı inflamatuvar cilt hastalığıdır
- ▶ Atopik dermatit çocukluk döneminde % 10-20, eriş-kin dönemde % 1-3 oranında görülür.
- ▶ Alerjik yürüyüş
- ▶ Hijyen Hipotezi

# Atopik Dermatit

58

- ▶ Akut Atopik Dermatit
  - ▶ lezyonları yoğun kaşıntı, sulan-tılı, kabuklu eritematöz papül ile karakterizedir.
- ▶ Subakut Atopik Dermatit
  - ▶ deri biraz daha kalın, pullu eritemli ve kabuklanmıştır
- ▶ Kronik Atopik Dermatit
  - ▶ deri daha kalın, likenifiye, hiperpigmente, kabuklu ve fibrotik papüler

# Psöriazis

- ▶ Keskin sınırlı eritemli-skuamli plaklarla karakterize, kronik, inflamatuvar bir hastalıktır.
- ▶ popülasyonda ortalama %1-3
- ▶ Yaşam boyu
- ▶ Kesin tedavi yok
- ▶ Uzun süre ilaç kullanımı

# Klinik Tipler (Plak Psöriazis)

60



# Klinik Tipler

61

## ► Guttat Psöriazis



# Klinik Tipler

62

## ► İnvers Psözriazis



# Klinik Tipler

63

## ► Eritrodermik Psözriazis



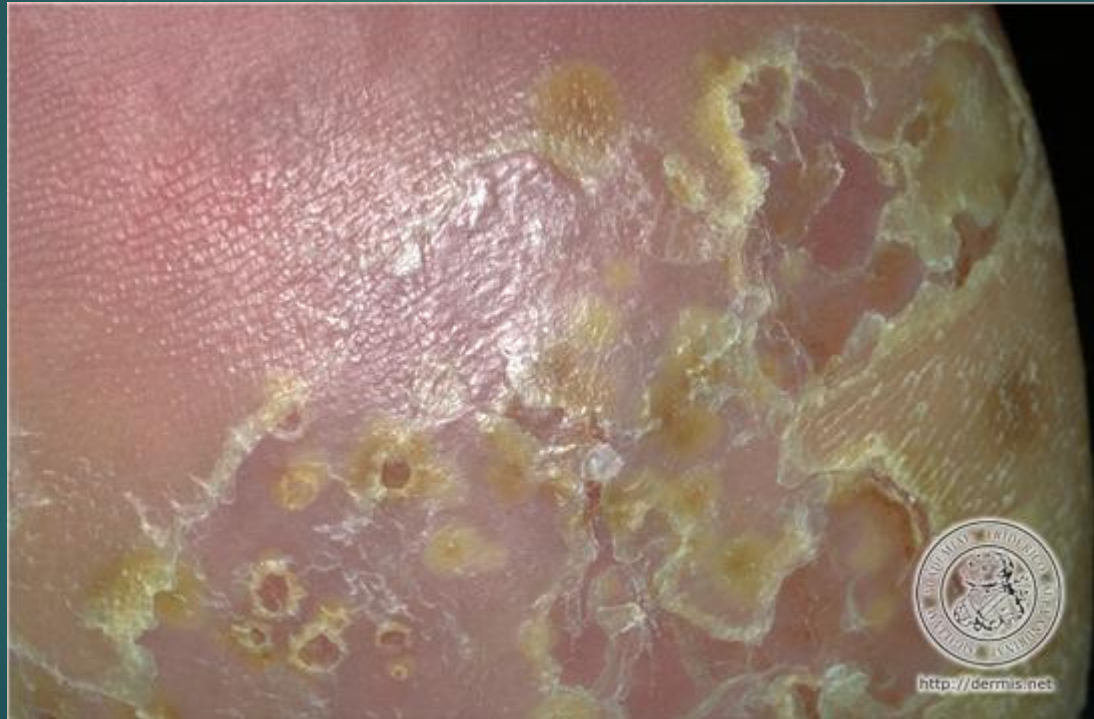




# Klinik Tipler

65

## ► Püstüler Psöriazis



- ▶ Klinik tip, hastalık şiddeti, süresi, önceki tedavilere yanıtı
- ▶ Lokalizasyon, tip, yaygınlık
- ▶ Aile öyküsü, tetikleyici faktörler, eşlik eden hastalıklar, eklem tutulumu
- ▶ En önemli kriter şiddeti
- ▶ Vücut Yüzey Alanı;
  - ▶ <3 Hafif
  - ▶ 3-10 Orta
  - ▶ >10 Şiddetli

# Plak Tip Psöriazis

- ▶ Sık görülen form
- ▶ Parlak eritemli, keskin sınırlı, üzeri sedef rengi beyaz kolayca dökülen skuamlar ile kaplı plaklar
- ▶ Saçlı deri, sakral bölge, diz ve dirseklerdir
- ▶ Lokal uygulamalar yeterli olmaktadır
- ▶ Kozmetik rahatsızlık
- ▶ Tedaviye uyumsuzluk %40

# Lokal Tedavi

68

- ▶ Kortikosteroid
  - ▶ Antiinflamatuvar, antiproliferatif, immunsupresif
  - ▶ Sınıf 1 grup; klobetazol, halobetazol, betametazon
  - ▶ <2 hafta, <50mg/hf
  - ▶ Kalın skuamli formlarda pomad formu
  - ▶ Beraberinde keratolitik

- ▶ Antralin
  - ▶ Antipsöriatik, anti mitotik
  - ▶ Yüz, genital bölge, kıvrım bölgeleri
- ▶ Katran
  - ▶ Antiinflamatuvar, antibakteriyel, antipruritik ve antimitotik
  - ▶ %5-10'luk şampuan şekli
- ▶ Keratolitik
  - ▶ Penetrasyonu artırır
  - ▶ Lokal Salisilik asit %3-10'luk

- ▶ Vitamin D : Kalsipotriol
- ▶ Tazaroten :
  - ▶ İlk reseptör selektir retinoid
  - ▶ Hafif orta şiddet plak psöriaziste endike
  - ▶ Skuam azaltıcı etki
  - ▶ %0.05 - %0.1 jel ve krem formları
  - ▶ Nüks oranı daha düşük

- ▶ Dar band UVB :
  - ▶ 311-313 nm'lik band
  - ▶ Psöriaziste en etkili spektrum
  - ▶ Minimal Eritem Dozunun %50-70'i ile tedaviye başlanır
  - ▶ Haftada 3 gün 6-8 hafta, toleransa göre %20 artım
  - ▶ Lokal tedaviden fayda görmeyen, orta şiddetli psöriaziste

- ▶ PUVA
  - ▶ Psöralen ultraviole A
  - ▶ Mitotik aktiviteyi inhibe ederek keratinosit proliferasyonunu azaltır
  - ▶ Yerel tedaviden sistemik tedaviye geçiş
  - ▶ Ekstremitelerde yerleşimli kalın plaklı olanlarda UVB'den daha etkili



- ▶ Asitretin
  - ▶ Keratinosit proliferasyonunu düzenlemesi, antiinflamatuvar etki ve apoptozisi indükleyici etkiler
  - ▶ Püstüler psöriazis
- ▶ Metotreksat
  - ▶ Dihidrofolat redüktaza bağlanır
  - ▶ keratinosit proliferasyonunu inhibe etmesinin yanında antiinflamatuvar ve immünmodülatuar etkileri
  - ▶ kronik plak, lokalize ve generalize püstüler, eritrodermik ve artropatik formlarının tümünde

- ▶ Siklosporin
  - ▶ en çabuk etki gösteren ajan olduğundan hızlı remisyon gerektiğinde
  - ▶ Plak psoriasis, eritrodermik psoriasis ve püstüler psoriasis
- ▶ Biyolojik Ajanlar
  - ▶ T hücre inhibitörü (efalizumab, alefasept)
  - ▶ TNF-alfa inhibitörleri (adalimumab, etanersept, infliksimab, golimumab)
  - ▶ IL-12-23 yolu inhibitörleri (ustekinab)

# Guttat Psöriazis

75

- ▶ Gövdede, ekstremitelerde 0.5- 1.5 cm çapında küçük plaklarla karakterize
- ▶ Sıklıkla çocuk ve genç erişkinlerde
- ▶ ilk seçenek olarak UVB, özellikle dar band UVB
- ▶ Yanıt yoksa kısa süreli siklosporin, metotreksat veya PUVA başlanabilir
- ▶ Enfeksiyon odağı varsa antibiyoterapi

# Eritrodermik Psöriazis

76

- ▶ Hospitalize edilmeli
- ▶ Sistemik retinoidler (asitretin), siklosporin, metotreksat, infliksimab, etanersept veya adalimumab başlanabilir.
- ▶ Sistemik tedaviye ek olarak ıslak kompresyonlar ve ılık banyo, orta potent yerel steroidler de hastaları rahatlatmak açısından önemlidir

# Püstüler Psöriazis

- ▶ Çok şiddetli, generalize olduğunda hospitalizasyon
- ▶ Sistemik retinoid, metotreksat, siklosporin, etanersept, infliksimab ve adalimumab
- ▶ Lokal olarak ıslak pansuman, lokal kortikosteroidler

- ▶ Psoriasis tedavisi hastanın genel sağlığı, psikososyal morbiditesi, eşlik eden ilaç kullanımı, hastalık şiddeti, tipi ve planlanan tedavinin etkinliği, toksisitesi ve maliyeti düşünülerek karar verilmelidir.
- ▶ Hastalığın kronik olmasından ve kesin tedavisinin olmamasından dolayı rotasyonel tedavileri uygulamak ve yakın izlem gereklidir.

Teşekkür ederim..