



Ürtiker ve Seboreik Dermatit

Prof. Dr. Ertuğrul H. Aydemir

ÜRTİKER

Halk arasında Kurdeşen veya Dabaz adlarıyla anılan hastalık, birden ortaya çıkan yoğun kaşıntılı, eritemli ve ödemli papüllerle karakterize bir hastalıktır. Özellikle ilk karşılaşanlarda çok ürkütücü, panikletici bir izlenim yaratır. Belirtiler derinin herhangi bir yerinde olabilir, boyutları bir mm'den 20-30 cm çaplarına kadar olabilir. Genellikle küçük başlayan lezyonlar hızla büyüme gösterebilirler. Bazan birbirleriyle birleşerek değişik şekiller yapabilirler. Ortaları solup, halkamsı görünümde de alabilirler. Genellikle sınırları keskin olup, net olarak seçilebilir. Kaşıma, sürtme vb travmayla tetiklenenler çizgi şeklinde görünür. Ödem derin yerleşimli olduğu durumlarda klasik papül görüntüsünün yerini, şişme alır. Bu görüntü anjiyonörotik ödem adını alır ve en çok göz çevresi ve dudaklarda görülür, fakat derinin bir başka alanı da tutulabilir ki mukozalar da bunlara dahildir. Ağız boşluğunda şişme olabildiği gibi, laringis tutulmasında nefes darlığı, özafagus, mide, barsak tutulumunda ise gastrointestinal sistem belirtileri ortaya çıkabilir. Sistemik anafilaksilerde de ürtiker tipi belirtiler görünür. Kaşıntı genellikle yoğundur, fakat anjiyonörotik ödem tipi derin yerleşimde yok gibidir. Birden ortaya çıktığı gibi, hızla da solmaya başlar. En erken 15-20 dakika içerisinde geçer, çoğu kez 3-4 saati bulur, 24 saati geçmesi enderdir ve tanıda ürtiker dışındaki olasılıkları düşündürür. Yalnızca anjiyonörotik ödemler birkaç güne uzayabilir.

Atak dönemleri bir günden başlayıp aylarca veya yıllarca sürebilir. Üç aydan fazla uzayanlar kronik ürtiker olarak adlandırılır.

Ürtiker patojenezinde Mast hücrelerinden başta histamin olmak üzere mediatör deşarjı, vazodilatasyon ve ödem şeklinde olaylar zincirini görürüz. Tetikleyici olay immünoloji veya nonimmünolojik olabilir. İmmünolojik olan tipler seyrek ve Tip I aşırı duyarlık mekanizmasıyla olur. Daha az olarak im-

mün kompleks olayları da devreye girebilir. Non immünolojik tiplerde doğrudan Mast hücre deşarjı söz konusudur.

Ürtiker etyolojisi net değildir, pek çok neden ürtikere yol açabilir ve eğer hasta neden sonuç ilişkisi kuracak bir öykü veremiyorsa saptamak çok zordur. Fiziksel travmalar, ilaçlar, böcek ısırıkları, bazı allerjenler, bazı iç hastalıkları ve bazan primer, bazan da diğer faktörlerden birinin varlığında sekonder olarak psikolojik faktörler önemli rol oynar.

Çok önemli bir kısmını fizik ürtikerler oluşturur, bunun da en sık görülen şekli basınç ürtikeridir (dermografizm). Basınçtan birkaç saat sonra ortaya çıkıp, bir güne kadar uzayabilir. Soğuk ürtikeri, soğuk temasından birkaç dakika sonra çıkabilir, soğuk suyla yıkanma, soğuk suda yüzme ani ve şiddetli reaksiyona yol açabilir. Deriye buz değdirerek varlığı gösterilebilir. Buna karşılık sıcak ürtikeri ve soler ürtiker çok seyrekdir. Seyrek görülen bir başka tip de akvajenik ürtikerdir, her türlü suyla temastan sonra, hattâ bazan terlemeyle ortaya çıkabilir. Kolinerjik ürtiker ise daha farklı bir tip olup, özellikle bedensel hareket ve emosyonel sterslerden sonra ortaya çıkar ve genellikle hızla ortaya çıkan, çoğu foliküler yerleşimli 1-3 mm çaplı papüllerdir. Bir saati aşmadan da hızla gerilerler.

İlaçların hepsi ürtiker oluşturabilir, fakat en sık görülenler aspirin ve penisilindir. Mekanizma allerjik veya farmakolojik olabilir.

Yiyecekler daha çok çocuklarda ürtiker nedenidir. Etkinlik oranı çocuklarda %40'a yakınken, erişkinlerde %1 civarındadır. Kuru yemişler, yumurta, balıklar ve deniz ürünleri, çikolata, bazı meyveler, bazı peynirler ve yiyeceklere konan boyalar ve antiseptikler gibi katkı maddeleri ile daha sık rastlanılır. Mekanizma allerjik veya nonallerjik olabilir.

Polenler, küfler, hayvanların tüy veya skuamları gibi bazı solunumla alınan allerjenler de ender olarak ürtikere neden olabilirler.

Arı, akrep, örümcek sokmaları, deniz anası dalmalarında da bazan ürtiker gelişebilir.

Organizmanın herhangi bir yerindeki bir bakteriyel enfeksiyon odağı, viral veya fungal enfeksiyonlar, barsak parazitleri de zaman zaman ürtiker nedeni olarak karşımıza çıkabilir.

İç hastalıklarıyla birlikte görülmesi çok sık değildir ve spesifik de değildir.

Psikolojik faktörler de özellikle kronik ürtikerlerde çok etkilidirler, gerginlik, anksiyete, depresyon gibi belirtiler sıktır.

Tanıda çoğu kez lezyonları görmeden hastanın tanımlamasıyla yorum yapılmak zorunda kalınabilir. Ödemli papüllerin 48 saatin üzerinde kalması başta ürtiker tipi vaskülit olmak üzere muhakkak diğer tablolar da düşünülmelidir. Bunun dışında böcek ısırıkları, anüler eritem, eritema marginatum, eritema kronikum migrans, erken dönemde kontakt dermatitler akla gelmelidir.

Tedavi

Akut ürtikerde neden aranmaksızın tedavi başlanır, ancak hastanın anamnezinde özel bir öykü varsa buna göre şüpheli maddelerden uzaklaştırılır. Özellikle mukozal tutulumlu şiddetli olgularda önce subkutan epinefrin enjeksiyonu, sonra İV kortikosteroid enjeksiyonları ve antihistaminik enjeksiyonları yapılır. Orta dereceli akut ürtikerde H1 antihistaminikler genellikle yeterlidir. Kronik ürtikerler inatçı olabilir. Tek H1 antihistaminige yanıt alınmazsa, farklı kimyasal yapılı çift H1 antihistaminik denemelidir. Genellikle gündüz dozu non sedatif gruptan, akşam dozu sedatif gruptan yeğlenir. Bazan H2 antihistaminikler de kombine edilebilir. Tedaviler aylarca sürebilir. Daha inatçı olgularda denenilen bir Mast hücre stabilizatörü olan Ketotifen de bazı olgularda yararlı olabilmektedir. Eğer hastanın neden sonuç ilişkisi içeren çok özel bir öyküsü yoksa şüpheli nedenlerden uzak tutulmaya çalışılır. Basit tetkikler yapılabilir. Çok geniş ve pahalı tetkiklere hiç gerek yoktur, çünkü en iyi koşullarda dahi ancak %25 hastada neden saptanabilir.

SEBOREİK DERMATİT

Genellikle derinin seboreik alanlarında yerleşen, fakat kesin nedeni belli olmayan enflamatuvar ve kaşıntılı bir hastalıktır. Toplumdaki sıklığı %1-3 gibidir.

Genellikle ergenlikten sonra ortaya çıkar ve uzun yıllar artma ve azalma dönemleriyle sürer. Saçlı deri ve kıllı alanları çok seven hastalık, yüzde, göğüs ortası ve sırtta çok sık yerleşir. Görüntüsü bölgeye göre değişebilmekle birlikte tipik görüntü kırmızı turuncu eritemli zeminde yağlımsı, irice skuamalar şeklindedir.

Hastalığın etyolojisinde predispoze zemin üzerinde en önemli etken *Malassezia furfur*'dur. Başlangıcı sebse bez aktivitesinin olduğu pubertede olmakla birlikte seboreyle net ilişkisi bilinmemektedir. Alkol alımı, yoğun emosyonel stres, atopi ve immün sistemin baskılandığı bir çok durumda artar ve yayılır.

Saçlı deride basit kepeklenme seboreik dermatitin en erken ve en basit belirtisidir. Bu durumun sonrasında perifoliküler eritem ve kızarıklık, kerpek-

lenme artışı ve bu alanların birleşerek yayılması izler. Bazan üst üste kalın tabakalar yapabilir. Eskidikçe daha iri, yağlı skuamlarla tüm saçlı deriye de yayılabilir. Kronik olgularda enflamasyona bağlı saç dökülmesi görülebilir, fakat bu reversibl kabul edilen bir olaydır. Androjenik alopesiyi ne oranda etkilediği belli değildir.

Yüz yerleşiminde eritemli zeminde, daha ince skuamlar vardır. Kaş içleri, burun, yanaklar en sık tutulan alanlardır. Sakal ve bıyık altında da sık olup, kıllar kesilince geriler. Blefarit sık görülür, göz kapak kenarları kırmızı kepekli. Kulak arkaları ve içlerinde eritem ve tipik skuamlar vardır, bazan sul-kusta fissürler olabilir.

Gövdede özellikle erkeklerde göğüs ortasında, daha az olarak da sırt ortasında net sınırlı eritemli, yağlı skuamli, net sınırlı plakşar halindedir, bazen yüzeyel mantar hastalıkları gibi sirsinsasyon yapabilir.

Seyrek olarak koltukaltı ve kasık yerleşimi olur, skuamsız oldukları için yanlıtıdır. Çok ender durumlarda generalize formlar veya eritrodermi görünümü ortaya çıkabilir.

Ayrıncı tanıda psoriasis, ekzema türleri, yüzeyel mantar hastalıkları, Pitri-yazis rozea gibi hastalıklarla karışması olasıdır.

Tedavide *Malassezia furfur*'a etkili olan tüm antimikotikler etkili olabilir, fakat "ketokonazol" spesifik ilaçtır. Yerel kullanımda çok iyi olduğu gibi sistemik de yararlanılabilir, fakat yan etkileri çok fazladır. Diğer imidazoller, sikloproksolamin, terbinafin, selenium sülfid, çinko pirition, diğer etkili ilaçlardır. İrritasyon yapabileceği için alkolik solüsyonlardan kaçınılmalıdır. Sistemik İt-rokonazol de iyi etkilidir. Ayrıca yerel kükürt ve katran da etkili olduğu bildirilmiştir. Yalnızca çok akut ve şiddetli tiplerde kısa düreli yerel steroidler kullanılabilir.

KAYNAKLAR

1. Braun Falco O, Plewig G, Wolff HH, Burgdorf WHC. Dermatology. Springer, Berlin 2000.
2. Champion RH, Burton JL, Burns DA, Breathnach SM. Textbook of Dermatology. Blackwell Science. London 1998.
3. Tüzün Y, Kotoğyan A, Aydemir EH, Baransu O. Dermatoloji, Nobel Tıp. İstanbul, 1994.