



Psoriasis

Prof. Dr. Ertuğrul H. Aydemir

Psoriasis eritemli skuamli hastalıklar grubunun en iyi tanınanıdır. Etiyolojisi hakkında çok değişik varsayımlar olmakla birlikte kesin bir neden bulunamamıştır. Hastaların %60-70'inde genetik faktörün rolünden söz edilmektedir, fakat geri kalan grup tamamen sporadiktir. Geçişin ise ne şekilde olduğu net ve açık değildir. Son zamanlarda başlangıç yaşı erken olan (15-20) ve geç olan (50-55) iki ayrı grup olduğu ve klinik bulguları aynı olmakla birlikte genetik farklılıkları olduğunu kabul eden görüşler vardır. Tek bir gen saptanamamış olup geçişin multifaktöryel olduğu kabul edilmektedir. Çevre faktörleri arasında en çok üzerinde durulan emosyonel etkilenmelerdir. Stres, anksiyete, depresyon, ani üzüntüler tetikleyici olabilmektedir. Bu tür psikolojik faktörlerin etkisinin %60-70 civarında olduğu düşünülmektedir. Hastalığın başlangıcında etkili olabildikleri gibi alevlenmelerinde de etkili olabilmektedirler. Kaşıntılı bir hastalık olmayan psoriasis zaman zaman şiddetli kaşıntılar olabilmektedir ve bunlar da hastalığın şiddetiyle değil, psikolojik bozukluğun şiddetiyle paralel olarak görülmektedir. Özellikle kendine güvensiz ve içe kapanık, sosyal ilişkileri zayıf insanlar olduğu ve en çok da anne çocuk ilişkilerinde bozukluk bulunduğu vurgulanmaktadır. İkinci derecede etkili olan önemli faktörlerden birisi ise travmalardır. Mekanik, fizik veya kimyasal travmalar hastalığa ait lezyonların ortaya çıkışı ile karakterize olan olay *Koebner fenomeni* adıyla anılmaktadır ve liken planus, vitiligo gibi başka hastalıklarda da görülebilmektedir. Özellikle kaşıntı küçük lezyonların başlangıcı için tetikleyici olabilmektedir. Bazı durumlarda bakterilerin de artırıcı etkileri olduğu düşünülmektedir. En çok üzerinde durulan *Streptokoksik üst solunum yolu enfeksiyonlarıdır*. Alevlenme enfeksiyondan bir-iki hafta sonra da görülebilir. Özellikle çocuklarda görülen ve guttata tip dediğimiz küçük lezyonlu tiplerde etkileri fazladır ve enfeksiyon odaklarının ortadan kaldırılmasıyla gerileme görülebilir. Çok seyrek rastlanan generalize püstüllü tiplerde de bazen enfeksiyon odaklarının rolü olabilmektedir. Otoimmün mekanizma çok aranmış fakat net ipuçları ve bağlantı bulunamamıştır, fakat tam reddedilebilmiş de değildir. Doğrudan neden olmasa da bazı ilaçların ciddi tetikleyici etkileri sap-

tanmıştır. Bunların arasında lityum ön sırayı alır, ayrıca beta adrenerjik blokerler, ace inhibitörleri, NSAID, salisilatlar tetikleyici olabilmektedir.

Toplumda sıklığı %1-3 arasında görülmektedir. En sık beyaz ırkta görülen hastalık, kadın ve erkeği de eşit tutar. Çocuklukta çok seyrek olup, en sık 10-35 yaşlarda görülür.

Lokalizasyon, daha çok tetikleyici travmalara göre belirlenir, diz, dirsek, saçlı deri yerleşimi en sık görülür. En sık görülen tipi *Psoriasis vulgaris* adını alır ve derinin açık alanları, ekstansiyon yüzleri yerleşim yeridir. Bu lezyonlar, klasik eritemli papül üzerinde kuru-beyaz skuam şeklindedir. Başlangıçta küçük, damla gibi olan lezyonlar, eskidikçe genişleyip kalınlaşabilir. Saçlı deride yerleşen tipler de bunlara benzer, fakat saçların arasında tanınması zordur, kısa vadede saçlara zarar vermez fakat çok uzun süre kalırsa zayıflama ve seyreلمeye yol açabilir. Avuç içi ve ayak tabanında keratoz hakimiyeti artar, eritemin görülmesi zorlaşır. Büklüm yerlerinde ise sürtünme ve nemden dolayı skuamlar tutunamaz ve skuamsız eritemli plaklar görülür. Tırnak tutulumu olduğu zaman tırnaklarda kalınlaşma ve renk değişikliği görülür. Küçük çukurcuklar (pitting), turuncumsu lekeler (yağ lekesi), tırnak altı keratozları çok tipiktir.

Ayrıntı tanısında bölgelere göre özellikler görülür. Açık alanlardaki psoriasis vulgaris tipleri en çok liken simpleks kronikus, pitriyazis rozea, yüzeysel mantar hastalıkları, ikinci devir sifiliz belirtileri, pitriyazis rubra piliaris ile karışabilir. Büklüm yerlerinde ise yüzeysel mantar hastalıkları, eritrazma, intertrigo ile saçlı deri yerleşimi özellikle seboreik dermatitle, kronik ekzema türleriyle, palmoplantar yerleşim de yine mantar hastalıkları, liken simpleks kronikus, ikinci devir sifiliz belirtileri ile çok karışır. Tırnak tutulumu ise öncelikle mantar hastalıkları ve travmatik bozukluklarla karışabilir.

Tedavinin başarısı hastayla hekimin uyumuna bağlıdır ve önemli ve etkin rol hekimdedir. Hastalar derilerindeki pul pul garip belirtiler nedeniyle kendilerini, kirli, suçlu ve toplumdan dışlanmış hissederler. İnsan ilişkileri cılız ve özgüvenleri çok zayıftır. Hekimin hastaya yaklaşımı çok önemli olup, güler yüzle hastanın güvenini ve rahatlamasını sağlayacak şekilde yaklaşmalıdır. Muayene sırasında çıplak elle ve yumuşak, şefkatli, dozunda bir temas hasta için çok önemlidir; hastadan öğrenilmediğini, hastanın dışlanılmadığını, kendisine güvenildiğini gösterir. Bu yaklaşım hastanın kendine ve hekime güvenini artırır, tedaviye uyumunu kolaylaştırır. Hastalarda mucizevi beklentiler yaratılmamalı, fakat iyileşme için umut kapıları da kesinlikle kapatılmamalıdır. Hemen hemen tüm hastalarda bir psikiyatrik destek yararlı olur.

Dermatolojik tedavide temel amaç en az zarar verebilecek tedaviyle optimal etkiyi sağlamaktır. Bir tedavi yetersiz olursa bir sonrakine kademeli olarak geçilebilir.

Tedavide yerel ilaçlar, fizik tedavi ajanları ve sistemik ilaçlar veya bunların kombinasyonları kullanılabilir. Yerel tedavide ilk aşama hemen hemen her zaman skuamaların temizlenmesidir. Bu uygulama daha sonra uygulanacak ilaçların da daha etkili olmasını sağlayacaktır. Bazen tek başına da yeterli olabilir. Bunun için %3-5 salisilik asit içeren vazelinli yumuşatıcılar en çok kullanılır. Bunlar bülüm yerlerinde ve saçlı deride uygun değildir. Saçlı deride sıvı yağ içerisinde asit salisilik kullanılır ki bunun temizlenmesi katı yağlara göre daha kolaydır. Bu işlemden sonra en çok kullanılan yerel tedavi ajanları kortikosteroidlerdir. Olabildiğince en güçlü olan gruptan kaçınıp, orta güçlülere yeğlemek gerekir. Genellikle günde bir kez uygulama yeterlidir. İyileşmeden sonra da tedavi birdenbire kesilmeyip uygulama seyreltilerek sürdürülmeli ve iyilik süresinin uzun olması sağlanmalıdır. Gövde ve palmoplantar bölgelerde pomat bazı, bülüm yerlerinde krem, saçlı deride ise losyon veya krem şekilleri kullanılabilir. Katranlar kortikosteroidlere göre oldukça zayıf etkili ve kötü kokulu oldukları için günümüzde kullanımları çok azalmıştır, fakat zaman zaman kortikosteroidlerin yan etkilerinden kaçınabilmek için kullanılabilir.

Yine geleneksel ilaçlardan olan antralin de iyi ve yan etkisi az olan bir tedavi seçeneğidir. Genellikle %0.1-5 oranında kullanılır. Son zamanlarda yeğlenen yöntem, günde 10-15 dakikalık uygulamalarla başlanıp, üç saate kadar uzatılmasıdır. İritasyon yapabilmesi en önemli yan etkisidir, bazen bu iritasyon alevlenmelere de yol açabileceği için tedavi sırasında dikkatli olunmalıdır. Bülüm yerlerine uygulanmaması gerekir.

D vitamini analogları son zamanlarda yaygın kullanılmaya başlanılmıştır. Kalsipotriol ülkemizde de bulunan iyi bir örnektir, etkisi kortikosteroidlerden daha yavaştır, fakat yan etkisi daha azdır. Günde iki kez kalınca bir tabaka uygulama yapılır, fakat toplam haftalık kullanım üç tüpten fazla olmamalıdır. Aksi halde dolaşımdaki kalsiyum düzeyinin yükselmesine bağlı yan etkiler ortaya çıkabilir.

Fizik tedavi yöntemleri UV etkinliğine dayanır. UV tek başına veya bazı diğer maddelerle birlikte psoriasis tedavisinde etkilidir. Doğal güneş ışığı bu yöntemin en basit şeklidir, yanık olmamak kaydıyla, yavaş yavaş arttırılan dozlarda tablo üzerinde olumlu sonuçlar yaratabilir. Zengin iyon içeren sularla banyodan sonra güneş ışığı daha da iyi etki etmektedir ve bu esasa dayanan turistik tedavi merkezleri de vardır. Yapay UVB tek başına etkili ise de UVA yetersizdir. UVB, hastanın eritem olmadan dayanabileceği en yüksek dozdan başlanıp yavaş yavaş arttırılarak tedavi uygulanır. UVA için muhakkak oral (8-MOP) veya yerel duyarlandırımlar gerekir. Bunlarda temel ilkeler aynı olarak yanık olmayacak üst sınırdaki doz arttırılarak tedavi sürdürülür. UVB katranlarla (Goeckermann) veya antralinle (Ingram) birlikte kullanılırsa etkinlik biraz daha artar.

Sistemik tedavi deyince kesinlikle kortikosteroidleri düşünmemek gerekir, çünkü kısa vadede etkili görünmekle birlikte ilacın kesilmesinden sonra nöksler çok hızlı ve eskisinden çok daha şiddetli olarak görülmektedir.

Asitretin, palmoplantar bölge tutulumunda, özellikle püstüllü tiplerde birinci seçenek olan bir ilaçtır. Yaygın püstüllü tiplerde de çok iyi etkilidir. Buna karşılık psoriasis vulgariste etkisi çok iyi değildir, ancak UVA ve 8-MOP ile birlikte (Re-PUVA) iyi etki sağlanabilir. Bu ilacın pahalı oluşunun yanısıra yan etkileri de kullanımını sınırlamaktadır. Özellikle genç hanımlarda kullanımında tedavi sırasında ve bitimden iki yıl sonrasına kadar hamile kalınmamasına çok dikkat edilmelidir, çünkü çok ciddi teratojenik etkileri vardır.

Metotreksat ise çok iyi etkili olmakla birlikte yan etkileri nedeniyle kullanımı kısıtlı bir ilaçtır. Çok inatçı, dirençli, şiddetli ve komplikasyonlu tiplerde dikkatle kullanılır. Haftada 15-25 mg sürekli, karaciğer enzimleri ve kan sayımı takibi yapılarak tedavi sürdürülür.

Siklosporin de özellikle dirençli tiplerde iyi etki yapmakla birlikte böbrekler üzerindeki yan etkileri, hipertansiyon yapabilmesi nedeniyle dikkatle takip edilmelidir. 2.5-5 mg kilogram başı olarak kullanılır.

Bölgeye ve psoriasis tipine göre tedavi özellikler gösterebilir.

Avuç içi ve ayak tabanı yerleşimi çok dirençli olduğu için açık uygulanan yerel tedavilere yanıt vermezler. Islatılmış deri üzerine ilacın pomat bazında (kortikosteroid veya kalsipotriol gibi) sürülmesinden sonra üzeri naylonla kapatılarak etkinlik artırılır (oklüzyon). Hasta alana 8-MOP sürülerek UVA verilip yerel PUVA yapılabilir. Lezyonların içine steroid enjeksiyonu yapılabilir. Sistemik olarak asitretin ve metotreksat denenebilir.

Büklüm yerlerinde irritasyon riski ve kandida ve bakterilerin yerleşme olasılığı olduğu için steroid-klorkinaldol kombinasyonları krem bazında uygulanır.

Saçlı deride önce sıvı yağ içerisinde %5-10 asit salisilik başta en az 3-4 saat tutularak, günlük yinelenen uygulamalarla skuamlar sökülür, sonra zemine losyon veya krem bazında steroid uygulanır.

Tırnak tutulumları çok zor yanıt verir. Güçlü steroidlerle oklüzyon denebilir, fakat 2-3 ay tedavi gerektirir. Tırnak diplerine steroid enjeksiyonları da denenebilir. Bu da etkili fakat ağrılı bir yöntemdir.

KAYNAKLAR

1. Aydemir EH. Psoriasis ve benzeri hastalıklar. Dermatoloji'de. Yaz. Tüzün Y, Kotoğyan A, Aydemir EH ve ark. Nobel Tıp, İstanbul, 1994; 315-333.
2. Camp RDR. Psoriasis. Textbook of Dermatology'de. Eds. Champion RH, Burton JL, Burns DA. Blackwell, Oxford, 1998; 1589-1650.
3. Falco OB, Plewig G, Wolff HH et al. Dermatology. Springer. Munich, 2000; 585-608.