

DERMATOLOJİDEN MESAJLAR

Dr. Oya GÜRBÜZ

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Rutin fizik muayene sırasında dikkat!

Rutin fizik muayene sırasında gözünüze çarpan “çirkin” görünümlü (üzerinde farklı tonda pigmentasyon ve renk gösteren, asimetrik biçimli, sınırları düzensiz) pigment lezyonlar için hastalarınıza dermatoloji muayenesi önermeniz, melanom hastaları için erken tanı açısından çok önemli bir katkı sağlamaktadır. Hastalar tarafından kolay görülemeyen bazı vücut bölgelerindeki lezyonlar için ve derileri ile çok ilgili olmayan hastalar (özellikle erkek hastalar) için bu uyarı çok değerli olabilmektedir. Yukarıda sözü edilen durum dışında, kırmızı saçlı ve çok çilli deri özelliği olan (Türkiye’de çok fazla karşılaşmadığımız bir deri tipi!) ve kabaca 100’den fazla nevus olan hastalarınıza da dermatolojik muayene önermeniz yerinde olacaktır.

Sistemik hastalıkların mevcut deri lezyonları için mutlaka dermatoloji görüşü isteyelim.

Dermatolojinin en önemli güçlüklerinden birisi, aynı deri hastalığının karşımıza şaşırtıcı ölçüde farklı lezyonlarla, ya da farklı hastalıkların birbirine çok benzeyen deri lezyonlarıyla karşımıza çıkabilmeleridir. Bu durum, hastalıkların deri lezyonları hakkında yüzeysel ve kaba bir fikri olan dermatolog dışı hekimlerin yanlış tanılarına yönelmelerine neden olabilir. Örneğin bazı lupus eritematozis lezyonlarını , psöriasis lezyonlarından, bazı Behçet hastalığı lezyonlarını, akneden, pubik bir follikülitten, herpes infeksiyonu deri lezyonundan ayırt etmek çok zor olabilir. Sistemik amiloid sklerodermoid bir biçimde kendini gösterebilir. Klinik ayırıcı tanı, bazen dermatologlar için de zorlayıcı olabilir ve yardımcı tanı yöntemlerine ve histopatolojik incelemeye gereksinim olabilir. Bu tür durumlarda mevcut deri lezyonlarını düşündüğünüz tanı ile çok uyumlu görerseniz bile dermatoloji görüşü mutlaka isteyiniz. Düşündüğünüz tanı bazen tümüyle değişebilmekte , ya da mevcut deri lezyonları sizin tanınız dışında nedenlerle olabilmektedir. Bazen tanıyı destekleyebilecek deri lezyonu için histopatolojik inceleme ve özellikle **dermatopatolog** görüşü gerekmektedir.

Yüksek ateş ve deri lezyonları (yaygın eritem, eritemli döküntü, eritemli plak, ülser...vb) ile başvuran hastalardaki organ tutulumları (akciğer, karaciğer, böbrek..) infeksiyöz bir etken bulunamaması ve antibiyotik yanıtızsızlığı durumunda, Sweet sendromu, pyoderma gangrenozum, ilaç hipersensitivite sendromu ile ilişkili olabilir Bu tip hastalarda mutlaka dermatoloji görüşü alınmalıdır.

Sweet sendromu, pyoderma gangrenozum gibi reaktif deri hastalıkları, ve bazı ilaç hipersensitivite reaksiyonları, bir nekrozisyon hastalığını öncelikle düşündürecek sistemik bulgular ve organ tutulumları ile karşımıza çıkabilir. Amprik te olsa kullanılan antibiyotiklere rağmen yanıt alınmaz, hatta bazen hayatı tehdit edici olabilir (ilaç hipersensitivite reaksiyonlarında

olabildiği gibi). Bu gibi durumlarda sistemik kortikosteroid kullanımı ile dramatik yanıt alınabilir. Bu hastalık ve durumların olabileceği akla getirilip dermatoloji görüşü alınmalı, gerektiğinde deri biyopsisi ile tanıya destek sağlanmalıdır. Deri biyopsisinin tablo ile birlikte yorumlanması gerekir, her zaman tanı koyduran spesifik bulgular olmayabilir.

Şüpheli bir ilaç kullanımı sırasında morbiliform bir döküntü gelişmesi durumunda, şüpheli ilaç hemen kesilmeli midir?

Morbiliform ilaç reaksiyonları, tüm dermatolojik ilaç reaksiyonlarının %90 kadarını oluşturur ve çoğu kez ilacı kesmeyi gerektirmeden kendiliğinden geriler. Ancak ciddi ilaç reaksiyonu geliştirme olasılığı yüksek olan karbamazepin, fenitoin, allopürinol, sulfonamid gibi ilaçların hemen kesilmesi gerekebilir. Çok sayıda ek morbiditesi olan hastalar yine şiddetli ilaç reaksiyonları açısından daha duyarlıdır. Hastada karaciğer enzimlerinin yükselmesi, kan tablosunda eozinofili olması, mukoza(ağız, göz gibi) tutulumu olması, derinin dokunmakla hassas ve ağrılı olması, bül gelişimi gibi durumlar kullanılmakta olan şüpheli ilacın derhal kesilmesini gerektiren durumlardır. Çünkü hayatı tehdit edebilen veya morbiditesi yüksek olan ilaç reaksiyonları gelişebilir. Bu tür reaksiyonlarda süreç ve karar yine dermatoloji ile birlikte verilmeli ve mutlaka en az uzman düzeyinde dermatoloji görüşü alınmalıdır.

Bazı kronik deri hastalıkları olan kişilerde bazı ilaçlar verilmemelidir veya verilmesi ile ortaya çıkabilecek zarar ve sağlanacak yarar tartılmalıdır.

Kronik ürtiker hastalarının, ACE inhibitörleri, anjiyotensin II reseptör antagonistleri, NSAİ ve aspirin kullanmaları durumunda daha şiddetli ürtiker ve/veya anjiyoödem geliştirmeleri mümkündür. Psöriasis hastalarında lityum, beta blokör ve hidroklorokin mevcut lezyonların alevlenmesine veya yaygınlaşmasına neden olabilir ve alevlenme aylar sonra ortaya çıkabilir. Zorunlu olmadıkça kullanılmaması önerilir. Kullanımının önemli olduğu durumlarda hasta uyarılarak ve dermatolojik kontrolü ile birlikte önerilebilir.

ACE inhibitörleri kullanımı ile ilgili uyarı!

ACE inhibitörleri ile anjiyoödem gelişme sıklığı % 0,1-%1 sıklıkta rapor edilmektedir. Diğer anjiyoödem nedeni olan ilaçlardan farklı olarak, tedaviye başladıktan yıllar sonra ve düzensiz bir sıklıkta ortaya çıkabilmesi nedeni ile ilişki kurulması her zaman akla gelmemektedir. Anjiyoödem gelişmesine rağmen ACE inhibitör kullanımına devam edildiği takdirde şiddeti ve sıklığı armakta önemli morbidite hatta mortaliteye neden olabilmektedir. ACE inhibitörleri veya anjiyotensin II reseptör antagonistlerinden birisi ile anjiyoödem öyküsü olan hastalarda kesinlikle reaksiyon gösterdiği sınıf **kullanılmamalı**, kullanılıyorsa ilk iş olarak **kesilmelidir**. ACE inhibi-

törlerine karşı reaksiyon geliştirmiş hastalarda, anjiotensin II reseptör antagonistleri genellikle iyi tolere edilebilir. Böyle bir değişikliğe rağmen anjiödem devam ederse farklı sınıftan bir antihipertansif ajana geçmek gerekir.

İlk kez anjiotensin reseptör inhibitörü reçetelediğiniz hastalarınız düşük oranda ancak ciddi anjiödem olasılığı açısından uyararak çok önemli olabilir.

Herhangi bir deri lezyonu olmaksızın kuru kaşıntı yakınması nedeni ile başvuran hastalar sıklıkla kullanmakta oldukları ilaçların buna neden olduğunu ileri sürebilirler (ilacın prospektüsünü okuyarak) veya bu nedenle kendileri için çok önemli olabilecek tedavilerini keserler. Bu hastaların çok önemli bir kısmında özellikle orta yaş ve üstü hastalarda bu kaşıntının en sık nedeni deri kuruluğudur.

Hiçbir primer deri lezyonu tanımlamayan ve deri muayenelerinde normal deri, hafif veya belirgin kepeklenme ve sekonder olarak kaşıntı izlerini saptadığınız hastalarda kullanılmakta olan ilacı kesmeden yoğun bir nemlendirici önermeniz uygundur. Hastaların büyük bir kısmında **düzenli ve yoğun** nemlendirici kullanımı ile kaşıntı geriler. Buna rağmen kaşıntı devam ediyorsa yine kullanılmakta olan ilacı kesmeden bir dermatoloğa danışmanız yerinde olur. Bu tür durumlarda antihistaminik kullanımı genellikle yarar sağlamaz .

Hemorajik diatez nedeni ile, görmeye alıştığınızdan farklı lokalizasyon ve karakterde purpura gözlemeniz durumunda öncelikle hemen dermatoloji görüşü almanız sizi ve hastayı pek çok gereksiz tetkik ve yükten kurtarabilir.

Bacaklarda, daha az sıklıkta kalça ve kollarında yama şeklinde yuvarlak alanlar halinde purpurik lezyonlar, **pigmente purpurik dermatoz** olarak anılan bir deri hastalığı olabilir. Genel sağlığı etkilemeyen ancak inatçı seyri nedeni ile bilgilendirme ve tedavi edilme beklentisi olan hastaların dermatolojiye yönlendirilmeleri uygun olur. Yine özellikle alt

ekstremitelere lokalize olan daha kabarıklık purpurik lezyonlar lökositoklastik vaskülit olabilir. Bu durumda deri biyopsisi ile tanının doğrulanması gerekir. Yaşlı hastalarda özellikle kollarında, yüzde küçük ekimotik odaklar, fotohasarlı deride küçük ve basit travmalarla deri içine kanama nedeni ile gelişir. Tamamen benin ve tedavi gerektirmeyen bir durumdur. Yüzde göz kapaklarında ve daha az olarak gövdede sıra dışı purpurik/ekimotik alanlar, sistemik amiloidi akla getirmelidir. Yine tanı için deri biyopsisi gerekir.

Akut böbrek yetmezliği, GIS kanama, alt ekstremitelerde distalinde livedo, siyanoz, nekroz gibi bulgulardan bir ya da birkaçı ile başvuran hastada kolesterol embolisi akla gelmelidir.

Yukarıda sözü edilen bir tablo ile gelen bir hastada, herhangi bir vasküler girişim ve antikoagülasyon öyküsünün de varlığı durumunda, kolesterol embolisi, ilk sıralarda aklımıza gelmesi gereken tanımlar arasında olmalıdır. Böyle bir durumda dermatoloji görüşü ile uygun bir deri biyopsisi ile damar lümeni içindeki kristal yapıları görmek tanıyı kesinleştirir. Ancak deri biyopsisinin negatif geldiği durumlarda tanıyı ekarte edemeyiz. Deneyimli bir dermatolog ile uygun biyopsi yeri seçimi ve titiz bir patolojik inceleme (gerektiğinde dokuyu bitirene kadar kesit alarak) tanıya olasılığını yükseltecektir.

Sonuç olarak İç Hastalıkları pratiği içerisinde, tıpta pek çok bilim dalı ile olduğu gibi dermatoloji ile sürekli konsültasyon ve görüş alışverişi ilişkisi çok önemlidir. Bunun tam tersi dermatoloji pratiği için de geçerlidir. Öte yandan hastayı bir bütün olarak değerlendirme kavramı içerisinde de bu ilişkiler yine çok önemli bir yer tutmaktadır.

İzlediğiniz hastalarınızda yeni bir deri lezyonu gelişmesi durumunda **hemen gecikmeden** dermatoloji görüşü almanız çok değerlidir. Dermatologlar için bazı durumlarda lezyonun, günler hatta saatler içerisinde gösterebileceği değişim, tanı açısından çok önemli ipuçları taşıyabilir. Bu şekilde tanıya yardımcı olabilecek deri biyopsilerinin en uygun zamanda alınabilmesi de sağlanır.