



EGZEMA / DERMATİT

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Egzema/dermatit, bedensel veya dış nedenlerle deride ortaya çıkan enflamatuvar bir yanıttır. Akut tipinde deride kaşıntılı, eritemli, veziküllü, sulantılı lezyonlarla karakterizedir. Kronikleştiğinde kaşıntı, kuruluk, hiperkeratoz ve fissürler görülür. Bu lezyonların bir kısmı veya hepsi bir arada olabilir.

En sık görülen iki tipi vardır:

- Atopik dermatit
- Kontakt dermatit

ATOPİK DERMATİT

Aile öyküsünde deri ve/veya solunum yolu alerjisi bulunabilen egzema türüdür.

Nedenleri

- Besinler* (yumurta, süt, çerezler, soya, balık ve buğday)
- İnhalanlar (akarlar, polenler, küf ve mantar sporları)
- Mikrobiyal etkenler (bakteri ve virüsler)

* Etiyolojideki rolü kanıtlanmadıkça besinler yasaklanmamalıdır.

Tanı

Öykü ve klinik bulgularla konur.

- Erken başlama yaşı
- Ailesel atopi öyküsü
- Kaşıntı, yaygın deri kuruluğu
- Lezyonların tipik dağılımı
 - Bebeklerde yüz, ekstremitelerin dış kısımları ve boyun
 - Çocuk ve erişkinlerde kıvrım bölgeleri, özellikle antekübital ve popliteal bölgeler
- Kronik olarak tekrarlayan dermatit tablosu

Ayırıcı tanı

- Seboreik dermatit
- Kontakt dermatit
- Psöriyazis

- Çocuklarda bazı immün yetmezlik hastalıkları
- Yüzeyel mantar enfeksiyonları

Tedavi

Temel amaç kaşıntı ve kaşıntıyı tetikleyen ya da neden olabilen faktörlerin azaltılmasıdır. Bu nedenle, öncelikle bazı genel önlemler alınmalıdır. Yaşanan ortam kuru olmamalı ve ısısı sabit tutulmalıdır. Banyo suyu ılık olmalıdır. Giysiler pamuklu, tınaklar kısa olmalıdır. Akut ataklarda çocukluk çağı aşıları uygulanmamalıdır.

İlaçsız tedavi

- Nemlendiriciler: Sıvı vazelin veya uygun nemlendiriciler banyodan sonra ilk 3 dakika içinde uygulanmalı ve gün içinde deri kurudukça tekrarlanmalıdır.

İlaçlı tedavi

- **Topikal kortikosteroid**

Topikal kortikosteroidler güçlerine göre tercih edilebilir.

Güç	Örnek
Az	%1'lik <i>hidrokortizon</i>
Orta	%0,05'lik <i>klobetazon butirat</i>
Güçlü	%0,1'lik <i>betametazon</i> ve <i>hidrokortizon butirat</i>
Çok güçlü	%0,05'lik <i>klobetazol propiyonat</i>

- Bebeklerde az güçlü (*hidrokortizon* %0,5) pomad veya kremler kullanılır. Günde 1-2 kez, ince bir tabaka halinde, lezyonlar geçene kadar veya en çok 2 hafta kullanılır. Daha uzun süre kullanmak gerekiyorsa, en az 1 hafta ara verilir ve bu dönemde nemlendiricilerle tedavi sürdürülür.
- Daha büyük çocuklar ve erişkinlerde orta güçlü (*klobetazon butirat* %0,05) topikal kortikosteroid tercih edilir. Yanıt alınamazsa veya kalın plaklı lezyonların olduğu durumlarda çok güçlü veya güçlü (*klobetazol propiyonat* %0,05, *hidrokortizon butirat* %0,01) topikal kortikosteroidler gerekebilir.
- Yüz, kıvrım bölgeleri ve çocuklarda altbezi alanında az güçlü topikal kortikosteroidler seçilmelidir. Bakteri veya mantar enfeksiyonlarının varlığında topikal kortikosteroid kullanılmamalıdır.

- **Oral antihistaminik**

Hidroksizin: Yetişkinde : 25 mg/doz 3-4 kez tekrarlanabilir.

Çocukta : 2 mg/kg/gün 3-4 dozda (en çok 120 mg/gün)

Oral antihistaminik kullanımına kaşıntı kontrol altına alınana dek devam edilir.

- **Topikal antibiyotik**

Akut sulantılı lezyonlar üzerinde sarı, bal rengi kurutlar görüldüğünde *mupirosin* veya *sodyum fusidat* içeren pomadlar 7-10 gün süre ile günde iki kez uygulanır.

İzlem

Atopik dermatit kronik ve tekrarlayan ataklarla süren bir hastalıktır. Ataklar sırasında uygun tedavi önerileri ile izlenmelidir.

Sevk

- Önerilen tedavilerle kontrol altına alınamayan
- Yaygın egzematöz bulguları olan
- Tedaviye dirençli kronik atopik dermatitli hastalar sevk edilmelidir.

KONTAKT DERMATİT

Deriye temas eden maddelerle oluşan egzema türüdür. Etkenler çevre koşulları, meslek ve kişisel faktörlere göre farklılık gösterir. Sıklıkla sabun, deterjan ve çeşitli kimyasal maddeler (metaller, boyalar, bitkiler, topikal ilaçlar) neden olur. Genellikle iritan ve alerjik olmak üzere iki farklı mekanizma ile oluşur.

Tanı

- Etkenin deriye temas ettiği bölgelerde şiddetli kaşıntı, eritem, vezikül, sulantı ve kurutlu lezyonlar.
- Kronik olgularda deri sert, fissürlü, kaşıntılı ve kurutlu bir görünüm alır. Öykü ve klinik bulgularla konur.

Ayırıcı tanı

- Atopik dermatit
- Seboreik dermatit
- Psöriyazis
- Herpes simpleks enfeksiyonu
- Yüzeyel mantar enfeksiyonları

Tedavi

Temel amaç alerjenle teması önlemektir. Bu da, alerjiden uzaklaşmak veya koruyucu malzeme (eldiven, koruyucu giysi gibi) kullanmak ile mümkündür.

Topikal kortikosteroidler:

Akut sulantılı lezyonlarda güçlü kortikosteridli (*klobetazol propiyonat*) kremler tercih edilmeli ve semptomlar düzelene kadar ya da en çok 2 hafta devam edilmelidir. Sulu lezyonlarda ilacın krem formu, kuru lezyonlarda pomad formu kullanılmalıdır.

Sevk

Tedaviye dirençli yaygın lezyonları olan hastalar nedene yönelik araştırma için sevk edilmelidir.

Kaynaklar

1. Belsito DV. Allergic Contact Dermatitis. Freedberg IM, Eisen AZ, Woff K, ed. Dermatology in General Medicine. New York: McGraw Hill. 1999;1447-61.
2. Kayaalp S O, ed, BNF/TİK Türkiye İlaç Kılavuzu, İstanbul: Turgut Yayıncılık, 2001
3. Braun FO, Plewig G, Burgdorf WHC. ed. Dermatology. Berlin: Springer-Verlog. 2nd ed. 2000; 457-64.
4. Leung DYM, Tharp M, Boguniewicz M. Atopic Dermatitis: Freedberg IM, Eisen AZ, Woff K, ed. Dermatology in General Medicine. New York: McGraw Hill. 1999;1464-80.
5. Odom RB, James WD, Berger TG. Contact Dermatitis: Disease of The Skin. 9th ed. Philadelphia: Saunders. 2000; 95-123.
6. Odom RB, James WD, Berger TG. Atopic Dermatitis: Disease of The Skin. 9th ed. Philadelphia: Saunders. 2000; 69-76.
7. Tofte SJ, Hanifin JM. Current Management and Therapy of Atopic Dermatitis. J Am Acad Dermatol 2001;44:13-6.