

DERMATOLOJİK MUAYENE, TANI VE GENEL TEDAVİ PRENSİPLERİ

Dermatolojide tanı öykü (anamnez), muayene, laboratuvar yöntemleri ile konur. Hastalar bilginin kaynağıdır. Bu yüzden hasta ile iyi bir diyalog kurulmalıdır. Bazen hastalar gereksiz ayrıntılara girebilirler, bu durumda kırıcı olmadan , kişiler sormak istenilen bilgiler doğrultusuna getirilmelidir. Öykü alma tıbbın sanat yönüdür. Deri hastalıkları kendilerini iki çeşit belirti (semptom) ile belli ederler: Subjektif ve objektif semptomlar. Subjektif semptomlar; dermatozun şahısta meydana getirdiği gözle görülmeyen fakat hasta tarafından ifade edilen; kaşıntı, ağrı, yanma, batma gibi duygular ve şikayetlerdir. Objektif semptomlar; hastalığın deride meydana getirdiği, gözle görülen belirtilerdir. Deri hastalıklarının başlangıcında, seyrinde ve sonunda derinin normal yapısında oluşan ve deri hastalıklarının tarif etmekte kullanılan değişikliklere (lezyonlara) ve belirtilere ise elementer lezyonlar denir. Hastaya önce yakınmasının ne olduğu sorulmalıdır. Hastalığın devamı ve seyri için: Ne zaman, nerede, nasıl başladığı, nasıl yayıldığı, iyileşme ve nüksler, provokatif faktörler, sıcak, soğuk, güneş, egzersiz, seyahat öyküsü, gebelik, mevsim, hastanın daha önce muayene olup olmadığı, daha önce aldığı tedaviler, ve bu ilaçların hastalığı üzerine etkileri, başvurduğu geleneksel veya alternatif tıp metodları sorulur. Özgeçmişinde geçirdiği operasyonlar, hastalıklar, allerji öyküsü (özellikle ilaç), alışkanlıklar (sigara, alkol, ilaç, uyuşturucu vs.), sosyal hikayesinde dikkat edilecek noktalar: Geldiği ve yaşadığı yer, hobiler, evcil hayvan bakımı, yurtdışı veya yurtiçi uzak seyahatler, ev ve iş yerindeki çevresel faktörler, cinsel öykü, kan transfüzyonu, iv madde kullanımınıdır.

Hasta belirli bir sistem içerisinde muayene edilir:

1- Hastanın genel görünüşü

2- Deri muayenesi: Sırasıyla saçlı deri, gövde ve ekstremiteler derisi, mukozalar, bölgesel lenf bezleri, deri eklerinin (tırnaklar, yağ bezleri, tüyler) muayenesi, gerekirse sistemik fizik muayene yapılır. Muayene iyi aydınlatılmış bir yerde ve gün ışığında yapılmalıdır. Normal oda sıcaklığı olmalıdır. Dermatolojik muayenede hastanın tam soyunması gerekir. Hasta mahremiyetine saygı gösterilmelidir. İnceleme dermatolojideki muayene yöntemlerinden en önemlisidir. Lezyonların büyüklükleri, şekilleri, dağılımları, kabarık olup olmadıkları saptanır. Palpasyon ile lezyonların kıvamı, deri yüzeyinden yüksekliği, tabanının sert olup olmadığı, çevreye veya derin dokulara yapışıklığı, incelik-kalınlık, ıslaklık-kuruluk, ısı değişimleri, yağlılık saptanabilir.

Dermatolojik tanının ön koşulu: Deri lezyonunun tipi, rengi, kenar özellikleri, sertliği, şekli, yerleşimi ve dağılımının anlaşılmasıdır.

Elementer lezyonlar bazı özellikleri göz önüne alınarak değerlendirildiğinde tanıya daha rahat gidilir. Dağılım ve sayı: Elementer lezyonlar az ya da çok sayıda, tek tek ya da gruplar halinde, tüm vücutta yaygın veya sadece deri pililerine paralel ya da dermatomlara uygun şekilde olabilir.

Lokalizasyon: Dermatozların çoğu spesifik bir lokalizasyon gösterir. Hastalığa özgü bu yerleşim yerlerinin bilinmesi tanı açısından kolaylık sağlar

Renk: Elementer lezyonların kendilerine özel renklerinin olması tanıya yardımcı olabilir.

Şekil ve çeşitlilik: Lezyonların şekil ve boyları, halka şeklinde (annüler), çizgi şeklinde (lineer), eğriler gösterecek şekilde (sirsine), serpinjinöz (yılan benzeri), bantlar halinde (zosteriform), madeni para büyüklüğünde (nummuler) olabilir.

Duyu kusuru: Dokunma hissine ince bir fırça veya pamuk parçasıyla, ağrı hissine; sivri bir iğne veya toplu iğne ucuyla, sıcaklık hissine; sıcak ya da soğuk bir cismin temasıyla bakılabilir.

Kenar özellikleri: Yuvarlak, çok köşeli, girintili çıkıntılı olabilir; özellikle ülsere lezyonlarda tanıya değerlidir.

Dermatolojide tanıya yol gösterici, hastalıklara özgü bu işaretlere veya belirtilere "fenomen" veya "signe" denir.

Mum lekeli fenomeni: Psöriazise özgü bir fenomen olup histopatolojik bir değişiklik olan parakeratozun bir göstergesidir. Psöriazis plağı künt bir bisturi ile kazınacak olursa, beyaz, sedif renkli kepeklerin görünür hale gelip, parçalar halinde döküldükleri görülür.

Auspitz fenomeni: Psöriazide ve histopatolojik olarak (papillamatozis) gösteren hastalıklarda pozitif olarak saptanan bir fenomendir. Psöriazis plağı kazındığında, önce nemli bir tabaka görülür (son zar fenomeni). Kazımaya devam edildiğinde papillaların tepe kısımlarının kesilmesiyle, nokta tarzında kanama odakları gözlenir.

Talaş (yonga) belirtisi: Pitriazis versikolorda görülen bir belirtidir. Kepekli lezyonun üzeri künt bir bisturi ile aynı yönde kazınacak olursa, kepeklerin bisturi önünde tıpkı marangoz rendesi önünde biriken talaş (yonga) gibi biriktiği görülür.

Çivi belirtisi: Lezyon üzerindeki sıkı yapışık kabuk kaldırılacak olursa, alt yüzünde, çok sayıda, ince, dikensi çıkıntıların olduğu görülür. Diskoid lupus eritematozusda da aynı bulgu, çok daha ince çiviler halinde saptanır.

Nikolsky fenomeni (Asboe Hansen): Pemfigus grubu büllü hastalıklarda görülen akantolizisin klinik belirtisidir. TEN ve stafilokoksik haşlanmış deri sendromunda da pozitiftir.

Koebner fenomeni (izomorfik yanıt): Derinin her türlü travmaya bazı hastalıkların elemanter lezyonlarını oluşturarak yanıt vermesi durumudur. Psöriazis, liken planus, vitiligo ve pitriazis rozeada gözlenir.

Dermatolojik tanıya yardımcı araçlar:

Dermoskopi (dermatoskopi, epilüminesans, deri yüzeyi mikroskopisi) pigmente deri lezyonlarının yüzey ve yüzey altındaki özelliklerini büyüteç ve ışık yardımı ile in-vivo daha iyi görüntülemeye olanak tanıyan non-invaziv bir tekniktir.

Diaskopi: Deri lezyonları üzerine bir mikroskop lamı veya cam spatula ile sıkıca bastırılarak bir makül veya papülün kapiller dilatasyona (eritem) mı yoksa kanın ekstrasvazyonuna mı (purpura) bağlı olduğunu saptamada diaskopik inceleme yapılır. Sarkoidoz, deri tüberkülozu, lenfoma, granülom annulare tanısında yararlanır.

Büyüteç veya binoküler mikroskop: Lezyonların ince morfolojik detaylarını incelemek için kullanılmak gerekebilir.

Wood ışığı: Nikel oksitli filtreden geçen 365 nm UVA ışınıdır. Temel amaç çıplak gözle görülemeyen bazı maddelerin, floresans verme özelliklerinden yararlanarak görünür hale getirilmesidir. Wood ışığı; mantar enfeksiyonları (tinea kapitis, tinea versikolor), bakteriyel hastalıklar (psödomonas, eritrazma), porfiria ve pigmentasyon bozuklukları (vitiligo, nevus anemikus, nevus depigmentozus) da tanıya yardımcıdır.

Laboratuvar yöntemler:

Tanının kesinlik kazanması veya tanıyı güçlendirmek için başvuru yöntemleridir. Mikolojik tetkikler: Nativ preparat ve kültür yöntemleri ile deri, tırnak kazıntısı, kıl, vezikül veya püstül sıvıları örneklenerek 1-2 damla %20-30'luk potasyum hidroksit (KOH) ile hazırlanan preparat ışık mikroskopunda değerlendirilir. Protein yapısındaki keratin KOH ile erirken, selüloz membrana sahip mantar elemanları sağlam kalır, ortaya çıkar ve alışkın bir göz ile rahatlıkla saptanırlar.

Giemsa boyama yöntemi: Giemsa daha çok parazitolojik inceleme amacıyla kullanılır. Kalın damla ve ince yayma preparatların boyanmasında kullanılır. Ayrıca spiroketlerin incelenmesi amacıyla da kullanılır. Vezikülobüllöz hastalıkların tanısında kullanılan "Tzanck yayması" Pemfigus ve herpes enfeksiyonlarının tanısında kullanılır.

Histopatolojik ve immünofloresan inceleme: En çok yarar saęlayan tanısal yöntemdir.

Deri testleri arasında "yama (patch) testleri" allerjik kontakt dermatitlerin tanısında sıklıkla başvuru bir testtir. Fotoallerjik kontakt dermatit tanısında Fotoyama testi (yama testi ile test alanına UV ışınının uygulanması esasına dayanır) yapılmaktadır.

Prick test ise tip I alerjileri saptamada kullanılmaktadır.

GENEL TEDAVİ PRENSİPLERİ Topikal tedavi: Bizi en çok ilgilendiren ve diğer dallardan ayıran yöntemdir. Taşıyıcı içinde aktif madde içeren ve dıştan uygulanan ilaçlara topikal ilaçlar denir. Topikal tedavinin amacı sistemik yolla da verilebilecek ilaçlarda genel yan etki ve komplikasyonlardan kaçınmak, sistemik yolla sağlanamayan yerel etkileri sağlamak, etkin maddenin, hastalık alanında istenilene çok yakın konsantrasyonda bulunmasını sağlamaktır. Topikal tedaviler 3 ana grupta incelenir: Sıvı topikaller, solüsyonlar, losyonlar, emülsiyonlardır. Yarı katı topikaller ise jeller, merhemler ve kremlerdir. Katı topikaller pudralardır.

Kremlerde kullanılacak miktar için bir standart olmamakla birlikte, işaret parmağı distal falanksının boyunu kaplayacak krem veya pomad miktarı, 1 parmak ucu ünitesi olarak tanımlanmış olup, yaklaşık 0.5 gr ilaç karşılığıdır. Eller ve yüz için 2 gr, bir kol veya gövdenin bir yüzü için 3 gr, bir bacak için 4 gr, tüm gövde için 30 gr yeterli olmaktadır.

Dermatolojide kullanılan bazı tedaviler:

Topikal antibiyotikler: Sodyum fusidat, mupirosin

Antiseptikler: Potasyum permanganate, rivanol solüsyonu

Topikal antimikotikler:

İmidazol Türevleri: Klotrimazol, ketokonazol, oksikonazol, izokonazol.

Allilamin türevleri: Terbinafin

Siklopiroksolamin

Tolnaftat

Topikal Kortikosteroidler

İmmünsüpresif, antiinflamatuvar, antiproliferatif (antimitotik), vazokonstriktif etkileri vardır. Deride incelme, atrofi, stria, telejektazi, purpura, akneiform lezyonlar, hipertrikoz ve hipo veya hiperpigmentasyon oluşturabilirler. Yerel immün cevabı da bozacakları için bakteriyel ve mikotik infeksiyonlara yatkınlık oluştururlar. Göz çevresinde uygulamalarda glokom ve katarakt riski vardır. Topikal kortikosteroidlerin geniş deri yüzeylerine uzun süreli kullanılması ile sistemik yan etkiler görülebilir.

Topikal steroidler etki derecelerine göre kabaca 4 grupta incelenebilir:

Zayıf etkili: Hidrokortizon, predizolon vb.

Orta etkili: hidrokortizon bütirat

Güçlü etkili: Triamsinolon, halsinonid, mometazon furoat, betametazon, metilprednisolon aseponat

Çok güçlü etkili: Klobetazol propiyonat

İntralezyonel kortikosteroid uygulaması ise fibrotik özelliği sebebiyle topikal steroidlerin zor ulaşacağı keloid ve fibrom gibi lezyonlarda yapılıır. Likenifiye alanlarda, kistik oluşumlarda uygundur. Ayrıca hedef dokuda yüksek doza ulaşılması gereken alopesi areata ve vitiligo gibi durumlarda, triamsinolon asetonidin, sulandırılarak, hedef doku içine enjekte edilmesidir.

SİSTEMİK TEDAVİ

Antihistaminikler: Antihistaminikler klasik olarak H1 ve H2 reseptör blokörleri olarak ikiye ayrılırlar. H1 reseptör blokörleri akut ürtiker başta olmak üzere çeşitli allerjik ve kaşıntılı dermatozlarda kullanılır. H2 reseptör blokörleri dermatolojide tek başına kullanılmazlar. H1 blokörleriyle kombine olarak; kronik ürtikerde, soğuk ürtikerinde ve dermatografizmde kullanılır Birinci Kuşak H1 Antihistaminikler: Feniramin maleat, hidrosizin, siproheptadin, klemastin fumarat.

İkinci Kuşak H1 Antihistaminikler: Setirizin, levosterizin, desloratadin.

Bazı otörler levosetirizin, desloratadin, feksofenadini 3. kuşak olarak kabul ederler.

Antifungal ilaçlar : Ketokonazol, itrakonazol, flukonazol, terbinafin, griseofulvin

Sistemik kortikosteroidler pemfigus vulgaris, büllöz pemfigoid, SLE, eritem polimorf (özellikle stevens johnson sendromu),eritrodermiler (psöriasis eritrodermisi hariç) ve diğer pek çok dermatolojik hastalıkta kullanılır.

Sistemik kortikosteroidlerin yan etkileri: Obezite, stria, purpura, enfeksiyon riski, yara iyileşmesinde gecikme, sodyum tutulumu, potasyum atılımında artış, hipertansiyon, aydede yüzü.

Retinoidler A vitamininin sentetik analoglarıdır. Hücre proliferasyonu ve farklılaşmasını etkiler, tümör büyüme ve yayılmasını önler, immünoestimulan rol oynarlar.

İzotretinoin: Sebostatik, antiinflamatuvar, keratinizasyonu düzenleyici etkileri vardır. Esas olarak nodülokistik akne, 0.5-1 mg/kg dozda, ortalama 4-5 ay kullanılır.

Asitretin: Birçok deri hastalığında özellikle psöriyazisin eritrodermik ve püstüler tiplerinde kullanılır.

DİĞER TEDAVİ YÖNTEMLERİ

Elektro-cerrahi (koterizasyon): Elektrik enerjisinin dokuda ısı enerjisine dönüşerek doku yıkımı oluşturması esasına dayanır. Verrüler, keratozlar, molluskum, yüzeysel premalin ve malin tümörlerin tedavisinde kullanılır.

Kriyoterapi: Likit nitrojen veya CO₂ gazı ile dondurma işlemidir. Dermatofibrom, pyojenik granülom, verrüler, molluskum, hemanjiyom, keloid, seboreik keratoz, lentigo, premalin ve malin lezyonlarda kullanılır.

Fotokemoterapi: PUVA, oral olarak psöralen alımından sonra UVA ile ışınlama demektir.

Psöriyazis, alopesi areata, vitiligo, mikozis fungoides, atopik dermatit, Duhring hastalığı, inatçı ekzemalar vs.de kullanılır.

Lazer tedavisi (Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation)

Lazer tipine göre değişen endikasyonları vardır. Genel olarak hemanjiomlar, premaling, malign ve bening deri tümörleri, verrüler ve kondüloma aküminata, keloid, nevüs, lentigo, efelid, telenjektaziler, rinofima gibi endikasyonlarda kullanılır.

Kaynak

Andrews' Deri Hastalıkları Klinik Dermatoloji