

deri hastalıklar

Gövdede Yerleşen Deri Hastalıkları

Atıf TAŞPINAR *

DERMATİTİS HERPETIFORMİS (Duh-ring Hastalığı)

Dermatitis Herpetiformis esas elemanter lezyonu bül olmakla beraber klinikte polimorfizm gösteren bir hastalıktır. Orta yaşta ve erkeklerde daha fazla görülür.

Hastalığın klinik karakterlerinden birisi deri belirtilerinin gövdede ve ekstremitelerin ekstansiyon yüzlerinde simetrik olarak yerleşmesidir. İlk belirti olan büller, prodromal bir devre olmaksızın, kriz halinde çıkarlar. Gergin ve içleri berrak sıvı ile dolu olan büllerin, kısa sürede zeminlerinde infiltrasyon meydana gelerek, çevreleri kırmızı bir hale ile çevrilir. Açılan büller yerlerinde erode ve çoğu kez denude bir zemin bırakırlar.

Geceleri ortaya çıkan şiddetli kaşıntı, özellikle yanma hissi ve dermalji ile beraberdir. Kaşıntı nedeniyle gövdede ekskoriasyonlar ve değişik tipte elemanter lezyonlar bir arada görülebilir (Polimorfizm).

İyileşme başladığında epitelize olan bülzemini çevresinde satelit tarzında yeni büllerin oluştuğu dikkati çeker. Bu şekilde halka tarzında dağılmalar ortaya çıkar. (Şekil — 1).

Hastalık genellikle glutensiz diyetle iyi cevap veren bir enteropati ile birlikte seyreder. Genel durumu bozuk ve yaşlı kimselerde iç organ kanseri daima hatıra gelmelidir.

Laboratuvarda, çoğu olguda iod duyarlılığı tesbit edilebilir. Ayrıca gerek periferik kanda ve gerekse bül sıvasında yüksek oranda eozinofili vardır. Histopatolojik incelemede büllerin subepitelial oturumaları karakteristiktir.

Hastalık sulfapiridin ve sulfon preparatlarından istifade etmektedir. Ancak tedavi uzun süreli olarak uygulanmalı, ilaçların kesilmesi ile nükslerin ortaya çıkacağı unutulmamalıdır.

GÖVDE BİTLENMESİ (Pediculosis Vestimentorum; P. Corporis)

Gövde biti (Pediculus corporis et vestimenti) tarafından oluşturulan bir klinik tablodur. Gövde biti özellikle elbisenin kıvrımlarında yerleşerek, sadece beslemek amacıyla deriye geçer.

Bitlerin ısırması ile kaşıntı; bunun sonucu ortaya çıkan ekskoriasyonlar ve yeryer gelişen, urtika, papül ve küçük hemorajiler klinik tablonun polimorf bir görünüş almasına sebep olur. Lokalizasyon özellikle sırttır. Ensedan sırt ortasına doğru uzanan eşarp tarzında bir saha bu belirtilerle kaplıdır. Uzun süre tedavi edilmeyen gövde bitlenmelerinde bu sahanın koyu bir renk aldığı, yer yer likenifiye olduğu görülür. Bu görünüm Curtis Vagontium (Serseri derisi) olarak isimlendirilir.

Bu zeminde sıklıkla çeşitli tipte pyodermilerin ortaya çıktığı da görülebilir (Şekil — 2).

Gövde bitlenmesinin tedavisinde elbiselerin bitten arındırılması uygulanacak ilk önlemdir. Bundan sonra ancak, gövdede kalabilecek bitlerin tedavisi için etkili ilaçlar kullanılabilir (Gamma benzene hexachloride veya gamma hexachlorocyclohexane). Gelişmiş pyodermi için ayrıca pyodermi tedavisi gerekebilir.

PEMPHIGUS

Orta yaşın üstündeki kişileri tutan ve genel olarak cinsiyet farkı göstermeyen, büllerle karakterize bir hastalıktır, etyolojisi henüz tam aydınlanmakla birlikte, patogenezinde otoimmün bir mekanizmanın rol oynayabileceği kanısını vermektedir.

Ana elemanter lezyon olan büller, genelde ağız mukozası ve göbek çevresinde görülmeye başlarlar. Bundan sonra ancak hastalığın klinik tipine göre vücuda dağılma ortaya çıkar.

* Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı Başkanı.

Birbirinin klinik ve histopatolojik karakterleri ile ayrılan dört tip Pemphigus arasında özellikle P. Vulgaris en çok görülendir. Pemphigus Vegetans, P. Foliaceus ve bunun selim bir şekli olan P. Erythematosus çok az görülmektedir.

Pemphigus Vulgaris'de, klinik seyrin her döneminde büllerin görülmesi mutaddır. Ancak başlangıç döneminde bu büller özellikle ağız mukozasında açılmış, geniş erozyonlar halindedir. Göbek çukurunda yerleşen ilk Millierinde tipik bir karakterleri yoktur. Kısa sürede krizler halinde vücutta ortaya çıkan büller birden bire oluşmaları, içlerinin başlangıçta berrak olması ve sübjektif bir belirti göstermemeleri ile tanınırlar. Ayrıca bütün Pemphigus klinik tablolarında ortak özellik olan Nikolsky Fenomeni müsbetliği burada da vardır. Açılan büller esmer pigmentasyon bırakarak iyileşirler (Şekil — 3). Tedavi edilmeyen olgularda büllerin devam ettiği, genel durumun bozulduğu kaşeksinin geliştiği görülür. Prognoz fâtalıdır.

Pemphigus Vegetans'da başlangıç belirtileri P. Vulgarise benzer. Ancak, hastalığın vücutta yayılmasında özel bir lokalizasyon farkı dikkati çeker. P. Vegetans'da büller özellikle derinin büyük kıvrım yaptığı bölgelere yerleşmeye meyillidir. Koltuk altı inguinal bölge, boyun yanları gibi. Bu klinik tabloda büller açıldıktan sonra ortaya çıkan erode zeminde burjonman tarzında verrüköz granülasyon dokusu gelişmeye başlar ve ileri dönemlerde büller görünmez olur. Ama her zaman için Nikolsky Fenomeni müsbet olup, verrüközitelerin kenarları iyice incelendiğinde bül tavanına ait kalıntıların tesbit edilmesi mümkündür. Verrüköz belirtilerin çevresinde morumsu bir halenin bulunması da hastalığın karakterleri arasındadır (Şekil — 4).

Pemphigus tedavisinin günümüzdeki etkin ilacı Kortikosteroidlerdir. Yüksek dozda başlatılıp uzun sürede azaltılan bu tedavide başarı şansı olmakla beraber, ilacın yan etkilerinin dikkatle incelenmesi ve hastanın sıkı kontrol altında olması gerekir. Kortikosteroidlerin yanında, bazan yardımcı tedavi ve bazan da idame tedavisi olarak çeşitli immünosupressiv ajanlardan yararlanmak mümkündür. (Metotrexate Cyclophosphamide gibi).

PITYRIASIS ROSEA (Gibert)

Genel olarak ilk ve sonbahar aylarında daha sık görülen, etyoloji henüz aydınlanmamış selim tabiatlı bir hastalıktır.

Esas yerleşme yeri gövdedir. Dermatoma uyan ve deri kıvrımlarına uzun eksenleri yönünde paralellik gösteren oval plaklardan oluşur. Plaklar eritema-tö-skuamözdür. Eritem açık gül rengidir. Kepekler

iyileşme döneminde ortaya çıktıklarından ve plaklar ortalarından iyileşerek etrafa doğru büyüme eyelimi gösterdiklerinden, kepeklerin plağın ortasına bakan kısımları kalkık çevreye bakan kısımları ise deriye yapışıklık gösterir. Bu haliyle yakalığa benzeyen bir görünüm ortaya çıkar (Şekil — 5).

Her yaşta görülmesine rağmen gençlerde daha çok rastlanan pityriasis Rosea, tahriş edilmediği takdirde ekstremitelere yayılmaz ve 4—6 hafta içinde kendiliğinden iyileşir. Ancak çeşitli şekillerde tahriş edilen olgularda plakların ekstremitelere doğru yayıldığı ve hatta nadir bazı olgularda eritrodermi halini aldığı da görülebilir.

Kaşıntı esas olmamakla beraber bazı olgularda değişik tip ve şiddete kaşıntıya rastlamak mümkündür.

Hastalığın tedavisi konservatifdir. Tahrişin kesilmesi (Yıkama keselenme ve sabun teması gibi) dıştan kükürtlü sulu pudralar çoğu kez tedavi için yeterlidir. Tahriş edilmiş ilerlemeye meyilli olgularda antihistaminikler ve hatta orta doz kısa süreli kortikosteroid tedavisi uygulanabilir.

SEDEF HASTALIĞI (Psoriasis)

Etyolojisi henüz tam aydınlanmamış, oluşmasında % 50 genetik bir geçiş kabul edilen, daha çok psöşik streslerle ortaya çıkan veya şiddetlenen bir hastalıktır. Başlangıç yeri diz, dirsek, saçlı deri ve sakral bölge olmakla beraber bütün vücutta yerleşebilen psoriasisde esas elemanter eritem ve skuamdır. Eritem canlı kırmızı, son derece keskin sınırlı olmasıyla; kepekler ise lamellöz, beyaz sedef rengi görünüşleri ve deriye yapışıklıklarının az olmasıyla tanınırlar.

Küçük toplu iğne başı büyüklüğünde noktalar şeklinde başlayan hastalık, zamanla plakların gelişmesi ve bunların birbirleri ile birleşmesi sonucu değişik görünüm alabilir. Aktif, ilerlemeye meyilli olgularda plakların etrafında canlı kırmızı bir halenin görülmesi tipiktir (Şekil — 6).

Hastalığın tedavisinde etkili ilaç kükürttür. Klinik tabloya uygun olarak çeşitli şekillerde kullanılabilir, özellikle aktif dönemdeki hastalarda irritatif tedavi ajanlarından kaçınılmalıdır.

Kükürtten başka katren derivelere ve topik olarak kortikostereoidler de kullanılabilir. Sistemik kortikosteroid tedavisi, ancak üniversal tiplerde, eritrodermik psoriasisde ve tüm tedavilere direnç gösteren olgularda kullanılmalıdır. Psoriasisde steroidlere cevabı kısa sürede ortaya çıkmakta ancak ilaç kesildiğinde nüks hemen görülmekte ve bu yeni nükste ortaya çıkan plaklar diğer ilaçlara son derece dirençli ol-



Şekil - 1



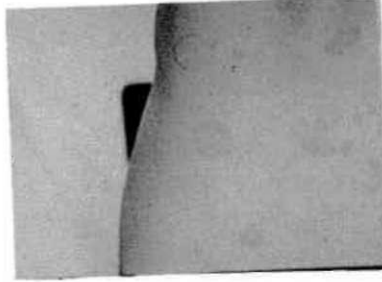
Şekil - 2



Şekil - 3



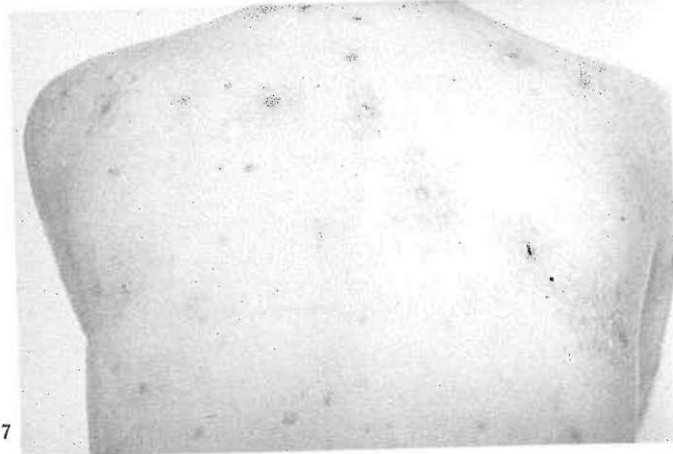
Şekil - 4



Şekil - 5



Şekil - 6



Şekil - 7



Şekil - 8



Şekil - 9

maktadır. Dıştan ayrıca UV—A dan istifade edilebilir. Tüm tedavi boyunca başarı için hastanın tran- kilizasyonu gereklidir.

SYPHILIS (Frengi, Lues)

Treponema Pallida'nın yaptığı syphiliste gövde lezyonları özellikle ikinci devirde dikkati çekicidir. Birinci devir lezyonu olan Chancre Syphilitique'e gövdede nadiren rastlanır, üçüncü devir belirtileri ise (Gomme ve syphilidler) daha ziyade yüz ve ekstremiteleri seçerler.

İkinci devir roseoller ve ikinci devir papülleri gövdede sevrekle yerleşirler.

İkinci devir syphilisde görülen mercimek büyüklüğündeki papüller özel lokalizasyonları yanında dağınık bir biçimde ve özellikle göğüs ve sırtta oturabilirler. Bunlar yarım küre şeklinde canlı kırmızı subjektif belirti vermeyen elementer lezyonlardır. Genel olarak orta büyüklükteki papüller kümeler yapmaya meyilli değildirler. Ne varki bunların çevrelerinde çoğu «kez küçük papüllerden oluşan bir kümeleşme görülebilir (Şekil — 7). Seyirleri 4—6 hafta kadardır. Yerlerinde iz bırakmadan iyileşirler.

UYUZ (Gale, Scabies)

Sarcoptes Hominus'un yaptığı, geceleri ortaya çıkan şiddetli kaşıntı ile karakterize bir hastalıktır.

Hastalığın esas lokalizasyonu simetrik olarak, koltuk altı çukurunun ön duvarının ön yüzü, bütün bel bölgesi, dirsek, el bilekleri ve el parmakları, diz, iç ve dış malleollerdir. Ayrıca kadınlarda areola mammae (Şekil — 8) ve erkeklerde de glans penis yerleşme yeridir. Hastalık bu bölgelerde başlayarak, buralara komşu vücut bölümlerine yayılırlar. Yetişkinlerde boyundan yukarı çıkmaz ve inter skapüler bölgeye yerleşmez.

Hastalığın ilk belirtisi sarkoptun yaptığı derideki yüzlek ve ince tünellere uyan sillonlardır. Ancak bunların klinikte görülmesi oldukça zordur. Ekskoriasyon, ufak papüller, püstüller klinik tabloyu oluştururlar (Polimorfizm) (Şekil — 9).

Uyuz bir aile hastalığı olup sıkı temasta bulunanlar arasında süratle yayılması ile tanınır. Bu bakımdan tedavi yakın temasta olan kişilerin hepsine birden uygulanmalıdır.

Tedavide benzoat de benzil preparatlarından yararlanılır. Ancak dıştan kullanılan bu ilaçların etkili olabilmeleri için hastanın, tedaviye başlamadan önce iyice yıkanması ve keselenmesi, sonra ilacı oarak sürmesi ana koşuldur. Bunun yanında sarkoptun bulunabileceği özellikle iç giysiler, yatak takımları iyice kaynatılmalı veya bir hafta süre ile açık havada bırakılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Degos R. Dermatologie, Ed. Med. Flammarion, Paris, Mise a jour 1979.
2. Demis D., Dobson R.L., McGuire : Clinical Dermatology, Herper and Pow Pub, London, 1976.
3. Domokos A.N. : Andrew's Diseases of the Skin, Saunders Comp., London, 1971.
4. Duperrat B. : Precis de Dermatologie. Masson et C. Ed., Paris, 1959.
5. Fitzpatrick T.B. ve Ark. : Dermatology in General Medicine, McGraw Hill Comp., USA, 1971.
6. Moschella S. L., Pillsbury D.M., Hurley H. : Dermatology, Saunders Comp. London, 1971.
7. Nemlioğlu F. : Deri Hastalıkları, İstanbul Üniversitesi, Tıp Fakültesi Yay., İstanbul, 1979.
8. Rook A, Wilkinson D.S., Ebling E.G. : Textbook of Dermatology, Blackwell Scientific Pub., London, 1972.
9. Stewart W.M., Danto J.L., Maddin S. : Synopsis of Dermatology, Mosby Comp., Saint Louis, 1970.
10. Tat A.L. ve Ark. : Deri ve Zührevi Hastalıklar, A.Ü. Tıp Fakültesi Yay., Ankara, 1981.
11. Temel Tedavi : Fidan Kitabevi, Ankara, 1983.