

deri hastalıkları

Yüzde Yerleşen Deri Hastalıkları

A TIF TAŞPINAR *

Deri hastalıkları, gerek ders kitaplarında ve gerekse daha geniş hacimli yayınlarda değişik biçimlerde sınıflandırmalara tabi tutulurlar. Bunlar arasında, etyolojik sınıflandırma, elementer lezyona göre sınıflandırma, topoğrafik sınıflandırma şekilleri genel kullanım olarak sıralanabilir.

Bu yazı dizimizde, kliniğimiz renkli fotoğraf ve slayt arşivinden yararlanarak, gruplar halinde, topoğrafik düzeyde, belli başlı deri hastalıklarını yayınlamak istiyoruz. Amacımız, hastalıklar hakkında tam ve geniş bilgi vermek değil, tanıtıcı ana karakterleri ile kısaca tedavi yöntemleri üzerinde durmaktır. Deri hastalıkları özellikle göze hitap ettikleri ve tanınmaları için görülmeleri hemen hemen şart olduğu için **Kendi** olgularımız arasından en tipik olanları seçmeye özen gösterdik.

Bu ilk yazımızda ise çarpıcı özelliğinden dolayı yüzde yerleşen deri hastalıklarından bazılarını sunmaya çalışacağız. Hastalıkların sıralanmasında alfabetik düzen göz önüne alınmıştır.

CÜZAM

(Miskin Hastalığı, Lepra, Hanseniasis)

Cüzam, yüzde çeşitli şekil ve derecelerde bozukluklara sebep olan bir hastalıktır. Hastalığın etkeni Mycobacterium Lepraedir.

Cüzamın yüzde yaptığı **değişiklikleri** iki grupta toplamak mümkündür.

1. Deri belirtilerine bağlı değişiklikler:

Cüzam kliniğinde deri belirtileri özellikle Lepromatöz form ve Borderlin Lepromatöz formda daha belirgin olarak görülür.

En belirgin **Klinik** bulgu leprom adı verilen tüberküllerin yüzde, özellikle kaşlarda, burunda, yanaklarda ve çenede bir araya gelmesi ile ortaya çıkan **Kan** Facies Leonina dır. (Şekil - 1). Şekilde görüldüğü gibi, yüz hemen tümüyle bu tümoral kitlelerle kaplanmıştır. Renk koyu kırmızı açık kahverengi (Bakır rengi) dir. Göz kapaklarına **kadar** in-

bilen infiltrasyonlar gözleri kısık bir hale getirebilir.

Ayrıca, burun mukozasında yerleşerek harabiyet yapan lepromlar, kıkırdak kısmın yenmesine sebep olurlar. Bu şekilde, ikinci şekilde belirgin olarak görüldüğü gibi, burun ucunda kıkırdak ve arkasından deri emilimine bağlı olarak tipik bir mutilasyon ortaya çıkar. Yüzün orta kısmında üç küçük lobdan oluşan bu görünüm Yonca Yaprağı Burun olarak isimlendirilir (Şekil - 2).

Diğer yandan, bir kısım deri hastalığında görülen Kaşların dış kısımlarından başlayan kıl dökülmesi cüzamda da vardır (Şekil-1,2,3).

2. Sinir tutulmasına bağlı değişiklikler:

Klinikte, sinir tutulması daha çok tüberküloid klinik formda belirgin olarak ortaya çıkar. Yüze ait facial sinir tutulması bu arada sıklıkla görülür. Facial sinirin hastalığa iştiraki ile yüz mimik kaslarına ait felçler ortaya çıkar. Bunun doğal görüntüsü hissiz, anlamsız bir yüz görünüşüdür. Şekil 3' de belirgin olarak görüldüğü gibi, yanaklar torbalanmış, alt dudak dışa dönmüş, sulcuslar silinmiştir. Bu görünüme Facies Antonina adı verilir.

Ayrıca facial paralize de çoğunlukla iki taraflı lagoftalmi de mevcuttur. Erken yaşta tutulmalarda testiküler faaliyetin ortadan kalmasına bağlı olarak Enükoid Görünüm sıklıkla müşahade edilen bir bulgu olarak ortaya çıkabilir.

İleri devrelerde, tedavi ile gerileyen lepromlar yerlerinde atrofik skatris bırakarak yüze pörsük bir görünüm (İhtiyar Yüzü) verebilirler.

Mycobacteri üzerine etkili Sulfon grubu ilaçlar hastalığın en çok kullanılan tedavi ajanıdır. Ayrıca Rifampicin, Chlofazimin ve Ethionamid yardımcı ilaç olarak kullanılabilir. Ayrıca hastalığın genel tedavisinde rekonstrüktif cerrahi, plastik cerrahi, fizik tedavi rehabilitasyon tedavilerinden de yararlanmak mümkündür.

ERGENLİK

(Acne Vulgaris, Acne juvenil)

Ergenlik çağında, seborik zeminde ortaya

* Ankara üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabüim Dalı öğretim Üyesi

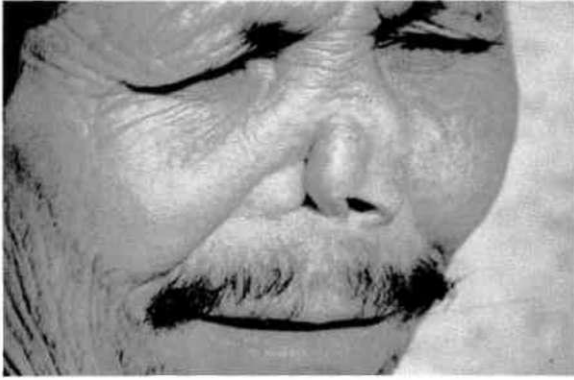
Not : Resimlerin tümü Dermatoloji Anabilim Dalı arşivinden alınmıştır.



Şekil- 1



Şekil- 5



Şekil- 2



Şekil- 6



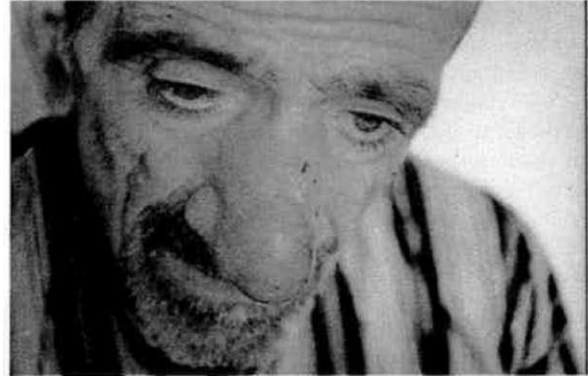
Şekil- 3



Şekil - 7



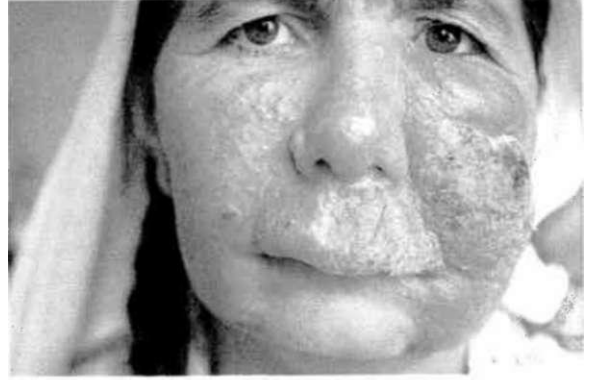
Şekil- 4



Şekil - 8



Şekil- 9



Şekil - 12



Şekil 10



Şekil •• 13



Şekil - 11



Şekil - 14

çıkan, polimorf deri belirtileri ile karakterize bir hastalıktır. Hastalığın etyolojisinde bir çok dış ve iç faktörlerin etkisiyle birlikte, esas olarak, bir konstitüsyon ve yağ bezi fonksiyon bozukluğu olan seborrenin rol oynadığı kabul edilmektedir.

Pubertenin başlaması ile birlikte yağ bezi faaliyetinde bir artma ortaya çıkar. Artan yağ bezi salgısı aynı zamanda terkip bakımından da bozulmuştur. Deri için tahriş edici etki yapan bu yağ salgısı, deride bir reaksiyona sebep olarak, yağ bezinin ağzı korneum artıkları ile tıkanır (Comedon). Altta biriken yağ keseyi patlatarak deri içine dağılır ve

enflamatuar olayların ortaya çıkmasına neden olur. Bunun sonucu, papüller, püstüller gelişir. Bu tablonun psikişik kötü etkisi, yerinde olmayan uygulamalarla, kişinin bu lezyonları oynaması, sıkması, patlatması ile sonuçlanır. Bu şekilde giderek, daha büyük nodüller, kabuklanmalar ortaya çıkabileceği gibi, sekonder enfeksiyon da gelişebilir. Bu klinik tablo, uzun zaman, önlem alınmadığı takdirde yenileyerek devam eder ve derin akne klinik tablolarına döner.

Şekil14'de, tipik lokalizasyonu ile bir akne vulgaris görülmektedir. Yanakta yaygın papülü ve

püstüllü erüpsiyonlar grup halinde toplanmış bulunmaktadıdır.

Hastalığın tedavisinde, **öncelikli** yapıya ve fonksiyona ait bozuklukların düzeltilmesi, en azından ilerlemesine sebep olacak uygulamalardan vazgeçilmesi ana prensiptir. Dış tedavinin esasını kavlatma tedavisi oluşturur. Topik tedavide kükürtlü preparatlardan ileri derecede fayda temin edilir. Diğer yandan, sistemik olarak A vitamininden ve lokal olarak da ultraviole uygulamalarından yararlanılabilir.

GÜLLEME (Rosacea)

Etyolojisi tam aydınlanmamış, genellikle yağlı seborre ile birlikte seyreden bir hastalıktır. Yüzde, özellikle burun üstü ve buraya komşu bölümlerde yerleşir.

Başlangıçta, gelip geçici canlı kırmızı bir eritemle karakterize Stadium Erythematosum devresi ile, giderek yerleşen klinik tablo tibik olarak kırmızı mavi, sertçe kıvamlı püğüllerden oluşan Stadium Papulosum devresine girer. Şekil - 5'de açık olarak görüldüğü gibi, burunla birlikte yanaklar alın ve bir parça da çene hastalığa iştirak eder. Bu Klinik tablonun sıcak mevsimlerde alevlenmesi ana karakteridir. İlerlemiş olgularda, bu lezyonlara telanjiektaziler eklenir ve sadece erkeklerde, Şekil-6'da görüldüğü gibi, burun elefantiazik bir hal alabilir (Rhynophyma).

Çoğu olguda yan belirti olarak blefarit, Konjunktivit ve keratit de müşahade edilebilir.

Tedavide, lokal olarak kükürtlü katranlı topikler kullanılabilir. Sistemik olarak kloranfenikol, ehloroquine diphosphate denenebilir. Ayrıca, hastalığın şiddetlenmesinde kahve, çay, bahard biberli **yiyecekler** ve alkolün etkisi olduğu unutulmamalıdır.

LUPUS ERİTHEMATOSUS ÜİSCOİDES

Otoümmün hastalıklar arasında mütalaa edilen eritematodesin hemen sadece deri belirtileri ile seyreden kronik formu, diskoid lupus eritematosus, yüzde yerleşen hastalıklar arasında ilk sıraları alır. Belirtileri güneşle, soğukla provoke olması nedeniyle hastalığın hemen tek yerleşme yeri yüzdür.

Hastalığın başlangıcı basmakla kaybolan açık kırmızı lekeler halinde olur. Bu lekeler birbirleriyle birleşerek kırmızı plaklar haline alırlar, üzerlerinde ince yapışık furfurik kepeklenme meydana çıkar. Daha sonra plaklar ortalarından gerilemeye ve skatris **birakarak** iyileşmeye başlarlar. Atrofik bölgenin çevresi belirgin keratoz ile kaplı bir kısım oluşturur. Bu bölgede, yapışık olan kepekler kaldınlacak olursa alttan dikensi çıkıntılar gösterir (Çivi İşareti).

Şekil - 7'da burun lokalizasyonu ile tipik bir

olgu görülmektedir.

Tedavide, ışık provokasyonunu önlemek üzere **Koruyucu** merhemler Kullanmak, sistemik olarak Chloroquine diphosphate vermek suretiyle iyi neticeler alınabilir.

LUPUS VULGARIS (Tuberculosis Cutis Luposa)

Deri tüberkülozları arasında inatçı seyri ve mutilasyonlara sebep olması ile tanınan bir klinik formdur. Sıklıkla yüzde lokalize olur ve özellikle burun uçları ve komşu deri bölümlerini seçer. Çoğu olguda başlangıç burun mukozasıdır.

Klinikte basit pembe bir leke halinde başlar. Subjektif belirtisi yoktur. Derimde oturan tüberküllerin epidermise infiltrasyonu ile ortaya çıkan bu leke giderek kabarı ve Klinikte lupom adını alan tipik görünüş ortaya çıkar.

Şekil - 8'de lupomların bir araya gelmesi ile oluşan büyük bir plağın bütün burnu kapladığı görülmektedir. Bu şekilde ve Şekil - 9'da görülen kulak memesini tutan lezyonda ki renk tipik lupus vulgaris rengidir. Lezyonların kendini özgü yumuşakça bir kıvamları vardır. Cam dil basacağı ile bu lezyonlara basılacak olursa bu renkleri **açılarak** kirli sarı kahverengi bir hale dönerler. Bu muayene usulü lupus vulgaris tanısında önemli bir yer alır.

Lupus vulgarisin seyri kronik olup, uç kısımlara yerleştiğinde giderek bu bölümleri harabeder ve mutilasyonlara sebebiyet verebilir. Böyle kulağa ait bir mutilasyon Şekil - 10'da görülmektedir.

Lupus vulgaris tedaviye inatçı olmakla beraber dikkatli yürütülen bir tedavi ile şifa elde etmek mümkündür. Sistemik antitüberkülo tedavi yanında küçük lezyonların krioterie yakılması, tuzsuz rejim, ultraviole uygulamaları denenmelidir. Ancak, hiçbir zaman deri tüberkülozunda histolojik şifanın klinik şifadan 6-7 ay sonra gelişeceği unutulmamalı ve tedavi süresi buna göre ayarlanmalıdır.

SYCOSİS SLMPLEX (Sycosis Nonparasitaria)

Stafilokokların yaptığı kronik bir dermatittir. Sakal ve bıyık bölgesinde yerleşir. Hastalığın oluşunda hazırlayıcı faktör, kıl kalınlığı ile ostium follikuläre arasındaki uyumsuzluktur. Bu şekilde, kıl çapından daha dar olan ostium, kılın büyümesi sırasında tahrişe uğramakta ve mikroorganizmaların patojenite kazanmalarını kolaylaşmaktadır.

Hastalık, sakal ve bıyık bölgesinde çoğunlukla filtrumdan başlayan, kıl diplerine oturmuş, papül ve püstüllerle kendisini belli eder. Çevre kıl folliküllerinin de kısa zamanda hastalığa iştirakleri düz, sulanmaya

ve kabuklanmaya meyilli plaklar oluşturur. Şiddetli reaksiyonlarda, Şekil - 11'de görüldüğü gibi, papüller daha da büyüyerek fındık cesametine ulaşabilirler. İltihabi olay kılın yukarı kısımlarını çevrelediği için manşon gibi sarar ve kıl, çekmekle kolayca çıkmaz (Tinea Barbae'den ayım atın kriteri). Hastalık ilerledikçe, derinin reaksiyon halinde ortaya çıkan değişimlere bağlı olarak iltihabi olaylar azalır, sadece infiltratif, kıl dibini tutan papüllerin oluşturduğu plaklar görülmeye başlar.

Kronik seyirli bir hastalık olmasına rağmen tedavi edilebilir ve skatris bırakmaz.

Tedavide, kıl dibinin her türlü tahrişi azaltılmalı, traş düzenli bir biçimde yapılmalıdır. Antiseptik pansumanlar, cımbızla yapılacak bir epilasyondan sonra uygulandığında, çoğu kez tek başına tedavi için yeterli olur. Sulanma geçtikten sonra antiseptik ve antibiyotikli pomadların kullanılması, gereken olgularda sistemik antibiotik tedavisi uygulanmalıdır.

ŞARK ÇIBANI (Leishmaniasis Cutis)

Yüzde yerleşen hastalıkların hemen başında yer alan şark çıbanının etkeni Leishmania Tropica'dır. Parazit hplebotomlar ve az oranda da karasineklerle taşınır.

Bir inokülasyon dermatozu olan şark çıbanının, açık vücut bölümlerinde ve özellikle yüzde lokalizasyonu yaygındır.

Klinik olarak, 2-24 hafta arasında değişen bir kulçka devrinden sonra, inokülasyon yerinde, pembe basit bir leke halinde başlar. Bu leke derinde oturan tüberküllere uyar. Kısa süre içinde kabarıp belirginleşen, lekenin, in filtre olduğu ve renginin de canlı kırmızıya döndüğü görülür. Sübjektif belirti vermeyen bu lezyonda sulanmaya meyil ve bunun sonucu yapışık kabuklanma esas belirtidir. Kabuk teşekkülü, kıl folliküllerine doğru sokulur ve Kaldırılan kabuğun altında sivri dikenimsi çıkıntılar halinde görülür (Hulusi Behçet'in civi işareti). Bu klasik görünüm, çoğu olguda Şekil - 12'de görüldüğü gibi, yayılıp genişleyerek seyrini sürdürür, yüzün büyük bir bölümünü kaplayabilecek hale gelebilir.

Hastalığın ortalama seyri bir yıl kadardır. Sonunda gerileme başlar ve hastalık, atrofik inestetik bir skatris bırakarak iyileşir.

Şekil -12'de görülen olguda, çevreye dağılmış yaygın infiltrasyon, canlı eritem ve üst dudakta hafif elefantiasis dikkati çekmektedir. Bunlar, nadir olarak, şark çıbanının klinik seyrinde görülen komplikasyonlar olarak ele alınır.

Tedavide, antimuan birleşiklerinden yararlanılır.

maktadır. Sekonder enfeksiyon ile mücadele gerekir.

TİNEA BARBAE (Sycosis Parasitaria)

Erkeklerde görülen ve etkeni çoğunlukla hayvani cins Trychophyton veya Microsporum olan bir mantar hastalığıdır. Sakal bölgesinden başlaması, önemli bir özelliğidir.

Hastalığın başlangıcı yüzlek trikofisi gibi gelişir. Ancak kısa bir süre sonra kılın tümü ve çevresi derin seviyede reaksiyona katılarak, Şekil - 13'de görüldüğü gibi, tumoral kitleler ortaya **çIKAR**. Bu tumoral kitleler, palpasyonla yumuşak ve kıl follikülleri ağzına uyan nokta şeklinde cerahatler taşıyan bir görünümündedir. İki tarafından tutulup **sıKıldığında** bol miktarda cerahat çıktığı, hatlığa uğramış kılların ise **ÇOK** kolaylıkla ele geldiği görülür. Sekonder enfeksiyona daima açık olan bu nodozitelerin ağırlı oldukları müşahade edilir. Ateş yükselmesi ve genel durum bozulması da görülebilir. Bölge lenf bezlerinin şişmesi iyileşince **sKartris** bırakması ve bu bölgede kılların bir daha çıkmaması tipik özelliklerindedir.

Tedavide, odağın tümünde ve yarım santimetre **Kadar** çevresinde cımbız epilasyonu ile kılları temizlemek ve lokal olarak antifungal pomadlar **kullanmak** ayaca, **varsa**, **seKonder** enfeksiyona karşı önlemler almak tedavi için yeterlidir.

YILANCIK (Erysipelas)

Streptokokların yaptığı genellikle yüzde yerleşen bir pyodermidir. Çoğu kez streptokoklar deriye önemsiz bir sıyrıktan, bir kıl dibi tahriş noktasından girerler. Burun kıllarının kopartılması en sık görülün giriş yeridir. Bu nedenle hastalık burun ve çevresinde **sıKıKla** yerleşir.

Kısa bir inkübasyon süresi **sonunda** giriş yeri çevresinde eritem, ve ödem ile kendisini belli eder. Aynı **zamanda** genel durum **bozuKluğu** vardır. Vücut ısısı 40 C a kadar yükselebilir. Bulantı, kusma, halsizlik gibi belirtiler **hemen** daima görülür.

ŞeKil - 14'de tam gelişmiş bir yılançık görülmektedir. Dikkat edilecek olursa, hastalığın **yaptığı** eritemin sağlam deriye doğru kılcıl damarlar boyunca uzantılar halinde ilerlediği görülebilir. Eritemin parlaklığı, yılançık için, son **derece** tanıtıcı bir özelliktir.

Tedavi antibakteriel esasa dayanır, Peisilin en et- **Kili** antibiotik olup yüksek **dozda** kullanımıdır. Lokal olarak sulu antiseptik pansumanlar, genel olarak analjezik ve antipretikler tedaviye eklenmelidir. Genel **istirahat** yanında özellikle yüz adelelerinin **mümkün** olduğu oranda az kullanılması sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. DEMIS DJ., DOBSON R.L., McGUIREJ.: Clinical Dermatology, Herper and Pow Pub., London. 1976.
2. ÜOMONKOS A.N.: Andrews, Diseases of the Skin, Saunders Comp., London, 1971.
3. FITZPACTRICK T.B. ve Ark: Dermatology in General Medicine, Mc GrawHill Comp., USA, 1971.
4. MOSCHELLA S.L., POLSBURY D.M, HURLEY HJ.: Dermatology, Saunders Comp., London, 1971.
5. NEMLİOĞLU F.: Deri Hastalıkları, İÜ. Tıp Fak. Yay., 1979.
6. ROOK A., WILKINSON D.S. EBLING FJ.G.: Textbook of Dermatology, Blackwell Scientific Pub., London, 1972.
7. STEWART W.M., DAN'TO J.L. , MADDİN S. : Synopsis of Dirmatology, Mosby Comp., Saint Louis, 1970.
8. TAT A.L. ve Ark.: Deri ve Zührevi Hastalıkları, AÜ.Tıp Fak. Yay., 1981

KISACA v~BEYİN SALGILARI AĞRI
DİNDİRİYOR

Araştırmacılar en azından morfin melhadon ve diğer narkotikler kadar güçlü yeni bir ağn dindirici geliştireyorlar. Bu harikulade ilacın temeli kısaca beyinde üretilen kimyasal maddelerdir.

Yıllar önce araştırmacılar bazı beyin hücrelerinin morfin ve diğer uyku ilaçlarıyla reaksiyona giren ve bunları tutan özelleşmiş taraflarının olduğunu bildirmişlerdir.

Bu analjezikler vücutta doğal olarak oluşmadığından bilim adamları beyin bazı bölgelerinde transmitterlerin saklandığını ve henüz keşfedilmemiş ağrı dindiricileri salgıladığını düşünüyorlardı. Son bulgular bu konuya yeni bir açıktık getirdi. Bugün artık bilim adamları beyinde otomatik olarak imal edilen endorfin ve enkefalin denilen en azından iki değişik tip ağn kesici bitiyorlar.

Bir kere bu buluş araştırmaları vücudun doğal ağn kesicilerinden ağn dindirici ilaçları sentez etmeye yöneltti.

Rochester Üniversitesi Tıp Merkezi'nden Elli Killy'nin geliştirdiği metkephamid adı verilen bur en kefalın dertvesi 32 post operatif hasta üzerinde denendi. Hastalar üç tedavi gurubuna ayrıldılar. Bir guruba Dememi injeksiyonu yapıldı, ikinci guruba metkephamid ve diğer guruba ise bir plasebo verildi. Daha sonra hastalardan ağn şiddetlerini düzenli aralıklarla bir skala Üzerinde işaretlemesi istendi. Sonuçta metkephamid'in en az Demerol kadar güçlü bir analjezik olduğu görüldü.

Bu yapıdaki ilaçlar her ne kadar etkili isede imalata hazır değildir. Ortada bazı sorunlar var. Doğal olarak oluşan en kefal in ler salındıktan bir kaç saniye sonra vücut enzimlerince yok ediliyorlar. Bu nedenle enzime dirençli enkefalin geliştirmek gerekli. Ayrıca en kefal in ler, kardiyovasküler sistem, sinir sistemi ve seksüel fonksiyon üzerinde hoş olmayan yan etkilere de sahip olabilir.

Science Digest 1983