

Döküntüsü olmayan kaşıntılı hastaya yaklaşım

Prof. Dr. Kevser Onbaşı

Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İç Hastalıkları, Kütahya.

Kaşıntı vücutta şiddetli bir çizik oluşturma isteği uyandıran bir durumdur (1). Akut kaşıntı sıklıkla vücudun ektoparazitlere, toksinlere ve çevresel zararlı maddelere karşı vücudun savunması için devreye giren bir histir. Kronik kaşıntı ise genellikle altta yatan bir patolojiye bağlıdır (2). Kaşıntı ciltten kaynaklanan ve periferel sinirlerle santral sinir sistemine taşınan bir duygudur (3). Kronik kaşıntı sıklıkla 6 haftadan daha uzun süren durumları anlatmak için kullanılır (2). Atopik egzema, cilt kuruluğu, psöriazis ve ürtiker gibi primer cilt hastalıklarında kronik kaşıntı olması anlaşılabilir. Ancak bazı sistemik hastalıklarda da kronik kaşıntı olabilir. Kronik böbrek yetmezliği, kolestatik karaciğer hastalığı, endokrin/metabolik hastalıklar ve/veya lenfoproliferatif/hematolojik hastalıklarda da kronik kaşıntı görülebilir (3).

Kaşıntı Tywcross'a göre 4 klinik sınıfa ayrılmıştır. Bunlar pruritoseptif, nöropatik, nörojenik ve psikojenik kaşıntılardır. Kaşıntılı hastaların incelenmesinde ayrıntılı bir öykü ve fizik muayene gereklidir. Kaşıntının süresi, yeri ve alevlendiren faktörleri ayrıntılı sorgulanmalıdır. Ailede başka bireylerde de olup olmadığı sorgulanmalıdır. Hastanın kullandığı ilaçlar mutlaka sorgulanmalıdır (4). Sık kullanılan bazı antiaritmik ve antibiyotikler de kaşıntı sebebi olabilir. Yine sıkça reçetelenen bazı antihipertansifler, antidiyabetikler ve antiepileptikler kaşıntıya yol açabilirler. Kemoterapi ilaçları ve biyolojik ajanlarda suçlu olabilirler. Hastaların %8-15'inde hiçbir etyolojik sebep bulunamayabilir (5). IFSI(International Forum for the Study of Itch:Kaşıntı Çalışması Uluslararası Forumu) sınıflaması kaşıntılı bireyleri 3 gruba ayırır; hastalıklı deride kaşıntısı olanlar (grup 1), hastalık olmayan deride kaşıntısı olanlar (grup 2), deri kaşıma lezyonlarına sekonder kaşıntısı olanlar (grup 3) (4). Kronik kaşıntı uyku ve moral durumunu etkileyebilir ve anxiety ve depresyona yol açabilir .

Kaşıntı toplumun yaklaşık %15'inde görülebilen bir durumdur. Akut kaşıntıların çoğu histaminerjik kökenli olmakla beraber, kronik kaşıntılar ise histamin aracılığıyla gelişmezler. Bu sebeple nonhistaminerjik olan bu kaşıntılar antihistaminiklere pek yanıt vermedikleri için tedavileri daha zor olur. Çok pahalı olmayan lidokain, prilokain veya pramoxine içeren topikal anestezipler bu hastalarda rahatlatıcı olabilirler. Ciltteki sodyum kanallarını bloke ederek işlev görürler. Ketamin-lidokain ve amitriptilin karışımı içeren topikal anesteziplerle de iyi sonuç alınabilir. Kronik nöropatik kaşıntılı hastalarda ise kapsaisin içeren ilaçlar yardımcı olabilirler. Mentollü kremler de tavsiye edilmektedir. Topikal stronsiyum ve kannabiodler den olumlu yanıt alınabileceğine dair literatür de mevcuttur. Daha invazif bir tedavi şekli ise botulinum toksini uygulamasıdır. Sistemik tedavi olarak reçete edilebilecek ilaçlar ise antikonvülzanlardan gabapentin ve pregabalin ve antidepressanlardır. Trisiklik antidepressanlardan amitriptilin ve serotonin reuptake inhibitörleri de tavsiye edilebilecek ilaçlardır. Opioidlerden mü reseptörlerini etkileyenler morfin gibi kaşıntıya neden olurken, kappa reseptörlerini etkileyenler ise kullanılmaktadırlar. Butarphanol içerenler kronik kaşıntıda intranasal olarak kullanılabilirler. Kappa opioid agonistlerle ilgili çalışmalar devam etmektedir. Aprepitant gibi nörokinin-1 inhibitörleri etkili olmakla beraber yaygın ilaç etkileşimleri nedeniyle kullanımları kısıtlı olan ilaçlardır. Diğer tedavilere dirençli hastalarda talidomid önerilebilir. Potansiyel teratojenik olabileceği ise bayan hastalara mutlaka anlatılmalıdır (1).

Kaynaklar:

1. Fowler E, Yosipowitch Gil. Chronic itch management: therapies beyond those targeting the immune system. *Annals of Allergy, Asthma and Immunology* 2019 (123): 158-165.
2. Yang T-L, Kim BS. Pruritus in allergy and Immunology 2019; 144: 353-360.
3. Hashimoto T, Yosipowitch Gil. Itching as a systemic as a systemic disease. *Journal of Allergy and Clinical Immunology* 2019;144:375-380.
4. Tunalı Ş, Başkan EB. Kaşıntı patogenezi ve kaşıntılı hastaya yaklaşım. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci* 2005;1(6):9-12.
5. Erdenen F, Müderrisoğlu C. Approach to the Patient with itching. *Istanbul* 2018;19:1-6.
- 6.