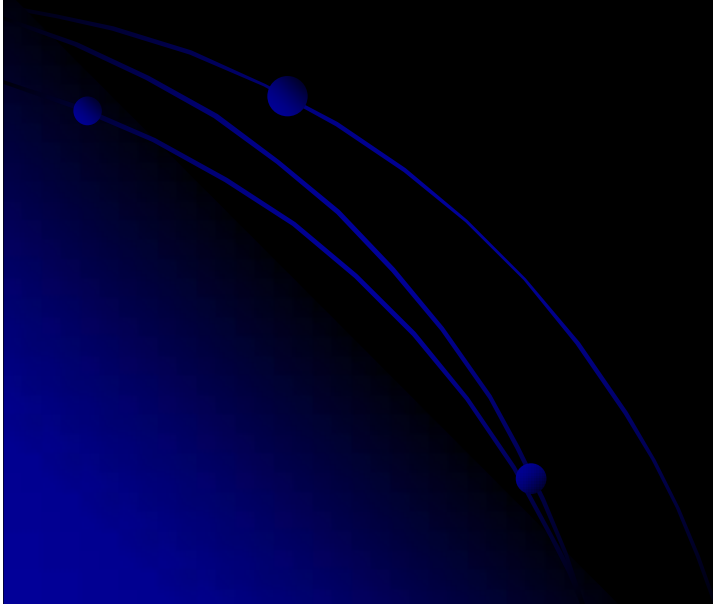


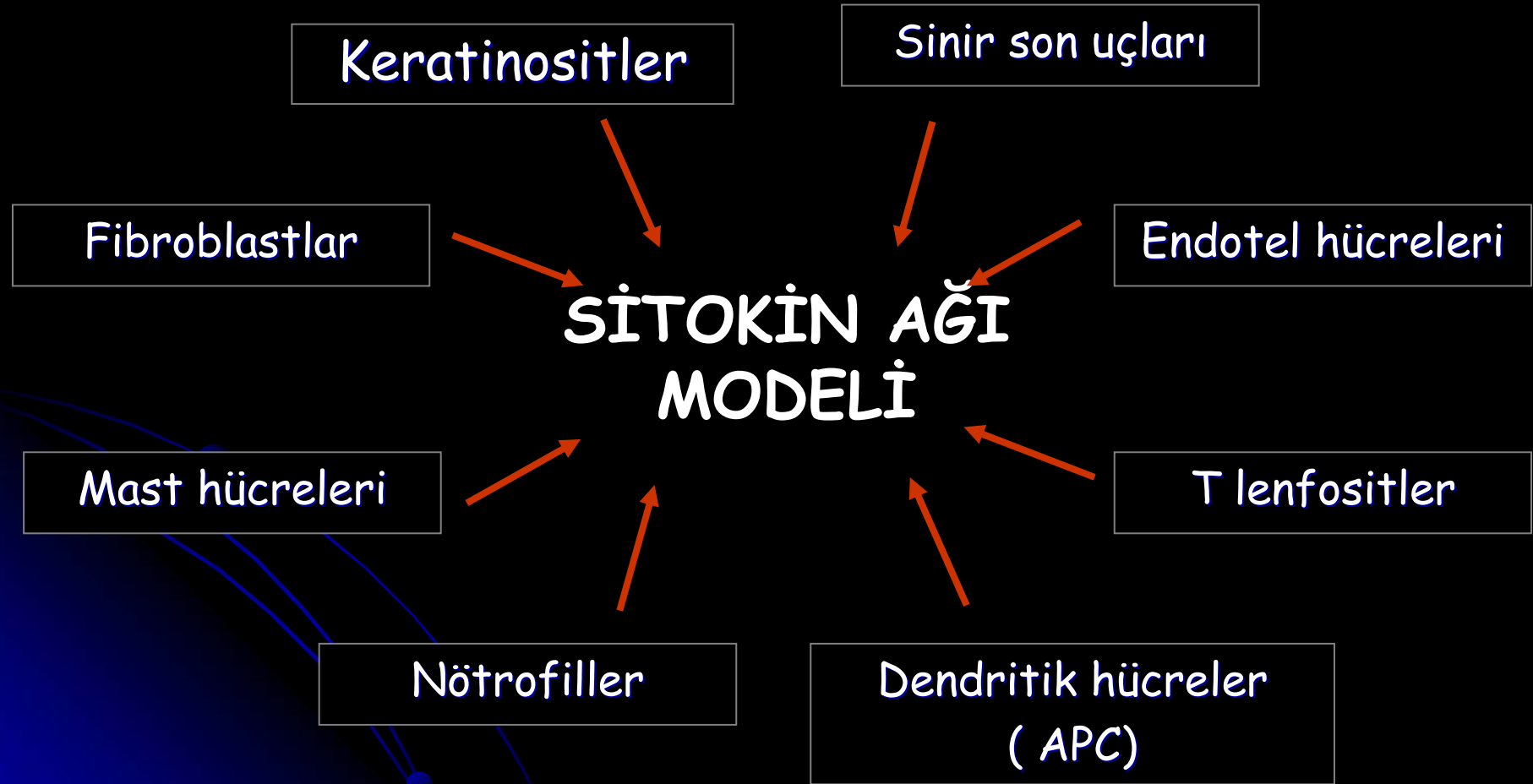
PSORİASİS TEDAVİSİ

Prof. Dr. NİHAL KUNDAKÇI
ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLAR
ANABİLİM DALI

ETYOLOJİ ?



Patogenik hipotez



Hiperproliferasyon

Germinatif tabaka
normalin iki katı

DNA fazındaki
keratinosit sayısı

% 7,8 den

% 26,6 ya çıkmış

Hücre siklusu

311 saatten → 36
saate

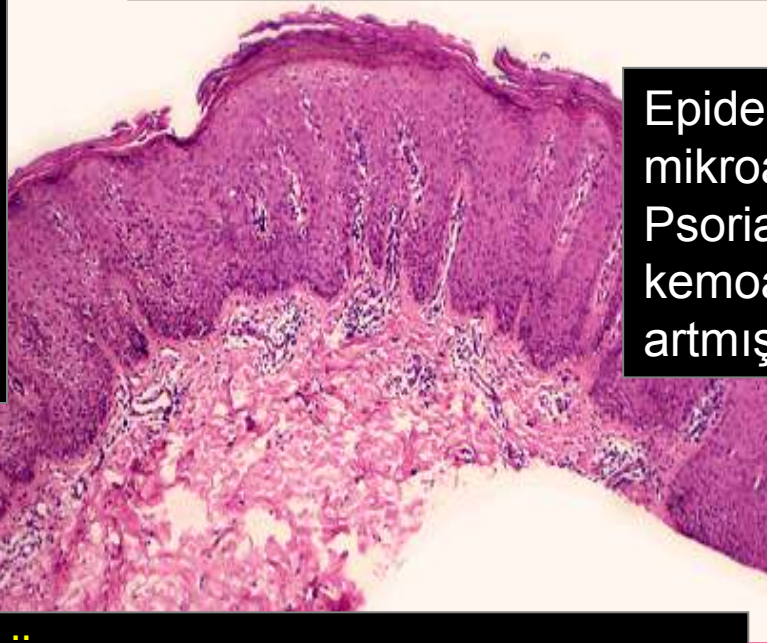
Epidermal turnover

28 günden → 4 güne

Keratinosit diferansiyasyon bozukluğu

Granüler tabaka incelmiş,
kaybolmuş

Hiperkeratoz, parakeratoz



Epidermiste Munro
mikroabseleri
Psoriasiste PMNlerin
kemoatraktanlara cevabı
artmış

Anjiogenez

Dermal papillada dilate torsiyone
kapillerler

TGF alfa tarafından keratinositlerin
indüklenmesiyle epidermal
proliferasyon

TEDAVİ

% ?

REMİSYON

NÜKS

SÜRE?



Nüks ve remisyonlarla
Yaşam boyu....

Psoriasis tedavisi;
Hastalığın kendisinden daha fazla
sıkıntı vermemelidir

SEÇİLECEK TEDAVİ AJANININ

- Uzun süreli etkisi maksimum
- Akut ve kronik toksisitesi
minimum

Psoriasis mutlaka tedavi
edilmesi gereken bir hastalık
mıdır ?

TEDAVİ YÖNTEMİNİN SEÇİLMESİNDE

- Hastalık tipi
- Kullanılabilecek tedavi (elde edilebilirlik)
- Hasta için tahmini terapötik indeks
- Daha önce yapılan tedaviler
- Ekonomik faktörler
- Hastanın tercihleri

- Zayıflama programları
- Psikoterapi
- İnfeksiyon odaklarının eradikasyonu
- Travmalardan kaçınılması

TEDAVİ YÖNTEMLERİ

1. TOPIKAL TEDAVİLER

2. FOTOTERAPİ / FOTOKEMOTERAPİ

3. SİSTEMİK TEDAVİLER

4. DİĞER YÖNTEMLER

PSORIASIS TEDAVİLERİ

Hastalık şiddetinde artış

Topikal tedaviler

Emolyentler
Keratolitikler
Kortikosteroidler
Kalsipotriol
Anthralin
Topikal kalsinörin inh.

Fototerapi yöntemleri

Doğal güneş ışınları
UVB
UVB + katran
UVB + anthralin
Darbant UVB

Sistemik tedaviler

Psoralen + UVA
Asitretin
Methotreksat
Siklosporin
Sulfasalazin
Hydroksiüre
Azathioprin
Biyolojik tedavi ajanları

PSORIASİSTE TOPIKAL TEDAVİLER

- Emolyentler
- Keratolitikler
- Kortikosteroidler
- Kalsipotriol
- Anthralin
- Katran
- Topikal makrolid immunsupresanlar
(Kalsinörin inhibitörleri, Takrolimus, Pimekrolimus)

EMOLYENTLER

- Yaygın lezyonu olanlarda
- Eritrodermik olgularda
- Fototerapiye ek olarak
- Retinoid tedavisine ek olarak



KERATOLİTİKLER

- Asit salisilik
- Üre
- Laktik asit

KATRAN

- Antiproliferatif
- Antiinflamatuvar
- Antipruritik

- Kirli
- Follikülit

- GOECKERMAN
- INGRAM

ANTRALİN

- ENDİKASYON: Psoriasis vulgaris
- KONTRENDİKASYON: Koebner pozitifliği*
- YAN ETKİ: İrritasyon, koebner tetiklenmesi, boyanma, follikülit, konjunktivit
- UYGULAMA: Plak tipte SCAT, guttat lezyonlar için AMEST
- Topik KS ve UVB ile kombine edilebilir, PUVA, Mtx, Retinoid, CycA tedavisine eklenebilir.

KORTİKOSTEROİDLER

- ENDİKASYON: Yüz, intertriginöz bölge, genital bölge lezyonları, lokalize lezyonlar, palmoplanter psoriasis, lokalize püstüler psoriasis
- KONTRENDİKASYON: Yaygın olgular (%20 yi geçen)
- UYGULAMA:
 - Yaygın olgularda kullanılmamalı,
 - 50 gr/haftadan fazla kullanılmamalı
 - Potent topikal steroidlerin kullanımına dikkat
 - Taşiflaksi
 - Rebound
 - Yerel yan etkiler

D vitamini analogları

- Kalsipotriol
(Psorcutan, Dovonex, Daivonex)

KALSİPOTRIOL

- ENDİKASYON: Plak tip psoriasis
- KONTRENDİKASYON:
- YAN ETKİLER: İritasyon, fasiyal dermatit, koebner fenomeninin tetiklenmesi, hiperkalsemi, kalsiüri
- UYGULAMA: 100 gr/ hafta, oklüzyonla uygulanabilir
- Topikal kortikosteroidler, UVB, PUVA ve sistemik tedaviler ile kombine edilebilir.

FOTOTERAPİ /FOTOKEMOTERAPİ

- Doğal güneş ışınları
- UVB
- UVB + katran
- UVB + anthralin
- Darbant UVB
- PUVA
 - Oral PUVA
 - Topikal PUVA
 - Banyo PUVA
- Fotodinamik tedavi
- LASER uygulamaları

UVB

- UVB+KATRAN
- UVB+ANTRALİN
- Sistemik tedavilere eklenebilir
- Narrow band UVB (Dar bant UVB) 311 nm
 - Eritematojenik etki daha az
 - Terapötik etki daha fazla
 - PUVA tedavisi kadar etkili
 - Kabin dışında gözlük kullanması gerekmiyor

PUVA

- ENDİKASYON: Psoriasis vulgaris, palmoplanter psoriasis, eritrodermik psoriasis, generalize püstüler psoriasis
- KONTRENDİKASYON: PUVA için genel kontendikasyonlar, 400 seans üzerinde PUVA alan hastalar
- YAN ETKİLER: PUVAya bağlı yan etkiler ve koebner fenomeni tetiklenmesi
- Diğer tedavilerle kombinasyon
 - Topik tedaviler (Antralin, Top.KS, Kalsipotriol)
 - Re-PUVA

BANYO PUVA

- Banyo suyuna 8 MOP katılarak lokal veya genel uygulanabilir.
- Avantajları:
 - Oral ilaç alımı olmaması
 - Göz yönünden emniyetli
 - Kümülatif UVA dozu daha az
- Dezavantajları
 - İlaç sarfiyatı çok
 - Duş kabini, küvet temini

SİSTEMİK TEDAVİLER

➤ Geleneksel tedaviler

- Metotreksat
- Asitretin
- Siklosporin

➤ İkincil ajanlar

- Hidroksiüre
- Azathioprin
- Sulfasalazin
- Fumarik asit
- Mikofenolat mofetil

➤ Biyolojik tedavi ajanları

- Anti TNF alfa
 - Etanersept
 - İnflksimab
 - Adalimumab
- Ustekinumab

METOTREKSAT

ENDİKASYONLARI

- Artropatik psoriasis
- Eritrodermik psoriasis
- JPP
- Yaygın ve şiddetli plak tip psoriasis
- Lokalize püstüler psoriasis

KONTRENDİKASYONLARI

- Gebelik
- Aktif infeksiyon
- Karaciğer hastalığı
- Böbrek yetmezliği
- Alkolizm

DOZ VE UYGULAMA

- 0,2-0,4 mg/kg / hafta

Yan etki

- Teratojenite
- Bulantı,kusma
- Toksik hepatit
- KI yetmezliği
- Fibrozis

KOMBİNE KULLANIMI:

- Mtx+Antralin,
Mtx+Kalsipotriol, Mtx+ top.
KSler
- Mtx+UVB
- Mtx+PUVA!, Mtx+CycA!
Mtx+Retinoid!

ASİTRETİN

ENDİKASYONLARI

- JPP
- Eritrodermik psoriasis
- Plak tip psoriasis
- Lokalize PP

KONTRENDİKASYONLARI

- Gebelik

- Doz ve Uygulama
 - 0,5-1 mg/ kg/gün
- Yan etki
 - Teratojenite
 - Deri ve mukoza yan etkileri
 - Sistemik yan etkiler
 - Hepatotoksisite
 - Hipertrigliseridemi, hiperlipidemi
 - İskelet sistemi yan etkileri
- Kombine kullanımı
 - Topikal kombinasyonlar
 - Re UVB, RePUVA

SİKLOSPORİN

ENDİKASYONLARI

- ✓ Plak tip psoriasis
- ✓ JPP
- ✓ Eritrodermik psoriasis
- ✓ Artropatik psoriasis

KONTRENDİKASYONLARI

- Lenfoma, maligniteler
- Böbrek yetmezliği

Doz ve Uygulama

- ✓ 2,5-5 mg/kg/gün

• Yan etki

- Hipertansiyon
- Nefrotoksisite
- Lipid düzeyinde artış
- Hepatotoksisite
- Hipomagnezemi

• KOMBİNASYON :

- Cyc+ Ks, Cyc+Calcipot, Cyc+Antralin, Cyc+Ret., Cyc+Mtx!, Cyc+PUVA!

BIYOLOJİK TEDAVİ AJANLARI

Tip	Hedef	ADI	Uygulama yolu
<u>T- hücreyi hedef alan</u>			
Humanize antikorlar	CD11a/LFA-1	Efalizumab	SC
Füzyon protein (LFA-3)	CD2	Alefacept	IM
<u>Sitokin hedefli</u>			
Tam insan solubl TNF reseptörü	TNF- α	Etanercept	SC
<u>Monoklonal Antikorlar</u>			
Humanized Antikorlar	TNF- α	Adalimumab	SC
Fare/İnsan Antikorları	TNF- α	Infliximab	IV

BIYOLOJİK TEDAVİ AJANLAR

- Anti TNF alfa
 - Etanersept (50 mg/hafta,sc)
 - İnfliksımab (5 mg/kg, 0,2,6. hafta sonra 8 haftada bir iv infüzyon)
 - Adalimumab (80 mg sc, 1 hafta sonra 40 mg sc, sonra 2 hafta ara ile 40 mg sc)
- Ustekinumab (* 12 hafta ara ile sc)

ALTERNATİF TIP

- ✓ Akupunktur
- ✓ Aromaterapi
- ✓ Biofeedback
- ✓ Çin tıbbı
- ✓ Chiropody
- ✓ Dans/ hareket tedavisi
- ✓ Herbal tedavi
- ✓ Homeopati
- ✓ Masaj tedavisi
- ✓ Meditasyon
- ✓ Müzik tedavisi
- ✓ Hint ilaçları
- ✓ Naturopati
- ✓ Progressif relaksasyon
- ✓ T'ai Chi
- ✓ Terapötik dokunma
- ✓ Yoga