

ÜRTİKER

PROF. DR. AYNUR AKYOL

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

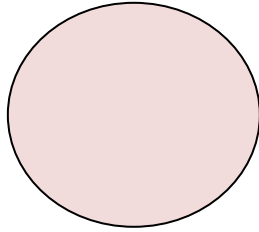
Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı

ÜRTİKER

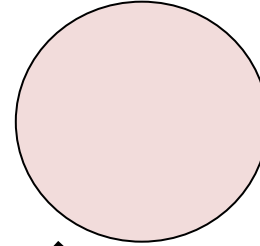
**Deri ve mukoz
membranların
ödematöz papül ve
plak oluşumları ile
karakterize bir
hastalıktır**

ÜRTİKERDE TEMEL MEKANİZMA

Mast hücreleri



Bazofiller



Histamin

**Deri damarlarında vazodilatasyon ve
ödem**

ÜRTİKERDE KLİNİK GÖRÜNÜM

Ürtiker lezyonları (urtika plakları)

- Kaşıntı
- Kızarma
- Kabarma
- Kaybolma (24 st)

Angioödem

- Dermis ve subkutan dokuda ödem
- Sıklıkla mukoz membran tutulumu
- Nadiren kaşıntı, bazen ağrı
- Yavaş kaybolma (72st)

Ürtiker ve angioödem

SINIFLANDIRMA

Spontan ürtiker

- Akut spontan ürtiker
- Kronik spontan ürtiker

Fiziksel ürtiker

- Soğuk ürtikeri
- Gecikmiş basınç ürtikeri
- Sıcak ürtikeri
- Urtikaria faktisya / Dermografik ürtiker
- Vibratuar ürtiker/angioödem

Diğer ürtiker tipleri

- Akuajenik ürtiker
- Kolinergik ürtiker
- Kontakt ürtiker
- Ekzersiz uyarımlı anaflaksi / ürtiker

SPONTAN ÜRTİKERLER

**Spontan kabarmalar ve/veya
angioödem < 6 hafta**



AKUT SPONTAN ÜRTİKER

**Spontan kabarmalar ve/veya
angioödem > 6 hafta**



KRONİK SPONTAN ÜRTİKER

AKUT SPONTAN ÜRTİKER

```
graph TD; A[AKUT SPONTAN ÜRTİKER] --> B[Çoğunlukla etiyolojik faktör bellidir]; B --> C[Etiyolojik faktörler genellikle ilaçlar, enfeksiyonlar ve gıdalardır];
```

Çoğunlukla etiyolojik faktör bellidir

Etiyolojik faktörler genellikle ilaçlar, enfeksiyonlar ve gıdalardır

KRONİK SPONTAN ÜRTİKERDE ETİYOLOJİ

Genellikle etiyolojisi belli değildir

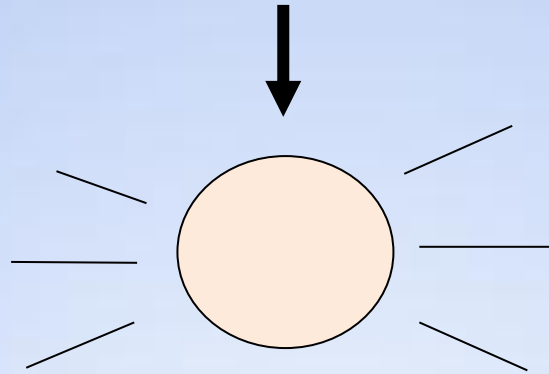
- Enfeksiyonlar
- Tip 1 allerji
- Tiroid hormonları ve otoantikörleri
- Maligniteler
- Otoimmün ürtiker
- Kronik idiyopatik ürtiker

FİZİKSEL ÜRTİKERLER

FİZİKSEL ÜRTİKERLER

- Esas fizyopatolojik mekanizma bilinmemektedir

Fiziksel faktörler



Mast hücre degranülasyonu

SOĞUK ÜRTİKERİ

Soğuk objeler

Soğuk hava

Soğuk su veya sıvılar

Soğuk rüzgar

GECİKMİŞ BASINÇ ÜRTİKERİ

- Vertikal basınç etkisi (Kabarma 3-12 saat sonra oluşur)

SICAK ÜRTİKERİ

- Lokal sıcak etkisi

SOLAR ÜRTİKER

- UV ve/veya görülebilir ışık etkisi

URTİKARIA FAKTİSYA / DERMOGRAFİK ÜRTİKER

- Mekanik travma etkisi (Kabarma 1-5 dk sonra oluşur)

VİBRATUAR ÜRTİKER / ANGIOÖDEM

- Vibrasyon etkisi

Diğer Ürtiker tipleri

AKUAJENİK ÜRTİKER

- Neden: Su etkisi

KOLİNERJİK ÜRTİKER

- Vücut ısısını yükselten nedenler (Fiziksel egzersiz, sıcak ortam, emosyonel faktörler, baharatlı gıdalar)

KONTAKT ÜRTİKER

- Neden: Urtikariojenik maddelerle temas

EGZERSİZ UYARIMLI ANAFLAKSİ

- Neden: Egzersiz

İLİŞKİLİ HASTALIKLAR VE SENDROMLAR

HASTALIKLAR

- Urtikaria pigmentoza
- **Urtikarial vaskülit**
- Familial soğuk ürtikeri
- Herediter angioödem

SENDROMLAR

- Muckle-Wells sendromu
 - Ürtiker, sağırılık, amiloidoz, ateş, artrit
- Schnitzler sendromu
 - Monoklonal gamapati, tekrarlayan ateş, artrit
- Gleichs sendromu
 - Angioödem, IgM gamopati, eozinofili

URTİKARİAL VASKÜLİT



Lökositoklastik vaskülit dermatopatolojisine sahip ve tekrarlayan ürtiker atakları ile seyreden bir hastalıktır.



Ürtikerden en önemli farkları

- Lezyonların uzun süre devam etmesi (>24 saat),
- Postinflamatuar hiperpigmentasyon bırakarak gerilemesi,
- Lezyonlara purpuranın eşlik etmesi,
- Kaşıntıdan çok yanma hissinin bulunmasıdır.

ÜRTİKER PATOGENEZİ

İmmunolojik

- Tipli hipersensitivite
- TipIII hipersensitivite
- Otoimmün

Nonimmunolojik

- Mast hücrelerine direk etki
- Araşidonik asit metabolizması yolu

İdiopatik

ÜRTİKERDE TANI

Anamnez

+

Tanı testleri

ANAMNEZ

- **Hastalığın başlangıç süresi**
- **Kabarmaların devam süresi ve sıklığı**
- Günlük değişiklikler
- Hafta sonları, tatiller, ve yabancı gezilerle ilişkisi
- Kabarmaların şekli, büyüklüğü, ve yayılımı
- Angiodem birlikteliği
- Lezyonlara ait sübjektif bulgular (kaşıntı, ağrı)
- Kişisel ve ailesel ürtiker ve atopi öyküsü
- Daha önceden veya son zamanlarda alerji, enfeksiyon, iç organ hastalıkları veya diğer muhtemel nedenler
- Psikosomatik veya psikiatrik hastalıklar
- Cerrahi implantasyonlar veya ameliyat sırasında gelişen olaylar
- Gastrik/intestinal problemler(Defekasyon, gaz)
- Fiziksel ajanlar ve ekzersizle uyarım
- İlaç kullanımı
- Gıda alımı ile ilişkisi
- Menstrasyonla ilişkisi
- Sigara alışkanlığı
- Mesleği
- Hobileri
- Stres
- Ürtikere ve emosyonel duruma bağlı yaşam kalitesi
- Önceki tedavi ve tedaviye cevabı

TANI TESTLERİ



SPONTAN ÜRTİKER

AKUT SPONTAN ÜRTİKER

- **Hiçbir test yapılmaz**

KRONİK SPONTAN ÜRTİKER

- Tam kan sayımı
- CRP ve Sedimentasyon
- Genişletilmiş tanı testleri
 - Enfeksiyon hastalıkları (H.Pylori)
 - Tip1 allerji
 - Fonksiyonel otoantikorlar
 - Tiroid hormonları ve otoantikorları
 - Fiziksel testleri de içeren deri testleri
 - Eliminasyon diyeti
 - Otolog serum deri testi ve biopsi

TANI TESTLERİ



FİZİKSEL ÜRTİKER

Soğuk kontakt ürtikeri

- Soğuk provokasyonu ve provokasyon eşiği testi (Buz testi, soğuk su, soğuk hava)

Gecikmiş basınç ürtikeri

- Basınç testi (0,2-1,5 kg/cm² 10-20 dakika)

Sıcak kontakt ürtikeri

- Sıcak provakasyonu ve provakasyon eşiği testi (Sıcak su ile)

Solar ürtiker

- Değişik dalga boylarında UV ışınları ve görülebilir ışın testi

Dermografik ürtiker

- Dermografizm uygulaması

TANI TESTLERİ



DİĞER ÜRTİKER TİPLERİ

Akuajenik ürtiker

- Islak giysiler 20 dk süre ile giydirilir

Kolinerjik ürtiker

- Egzersiz ve sıcak banyo ile provokasyon

Kontakt ürtiker

- 20 dk sonra değerlendirilen prick ve patch test

Egzersiz uyarımlı anaflaksi/ürtiker

- Öyküye göre, sıcak banyo sonrası gıda ile veya gıdasız egzersiz testi

ÜRTİKER TEDAVİSİ

GENEL TEDAVİ PRENSİPLERİ

**Ürtikere yol
açan nedenlerin
eliminasyonu**

**Mast hücre
mediyatörlerinin
hedef
dokularının
tedavisi**

**Mast hücre
mediyatör
salınımının
engellenmesi**

ÜRTİKERE YOL AÇAN NEDENLERİN ELİMİNASYONU



İLAÇLAR

Penisilin grubu antibiyotikler,

Asetil salisilik asit,

NSAI ilaçlar,

ACE inhibitörleri



ÜRTİKERE YOL AÇAN NEDENLERİN ELİMİNASYONU



GIDALAR

Gıdalar akut ürtikerin önemli nedenleri arasındadır.

Çocuklarda gıdalara bağlı ürtiker daha sıktır.

Süt, buğday, yumurta, yerfıstığı, balık çocuklarda, fındık-fıstık, balık gibi gıdalar erişkinlerde ürtikere yol açabilir.

Ürtikeryal lezyonlar her zaman gıda alımını takiben dakikalar içinde, en geç bir saat içerisinde ortaya çıkar.

ÜRTİKERE YOL AÇAN NEDENLERİN ELİMİNASYONU



ENFEKSIYONLAR

- Rhinovirus, Rotavirus enfeksiyonları çocuklarda akut ürtikerin önemli bir nedenidir.
 - Enfeksiyöz mononükleoz
 - Herpes enfeksiyonları
 - Streptokokal faranjit
- 
- akut ürtiker
-
- Paraziter enfeksiyonlar
 - Kronik sinüzit
 - Diş apseleri
 - Hepatit
 - Endokardit
- 
- kronik ürtiker

ÜRTİKERE YOL AÇAN NEDENLERİN ELİMİNASYONU



TİROİD HASTALIKLARI

Kronik ürtiker Hashimoto tiroiditi ve daha az oranda Graves hastalığı ile birliktelik gösterebilmektedir.

Normal popülasyona kıyasla kronik ürtikerli hastalarda tiroid antikörleri daha sık olarak yüksek saptanır.

ÜRTİKERE YOL AÇAN NEDENLERİN ELİMİNASYONU



**KONNEKTİF DOKU HASTALIKLARI
MALİGNİTELER**

Romatoid artrit, sistemik lupus eritematosus, skleroderma

Lenfoma, lösemi, multipl miyelom, kolon, rektum, karaciğer, akciğer, over ve testis kanseri

ÜRTİKERE YOL AÇAN NEDENLERİN ELİMİNASYONU



NONSPESİFİK FAKTÖRLERİN ELİMİNASYONU

Stres

Alkol

Aspirin

NSAI ilaçlar

Gıda boyaları

Katkı maddeleri

MAST HÜCRE MEDİYATÖRLERİNİN HEDEF DOKULARINA YÖNELİK TEDAVİ

**H1 RESPTÖR
ANTAGONİSTLERİ
(ANTİHİSTAMİNİK
İLAÇ) TEDAVİSİ**

**H2 RESEPTÖR
ANTAGONİSTLERİ
İLE TEDAVİ**

**H1+H2 RESEPTÖR
ANTAGONİSTİ
TEDAVİSİ**

**LÖKOTRİEN
RESEPTÖR
ANTAGONİSTLERİ
İLE TEDAVİ**

H1 RESPTÖR ANTAGONİSTLERİ (H1 ANTİHİSTAMİNİKLER) İLE TEDAVİ

H1 ANTİHİSTAMİNİKLER

BİRİNCİ KUŞAK (KLASİK) H1 ANTİHİSTAMİNİKLER

İlk olarak 1937'de Avrupa'da kullanılmaya başlanmıştır.

Kimyasal yapılarına göre başlıca 6 grupta incelenirler:

1)Etanolamin türevleri

- **Karbinoksamin maleat** (Rhinopront, Rhinotussal)
- **Klemastin fumarat** (Tavegyl)
- **Difenhidramin hidroklorür** (Allerjin, Benil, Benison, Fenotral)
- **Dimenhidrinat** (Dramamin)
- **Doksilamin** (Unisom)

2)Etilendiamin türevleri

- **Prilamin maleat** (Peditus)
- **Tripelanamin hidroklorür** (Griban,Pelamin)

H1 ANTİHİSTAMİNİKLER

BİRİNCİ KUŞAK (KLASİK) H1 ANTİHİSTAMİNİKLER

3) Arilalkilamin türevleri

- **Klorfeniramin maleat** (Katarin, Aferin, Benical)
- **Bromfeniramin maleat**
- **Dimethinden maleat** (Fenistil)
- **Feniramin maleat** (Avil)

4) Pirerazin türevleri

- **Hidroksizin hidroklorür**(Atarax)
- **Siklizin** (Marezine)
- **Meklizin** (Antivert)

5)Fenotiyazinler

- **Prometazin** (Sekodin)
- **Trimeprazin** (Temaril)

6)Piperidin türevleri

- **Siproheptadin hidroklorür** (Siprakten)
- **Fenildiamin tartrat** (Nolahist)

BİRİNCİ KUŞAK (KLASİK) H1 ANTİHİSTAMİNİKLER YAN ETKİLERİ

Lipofilik yapıları sayesinde kan-beyin bariyerini kolaylıkla geçerler.

Santral sinir sistemindeki H1 reseptörlerine bağlanarak **sedatif etki** oluştururlar.

Yüksek doz ve konsantrasyonlarda selektiviteleri azalır, asetilkolin, alfa 1 adrenerjik ve serotonin reseptörlerini etkileyebilirler.

Antikolinergik etki ile ağız kuruluğu, bulanık görme, taşikardi, idrar retansiyonu, kabızlık gibi yan etkilere yol açabilirler.

İKİNCİ KUŞAK H1 ANTİHİSTAMİNİKLER

Loratadin

Setirizin

Akrivastin

Ebastin

Rupatadin

İKİNCİ KUŞAK H₁ ANTİHİSTAMİNİKLER ETKİ MEKANİZMASI

Gastrointestinal kanaldan absorbe edilip etkileri hızlı başlar.

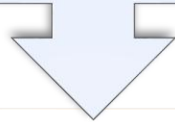
Setirizin dışındakiler karaciğerde metabolize edilir .

Renal veya gastrointestinal yolla atılırlar.

Bu gruptaki antihistaminikler bazofil ve mast hücrelerinden sitokin salınımını da inhibe ederek **ANTİENFLAMATUAR ETKİ** gösterirler.

İKİNCİ KUŞAK H1 ANTİHİSTAMİNİKLER YAN ETKİLER

Daha az lipofilik olmaları sebebiyle kan-beyin bariyerini daha az oranda geçerler.



Sedatif etkileri daha azdır.

Antikolinerjik etkileri yoktur

ÜÇÜNCÜ KUŞAK H1 ANTİHİSTAMİNİKLER

Bu grupta bazı ikinci kuşak antihistaminiklerin aktif metabolitleri yer alır.

Levosetirizin

- Setirizinin metaboliti

Desloratadin

- Loratadinin metaboliti

Feksofenadin

- Terfanadinin metaboliti

ÜÇÜNCÜ KUŞAK H1 ANTİHİSTAMİNİKLER

Bu ajanlar kardiyak toksisiteye yol açmazlar.

Antikolinerjik etkileri yoktur.

Belirgin sedasyona yol açmazlar.

H2 RESPTÖR ANTAGONİSTLERİ (H2 ANTİHİSTAMİNİKLER) İLE TEDAVİ

H2 ANTİHİSTAMİNİKLER

Simetidin (Tagamed)

Ranitidin (Ranitab)

Famotidin (Famodin)

H2 ANTİHİSTAMİNİKLER

Gastrointestinal sistemden hızla emilerek 1-2 saatte maksimum konsantrasyona ulaşırlar.

Karaciğerde metabolize edilerek renal yoldan atılırlar.

Lipofobik olmaları sebebiyle santral sinir sistemine geçmezler.

LÖKOTRIEN RESEPTÖR ANTAGONİSTLERİ İLE TEDAVİ

LÖKOTRIEN RESEPTÖR ANTAGONİSTLERİ

Lökotrienlerin reseptöre bağlanmasını engelleyen lökotrien reseptör antagonistleridir

Montelukast

Zafirlukast

LÖKOTRIEN RESEPTÖR ANTAGONİSTLERİ

Yapılan çalışmalara dayanılarak günümüzde lökotrien reseptör antagonistlerinin tek başlarına kullanımlarının etkili olmadığı bildirilmekte, **H1 antihistaminikler ile kombine kullanımları önerilmektedir.**

H1+H2 RESEPTÖR ANTAGONİSTİ (DOXEPİN) TEDAVİSİ

DOKSEPİN

Kronik ürtiker tedavisinde de kullanılan bir trisiklik antidepressandır.

Hem H1 hem H2 reseptörlerini bloke ederek etki eder.

Antikolinerjik ve antiserotoninerjik etkileri de mevcuttur.

DOKSEPİN

En önemli yan etkisi sedasyon yapmasıdır.

10-20mg/gün dozlarda tedaviye başlanıp 75 mg/gün dozuna kadar arttırılabilir.

Özellikle ürtikeryal lezyonlara bağlı yoğun anksiyete ya da depresyon yaşayan olgularda kullanımı önerilmektedir.



MAST HÜCRE MEDİYATÖRLERİNİN SALINIMININ ENGELLENMESİNE YÖNELİK TEDAVİLER

**KORTİKOSTE-
ROİD TEDAVİSİ**

**SİKLOSPORİN
TEDAVİSİ**

**OKSATOMİD
TEDAVİSİ**

**KETOTİFEN
TEDAVİSİ**

MAST HÜCRE MEDİYATÖRLERİNİN SALINIMININ ENGELLENMESİ



KORTİKOSTEROİDLER

Kortikosteroidler yan etkileri nedeniyle uzun süreli tedavide kullanılmazlar.

Akut ürtikerde atak süresini kısaltıp rekürrensi önlemek amacıyla **3 gün üst üste 50 mg /gün** dozunda uygulanabilirler.

Şiddetli, kontrol altına alınamayan kronik ürtikerde **40-60 mg/gün** gibi yüksek dozlarda tedaviye başlanır. 5 gün bu dozda kullanılıp günde 5-10 mg azaltılarak tedavi kesilir.

Diğer bir uygulamada ise gün aşırı **20-25 mg 3 hafta süreyle** steroid tedavisini takiben her 3 haftada bir 2,5-5 mg azaltılarak devam edilmesi önerilmektedir.

DİĞER TEDAVİ AJANLARI

- İntravenöz immünglobulin (IVIG)
- Plazmaferez
- Takrolimus
- Tiroksin
- Dapson
- Kolşisin
- Metotreksat
- Sülfosalazin
- Omalizumab

ÜRTİKERDE TEDAVİ ALGORİTMALARI

ÜRTİKERDE TEDAVİ ALGORİTMALARI



AKUT ÜRTİKER VE ANJİOÖDEM TEDAVİSİ

ANJİOÖDEM VAR



Hava ve damar yolu açılır.
Epinefrin yapılır.

EPİNEFRİN (ADRENALİN)

- Ödemi azaltır.
- Periferik vazodilatasyonu geri çevirir.
- Beta reseptör aktivitesi ile hava yollarını genişletir.
- Kalbin kasılma gücünü artırır.
- Histamin ve lökotrien salınımını azaltır.

EPİNEFRİN (ADRENALİN)

Erişkinler

- 1:1000'lik dilüsyondan 0,3-0,5 ml IM /SC

Çocuklar

- 1:1000'lik dilüsyondan 0,01 ml/kg IM/SC
- max 0,3 ml

Gerekli hallerde epinefrin 10-15 dakika aralarla uygulanabilir.

EPİNEFRİN (ADRENALİN)

IM uygulama

- 8 ± 2 dakikada etkili

SC uygulama

- 34 ± 14 dakikada etkili

IM uygulamada absorpsiyon en iyi uyluk yan kısımlarında olmaktadır.

EPİNEFRİNİN IV UYGULANMASI

- Ventriküler fibrilasyon gibi kardiyak aritmilere
- Kardiyovasküler kollapsa yol açabileceğinden **hipotansif şok gibi ciddi durumlar dışında tercih edilmez.**

ANJİOÖDEM VAR

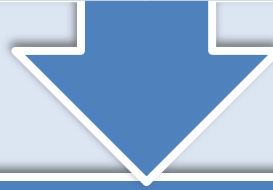


Hava ve damar yolu açılır.
Epinefrin yapılır.
Kortikosteroid yapılır
H1 antihistaminik eklenir

Anjioödemde ikinci basamak tedavi

**H1 antihistaminik (tercihan
sedasyon yapan)**

Kortikosteroid tedavisi



Bu tedaviye 3 gün devam edilmesi önerilmektedir.

ANJİÖDEM YOK



Sedatif olmayan H1 antihistaminik

- Cevap yok

Sedatif etkili H1 antihistaminik

- Cevap yok

4 kata kadar antihistaminik doz artışı

- Cevap yok

Sistemik steroid (3gün 50 mg/gün)

- veya

H2 antihistaminik

ÜRTİKERDE TEDAVİ ALGORİTMALARI

KRONİK ÜRTİKER TEDAVİSİ

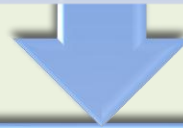
Sedatif etkisi az olan H1 antihistaminik

Semptomlar 2 haftadan uzun bir süre devam ediyorsa



Sedatif etkisi az olan H1 antihistaminik dozunda 4 kata kadar artış

Semptomlar 1-4 haftadan daha uzun süredir devam ediyorsa



Lökotrien antagonistleri veya sedatif etkisi az başka bir H1 antihistaminik

ÜRTİKERDE TEDAVİ ALGORİTMALARI

KRONİK ÜRTİKER TEDAVİSİ

Alevlenme Varsa: Sistemik steroid (3-7 gün)

Semptomlar 1-4 haftadan daha uzun süredir devam ediyorsa



H2 Antihistaminik, siklosporin A, Dapson, Omalizumab eklenebilir



Alevlenme olması durumunda: Sistemik steroid (3-7 gün)

**ÜRTİKERDE TEDAVİ
ALGORİTMALARI**

**KRONİK ÜRTİKER
TEDAVİSİ**

**TEDAVİYE
DİRENÇLİ
OLGULAR**

Kortikosteroid
Lökotrien reseptör antagonistleri
Siklosporin
Metotreksat
IVIG
Plazmaferez

Tedavide esas faktör soğuktan kaçınmaktır

Desensitizasyon:

- Nadir olgular ile başarılı sonuçlar bildirilmiştir ancak anaflaksi riski nedeniyle sık uygulanabilen bir yöntem değildir.

Medikal tedavide öncelikle **yüksek doz antihistaminikler** kullanılır.

- **Siproheptadin 3x4 mg dozunda,**
- **Ebastin 20 mg/gün** dozunda başarıyla kullanılabilir.

Tedaviye yanıtı olmayan olgularda tedavi seçenekleri

Lökotrien reseptör antagonistleri ve 2. kuşak H1 antihistaminikler

Doksepin 25-100mg/gün dozlarda

Siklosporin

Omalizumab

ÜRTİKERDE TEDAVİ ALGORİTMALARI

FİZİKSEL ÜRTİKERLER

GECİKMİŞ BASINÇ ÜRTİKERİ TEDAVİSİ

Sedatif etkisi az H1 antihistaminikler: Cetirizine

Sıklıkla yanıt yetersiz



Yüksek doz H1 Antihistaminikler

Tedaviye dirençli ise



H1 antihistaminikler (Loratadine) + Lökotrien reseptör antagonistleri



Sistemik steroid



Diğer tedavi ajanları

Dapson,

Kolşisin,

Sulfosalazin,

IVIG

TEDAVİ OLDUKÇA GÜÇTÜR.



Antihistaminikler
etkili değildir.

İndometazin,
ketotifen, klorokin
gibi ajanlar
kullanılmış ama
etkin bir tedavi
sağlanamamıştır.

Tekrarlayan sıcak
uygulamaları ile
desensitizasyon
başarılı
olabilmektedir.

ÜRTİKERDE TEDAVİ ALGORİTMALARI

FİZİKSEL ÜRTİKERLER

DERMOGRAFİK ÜRTİKER TEDAVİSİ

Yanıt yok ise

H1 antihistaminikler
tedavide etkilidir.

- H2 antihistaminikler,
- Ketotifen,
- Dar bant UVB

Titreşime neden olan mekanik kuvvetlere maruziyet sonrasında gelişen ürtiker tipidir.

Tedavide **antihistaminikler kullanılmakla beraber esas önemli olan titreşime yol açan uyaranlardan uzak durmaktır.**

Tedavi

- Güneş ışınlarından korunmak
- Güneş koruyucuların kullanılması
- Yüksek dozlarda **nonsedatif antihistaminikler**
 - Kaşıntıyı azaltır.
 - Eritem gelişimini önleyemez.
- Dirençli olgularda **PUVA veya tekrarlayan UVA** uygulamaları ile güneş ışınlarına dayanıklılığı arttırmaya çalışılabilir.
- Dolaşan fotoallerjenlerin uzaklaştırılması için **plazmaferez** uygulanabilir.

Herhangi bir ısıdaki suyla temas sonrası oluşur.

Patogenezi bilinmemektedir, fakat dermiste bulunan, mast hücrelerinden histamin salınmasına neden olan ve suda çözünen antijenlerle ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Tedavide antihistaminikler kullanılır.

ÜRTİKERDE TEDAVİ ALGORİTMALARI

DİĞER ÜRTİKERLER

KOLİNERJİK ÜRTİKER TEDAVİSİ

1-Tetikleyici
faktörlerden kaçınma
2-Antihistaminiklerin
kullanımı

- Hidroksizin
- Sedasyon yapmayan
antihistaminikler



Dirençli olgularda
ketotifen gibi
antikolinerjik
ajanlar, **danazol**
kullanılabilir.

Gıda, bitki, hayvan, ilaç, kimyasal ajanlar gibi maddelerin deri ve mukozaya teması ile gelişen ürtiker tipidir.

Tedavide esas olarak sorumlu madde ile temasın kesilmesi önerilir.

Antihistaminikler kullanılır.

**ÜRTİKERDE TEDAVİ
ALGORİTMALARI**

DİĞER ÜRTİKERLER

**EGZERSİZE BAĞLI
ÜRTİKER-
ANAFLAKSİ**

Egzersizle tetiklenen fiziksel ürtiker tipidir.

Tedavide esas faktör fiziksel aktivitelerden kaçınılmasıdır.

Antihistaminikler kullanılabilmekle beraber etkileri sınırlıdır.

Hastaların anaflaksi riskine karşı yanlarında epinefrin bulundurmaları önerilmektedir.

ÜRTİKERDE TEDAVİ
ALGORİTMALARI

DİĞER ÜRTİKERLER

URTİKARİAL
VASKÜLİT TEDAVİSİ

Antihistaminikler ve indometazin gibi nonsteroid antiinflatuar ajanlar



Yanıtsız olgularda dapson, kolşisin kullanılabilir.



Dapson (100 mg/gün) ve pentoksifilin (1200mg/gün) birlikte kullanımının dirençli olgularda başarılı olabileceği bildirilmiştir.



Tedaviye dirençli olgularda diğer tedavi ajanları

Sistemik steroid

Azatioprin

Siklofosfamid

Mikofenolat
Mofetil

ÜRTİKERDE TEDAVİ ALGORİTMALARI

DİĞER ÜRTİKERLER

OTOİMMÜN ÜRTİKER

Sedasyon yapmayan antihistaminikler

Tek ilaç yetersiz olursa

Antihistaminik kombinasyonları

Cevapsız olgularda

Antihistaminik+ lökotrien reseptör antagonistleri

Cevapsız olgularda

Sistemik steroid

Ürtikeryal lezyonların çok şiddetli ve yaygın olduğu olgularda kısa süreli

Siklosporin

Antihistaminiklere cevap vermeyen, şiddetli, tekrarlayan ürtikeri olan olgularda

IVIG ve plazmaferez

Otoantikor titresini düşürür

Omalizumab

GEBELİKTE ANTİHİSTAMİNİK TEDAVİSİ

B Kategorisinde olan antihistaminikler

- Chlorpheniramine
- Tripelenamine
- Dimenhydrinate, doxylamine
- Azatadine, **ciproheptadine, loratadine**
- **Hydroxyzine, cetirizine**

C Kategorisinde olan antihistaminikler

- Brompheniramine
- Diphenhydramine, carbinoxamine, clemastine
- **Fexofenadine, ebastine**

ÇOCUKLARDA ANTİHİSTAMİNİK TEDAVİSİ

12 yaşı n üzerindeki çocuklarda tüm antihistaminikler kullanılabilir

6 aydan küçük çocuklarda

- **Hydroxyzine ve alimemazine**

6 ay -1 yaş arası çocuklarda

- **Dexchlorpheniramine**

1- 2 yaş arası çocuklarda

- **Diphenhydramine**
- **Clemastine**
- **Promethazine**
- **Cyproheptadine**
- **Ketotifen**

2 yaş üzeri çocuklarda

- **Cetirizine**
- **Loratadine**
- **Desloratadine**