



Kaşıntılı Hastaya Yaklaşım

Approach to the Patient with Itching

Füsun Erdenen , Cüneyt Müderrisoğlu 

Kaşıntı, birçok sistemik hastalıkta ve dermatolojik hastalıklarda rastlanabilen na hoş bir duygudur. Deri lezyonunun eşlik ettiği kaşıntılarda dermatolojik değerlendirme gereklidir. Primer olarak lezyon bulunmayan kaşıntılarda ise ciddi sistemik hastalıklar bulunabilir. Bu nedenle hastanın iyi bir anamnez ve muayene ardından tanı koymak için laboratuvar ve radyolojik incelemeleri gerekebilir.

Anahtar Kelimeler: Kaşıntı, sistemik hastalıklar, dermatolojik hastalıklar

Pruritus is an unpleasant sensation which is found in various dermatologic and systemic diseases. Dermatological investigation is mandatory in conditions with dermal lesions. Severe systemic disorders may be found in patients with pruritus without dermal lesions. For this reason, after a thorough medical history and examination, laboratory and radiological examinations may be required.

Keywords: Pruritus, itching, systemic disorders, dermatologic disorders

Giriş

Pruritus, deriyi tırnaklama (tırmalama) ihtiyacı ortaya çıkaran na hoş bir histir. Lokal veya genel, akut ya da kronik olabilir. Temas, basınç, vibrasyon, yün gibi mekanik etkiler; termal veya elektriksel uyarılar kaşıntı yaratabilir. Kaşıntı sık görülen bir semptom olup bir çok deri hastalığının belirtisi olabildiği gibi sistemik, nörolojik ya da psikiyatrik bir hastalığa da eşlik edebilir (1-3).

Akut pruritus 6 haftadan kısa süreli kaşıntıyı ifade eder. Daha uzun süreli kronik kaşıntı ise hem hasta hem de hekim için bezdirici olabilir. Vakaların %8-15'inde etyoloji bulunamamaktadır (4).

Genel olarak kronik kaşıntı 3 grupta incelenebilir:

- Grup 1: Hastalıklı, inflamasyonlu deri üzerinde kaşıntı
- Grup 2: Sağlam deri üzerinde kaşıntı
- Grup 3: Ciddi kaşıntıya bağlı deri lezyonlarının geliştiği pruritus

Kaşıntının sebebi bilindiği takdirde şu şekilde sınıflandırılabilir:

- a) Dermatolojik hastalıklar: Primer deri hastalığına bağlı kaşıntılar: kserozis, atopik dermatit, psoriasis, deri infeksiyonları, kütanöz T hücreli lenfoma vb.
- b) Sistemik hastalıklar: Kronik böbrek, karaciğer, kan hastalıkları (demir eksikliği anemisi, lösemiler, lenfomalar, MM, polisitemia vera, lenfo proliferatif hastalıklar), malabsorbsiyon, maligniteler (karsinoid, solid tümörler), endokrin hastalıklar (DM, tiroid hastalıkları, menapoz)
- c) İlaç reaksiyonları (allopurinol, amiodorone, ACE inhibitörleri, östrojen, hidroklorotiazid, hidroksietilsellüloz, opioidler, simvastatin)
- d) Gebelik
- e) İnfeksiyon (parazitöz, HIV)
- f) Nörolojik: Notaljia parestetika, brakioradial pruritus, postherpetik nevralsi, multipl skleroz, abse, infarkt, tümörler
- g) Psikojenik: Depresyon, anksiyete, psikojenik ekskoriyasyon, delüzyonal parazitöz.
- h) Mikst: Birden fazla mekanizmanın rol oynadığı tip kaşıntı (1, 2).

Avrupa Kronik Kaşıntı Rehberi'ne göre:

- 1) Dermatolojik hastalıklar
- 2) Sistemik hastalıklar
- 3) Nörolojik
- 4) Somatoform
- 5) Karışık
- 6) Diğer

Bu çalışma, XXI Ulusal Allerji, Klinik İmmünoloji Kongresi'nde (25-9 Ekim 2014, Muğla, Türkiye) sunulmuştur.

ORCID IDs of the authors: F.E. 0000-0003-1633-6409, C.M. 0000-0003-4608-4206.

İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye

Yazışma Adresi
Address for Correspondence:
Füsun Erdenen
E-mail: fusunozerdenen@hotmail.com

Geliş Tarihi/Received: 09.08.2016

Kabul Tarihi/Accepted: 22.06.2017

© Telif Hakkı 2018 Makale metnine istanbulmedj.org web sayfasından ulaşılabilir.

© Copyright 2018 by Available online at istanbulmedicaljournal.org

nedenlere bağlı olarak sınıflandırılmıştır (4). Her ne sebebe bağlı olursa olsun kaşıntı sonucunda nonspesifik deri lezyonları ortaya çıkar.

Hasta Değerlendirilmesi

Öncelikle kaşıntı ile gelen hastada cilt lezyonu olup olmadığı araştırılmalıdır. Ciltte lezyon olmadığında ya da ekskoriyasyon, hiperpigmentasyon, likenifikasyon gibi sekonder lezyonlar varlığında öncelikle sistemik, nörolojik ya da psikojenik kaşıntı düşünülmelidir. Kaşıntının lokal ya da genel oluşu, geçici olup olmadığı, uyarıcı faktörler soruşturulmalıdır. Kaşıntının deri lezyonundan önce ortaya çıkıp çıkmadığının sorgulanması gerekir. Ciddi kaşıntı sonucu derinin tırmıklanması ekskoriyasyon, likenifikasyon, kuruma, egzematizasyon ve enfeksiyon eklenmesine neden olabilir. Aşırı yıkanmak ve topikal tedaviler kontakt allerji yoluyla dermatite neden olabilir. Bu bulgular primer cilt lezyonu olarak yorumlanmamalıdır. Bu açıdan sırt bölgesinin muayenesi yararlıdır. Burada lezyon varlığı ve niteliği primer- sekonder lezyonların ayırt edilmesinde yararlı olabilir. Deri lezyonu olmaksızın lokalize kaşıntı varlığında nöropatik veya psikojenik kaşıntı düşünülmelidir. Bu hastalarda daha çok yanma hissi, ağrı ve duyu kayıpları gözlenebilir (2, 4, 5).

Yaygın ve ani başlangıç göstermeyen kaşıntı sistemik bir hastalık düşündürürken, lokalize kaşıntılarda nöropatik orijin düşünülmelidir. Tiroid hastalığına ilişkin yakınmalar, sıcak ya da soğuk intoleransı, ateş, halsizlik, kilo kaybı gibi sistemik yakınmalar lenfoma, malignite; paroksizmal pruritus multipl skleroz düşündürülebilir. Deri altında böcek varmış hissi, depresyona bağlı olabilir. Lokal, fiks yerleşik bir parazite bağlı olduğu sanılan kaşıntı ise delüzyonal parazitoz olarak isimlendirilir (2). Yaşlı kişilerdeki kaşıntı değerlendirilirken özellikle banyo veya duş ardından rahatlatma ve bir süre sonra yeniden başlaması kserozis düşündürür. Sık banyo ve ovuşturma kaşıntıyı şiddetlendirir. Kserozis özellikle kışın ve kuru iklimlerde artar; ekstremiteler, gövde, kalça, koltuk altı, yüz ve kafatasında gözlenir (6).

Sübjektif bir semptom olan kaşıntının değerlendirilmesinde kaşıntı ağırlık indeksi kullanmak hasta takibi ve tedavinin değerlendirilmesinde yararlı olabilir. Bunun için kaşıntının gözlemlendiği saatleri, hasta algısının "iğnelenme, yanma, endişe veren, dayanılmaz" gibi ifade edilmesini, iş, uyku, cinsel fonksiyonları etkileme durumunu, nihayet depresyon, anksiyete ya da ajitasyona neden olup olmadığını sorgulamak faydalıdır (7).

Tablo 1'de dermatolojik hastalıklar dışında kaşıntı nedenleri görülmektedir.

Anamnez

Kaşıntılı hastada anamnezde aşağıdaki özelliklere dikkat edilmelidir:

Yayılm: Yaygın, lokalize, akral tutulum

Özelliği: Yanma, ağrı, hissizlik, yabancı cisim duyuları

Periyodisite: Paroksizmal, sürekli, diurnal, noktürnal özellik

Süre: Kaç gün, hafta, ay, yıldır mevcut

Şiddet: Hafif, orta, ağır, uyku ve günlük aktiviteye etkisi

Alevlendiren faktörler: Çevresel, egzersiz, mesleki faktörler, banyo

Tıbbi geçmiş: Atopi öyküsü, bilinen sistemik hastalıklar

Sistemik yakınmalar: Ateş, kilo kaybı, terleme, sarılık, halsizlik varlığı

Kullanılan ilaçlar: Reçeteli, reçetesiz, bitkisel ürünler, illegal maddeler

Sosyal hikaye: Meslek, seyahat, seks, ev ve işyeri ortamı

Evdaki ve çevredeki başka kişilerde kaşıntı olup olmadığı

Zamanla değişiklik gösterip göstermediği

Hangi tedavilerin kullanıldığı ve alınan cevaplar

Yeni veya farklı bir etkenle karşılaşma olup olmadığı (ilaç, kişisel bakım ürünü, hayvan teması, mesleki veya hobilerle ilgili maruziyetler) sorulmalıdır (1, 2, 8, 9).

Çevrede başka kişilerde de kaşıntı varlığı uyuz ve parazitoz düşündürür. Fiziksel aktiviteyle ilişki kolinerjik kaşıntıyı; banyo ardından gelişmesi polisitemia vera, miyelodisplastik sendrom, metastatik kanser, hipereozinofilik sendromu; ateş, halsizlik, terleme ön planda ise lenfomayı; özellikle yaşlılarda kışın ortaya çıkan pruritus kserozisi; gece uykuyu etkilemeyen kaşıntı somatoform pruritusu düşündürmelidir (4, 10, 11).

Muayenede cilt solukluğu, nem durumu, ekimoz, peteşi, organomegali, lenfadenomegali, karaciğer hastalığı bulguları araştırılmalıdır. Cilt, mukozalar, saçlı deri, tırnaklar, anogenital bölge muayene edilmelidir. Cilt muayenesinde özellikle pigmentasyon, nem, yağ durumu, sarılık, solukluk, tırnaklarda renk değişiklikleri, onikoliz, çizgilenmeler araştırılmalıdır. Gözler egzoftalmi, solukluk ve sarılık varlığı açısından ve sistemik hastalık düşündürülen tüm bulgular için dikkatle incelenmelidir (1-4). Kserosis anormal keratin üretiminden kaynaklanan ve özellikle yaşlılarda derinin yağ

Tablo 1. Kaşıntı nedenleri

Böbrek hastalıkları	
Karaciğer hastalıkları	Nörolojik hastalıklar
Primer bilier siroz	Brakioradial pruritus
Hepatit	Notaljia parestetika
Kolestaz	Postherpetik nevralkji
	Multipl skleroz
	Serebrovasküler olaylar
Hematopoetik hastalıklar	Psikojenik nedenler
Polisitemia vera	Depresyon
Demir eksikliği anemisi	Psikojenik ekskoriyasyon
Mastositoz	Delüzyonel parazitoz
Lenfoma	Anoreksia nervoza
Multipl miyelom	
Endokrin ve metabolik hastalıklar	İnfeksiyöz ve paraziter kaynaklı
Hipertiroidizm	Yüzeyel mikozlar
Hipotiroidizm	Uyuz
Diyabetes mellitus	HIV
Karsinoid sendrom	Varisella
	Onkoserkiaz
Otoimmün hastalıklar	
Dermatomyozit	
Skleroderma	
Sjögren sendromu	

asitlerinin azalmasıyla karakterize bir durum olup kaşıntı ve ardından inflamatuvar deri lezyonlarına neden olur. Deri incelmış ve kurudur. Kserosis bazı deri hastalıklarına veya sistemik hastalıklara eşlik edebilir; ancak psikojenik kaynaklı da olabilir. Deri kuru, çatlamış ve soyulmuş görülür. Derinin ovuşturulması ve kaşınması sonucu gerek tahriş, gerekse çevresel allerjen ve iritanların deriye penetrasyonu, infeksiyon eklenmesi bir dermatite neden olabilir. Kserosis, soğuk ve kuru havalarda daha belirgindir. Sık banyo yapma, daha önceden mevcut hastalıklar (radyasyon, böbrek, tiroid hastalığı, çinko ve esansiyel yağ asitlerinin eksiklikleri, terlemeyi azaltan nörojenik hastalıklar, antiandrojen ilaçlar, diüretikler, HIV, maligniteler) yaşlılarda kserosise yatkınlık yaratır (12).

Laboratuvar incelemeleri olarak şunlar yapılmalıdır:

Tam kan sayımı, periferik yayma
Bilirubin, transaminazlar, alkali fosfataz
AKŞ, HbA1c, BUN, kreatinin
Eritrosit sedimantasyon hızı
Kalsiyum, fosfor
TSH, T4
Demir ve ferritin
Serum histamin, triptaz düzeyleri
Akciğer teleradyogramı
Anti HIV
Total IgE

Prick ve Patch testleri.

Bu incelemelere ilave olarak hepatit B ve C serolojileri, protein elektroforezi, serum ve idrar immun elektroforezi, doku transglutaminaz antikorları, dışkıının parazitolojik incelemeleri, ANA, AMA istenebilir. GIS endoskopileri, toraks ve batin BT incelemeleri yapılabilir. Lezyon olmaksızın yaygın kaşıntı olan bazı vakalarda sağlam görünen deriden biyopsi alınması ve immun floresan in-

celemesiyle erken dönem bir pemphigoid veya mycosis fungoides tanımlanabilir (1-3).

Klinik Olarak Yaygın Kaşıntı Yapan Sistemik Hastalıklar

Üremik pruritus

Üremik hastalarda kaşıntı özellikle derideki ter bezlerinin atrofi, diyaliz seanslarında sıvı şiftleri ve A vitamini metabolizmasındaki değişikliklere bağlı olarak gelişir. Kaşıntı vakaların yaklaşık % 60'ında görülen bezdirici bir şikayettir. Kaşıntı patogenezinin deriden salınan histamin sorumludur. Muhtemelen hemodiyaliz sırasında hastanın sensitize olduğu allerjenlerin etkisi vardır. Sekonder hiperparatiroidi, ter bezlerinin atrofisine bağlı kuru cilt, yüksek fosfat düzeyleri, diyaliz yetersizliği, yükselmiş magnezyum ve alüminyum, beta 2 mikroglobulin düzeyleri, albümin düşüklüğü, anemi ve eritropoetin düzeyi ve immun disfonksiyon kaşıntı şiddeti ile korelasyon gösterir. Erkek cinsiyet, A hipervitaminozu, nörolojik hastalık, kalp yetersizliği ve asit varlığı da kaşıntı ile ilişkili bulunmuştur. Üremik kaşıntının lokal bir cilt hastalığı olmaktan öte sistemik bir inflamasyon sonucu geliştiği hipotezi öne sürülmüştür. Yine opioid mu ve kappa reseptörleri ekspresyonundaki dengesizlik, artmış mu reseptör aktivasyonu ve azalmış kappa reseptör aktivitesi rol oynayabilir. Ayrıca çeşitli pruritojenler ve mast hücrelerinden histamin salınımı kserosisle birlikte kaşıntıya katkıda bulunur (13, 14).

Üremik kaşıntı özellikle sırtta görülür. Kollar, baş ve karında hatta yaygın olarak ortaya çıkabilir (14, 15). Süresi değişkendir, geceleri artar, uykuyu bozabilir. Isı ve stres kaşıntıyı artırırken fiziksel aktivite, duş ve ılık hava ile azalır. Fizik bulgular kaşıntının yarattığı sekonder değişiklikler dışında sınırlıdır. Tekrarlayan tırmıklanma sonucunda ekskoriyasyon, liken simpleks, pruritus nodularis, keratotik papüller, foliküler hiperkeratoz gelişir. Deri kuruluğu çatlak

Tablo 2. Kaşıntıya neden olabilen ilaçlar

İlaç grubu	Örnek	Mekanizma	Sıklık
Antiaritmikler	Amiodorone	Kolestatik	Nadir
Antibiyotikler	En çok penisilin ve trimetoprim-sülfometaksazol	Sekonder cilt lezyonu/kolestaz	%2-20
Antikoagülan	Tiklopidin/heparin	Kolestaz/ürtiker	Nadir
Antidiyabetikler	Biguanid/sülfonilüre	Kolestaz/bilinmiyor	Nadir
Antiepileptik	Karbamazepin, fenitoin	Sekonder cilt lezyonu/allerjik	Nadir
Antihipertansifler	ACE inh/BB/KKB/metildopa	Bradikinin artışı/kolestaz/sekonder cilt lezyonu	%1-15/nadir
BRAF inhibitörleri	Vemurafenib	Bilinmiyor	%19
Sitokinler, büyüme faktörleri, monoklonal antikorlar	GMCSF/İnterlökin 2/ Matuzumab/lapatinib	Bilinmiyor/direkt etki/ürtiker	GCSF ve IL2 de oldukça sık
Sitostatikler	Klorambusil/paklitaksel/tamoksifen	Cilt lezyonlarına sekonder/kserozis	Nadir/ %10/%4
Epidermal büyüme faktörü inhibitörleri	Setuksimab/erlotinib/ panitimumab	Bilinmiyor	%22/%18/ %58
Antilipemikler	Statinler	Bilinmiyor/cilt lezyonlarına sekonder	%16
CTLA4'e monoklonalantikor	Ipilimumab	Bilinmiyor	%31
Plazma genişleticiler	Hidroksi etil starç (HES)	HES partiküllerinin sinirlerde depolanması	%12-54
Psikotropolar	Trisiklik antidepresan / SSRI /nöroleptik	Kolestaz, serotonin reseptör aktivasyonu/sekonder cilt lezyonları	Nadir
Diğer	Antitiroidler/ NSAI/Kortikosteroidler/ Seks hormonları/Opioidler	Kolestaz/lökotrienlerin sentezinde artış/ µ-opioid reseptörler	Nadir/ opioidlerde %2-100

ve soyulmalar yoksa fark edilmeyebilir. Laboratuvar bulgularından kaşıntı ile en fazla ilişkili olanlar fosfor, kalsiyum, BUN ve PTH'dur. Üremik hastalardaki kaşıntıda öncelikle neden olarak böbrek hastalığı düşünülmelidir. Ancak tedaviye yanıtızsızlık halinde diğer kaşıntı nedenlerinin akla getirilmesi gerekir. Özellikle eşlik eden lenfoma, kolestaz ve hipersensitivite reaksiyonları da unutulmalıdır (14).

Kolestatik pruritus

Herhangi bir nedene bağlı kolestaza kaşıntı eşlik eder. Gebeliğin intrahepatik kolestazında %100, primer bilier sirozda (PBS) % 80, (primer sklerozan kolanjitte (PSK) %20-40, malign bilier obstrüksiyonda %45, kronik viral hepatitte %20, benign bilier obstrüksiyonda %17 ve karaciğer sirozunda %7 oranında kaşıntı beklenir. Kolestazla gelen hastalarda daha nadir rastlanan benign rekürren intrahepatik kolestaz (BRIC), progresif familial intrahepatik kolestaz (PFIC), Alagille sendromu, bilier atrezi, sepsis, ilaçlara ve total parenteral nutrisyon (TPN)'a bağlı kolestaz gibi nedenler de akla gelmelidir (2, 16, 17). Kolestaza bağlı kaşıntı yükselmiş safra asitlerinin, endojen opioidlerin ve lipofosfatidik asitlerin deride pruritogenik etki yapması ile açıklansa da mekanizma tam olarak bilinmemektedir (16). Son araştırmalarda serum autotaxin düzeyi kolestatik pruritus vakalarında kaşıntı şiddeti ile ilişkili bulunmuş; tedaviye yanıtla azalmıştır. Hatta bu düzeyin kolestatik kaşıntının tanısında pozitif prediktif değerinin %70' ler civarında olmasından dolayı kaşıntının ilk belirteci olabileceği bildirilmiştir (18). Safra asitlerinin mast hücrelerini uyarıcı etkisi vardır. Kaşıntı yaygın veya lokal, özellikle avuç içi ve tabanlarda olabilir (4, 15). Şiddeti değişkendir, kendiliğinden kaybolabilir. Kaşıntının ciddiyeti altta yatan hastalık ile korelasyon göstermez. Gece, stresle artar. Bazı hastalarda kişiyi intihara kadar götüren, hayat kalitesini ileri derecede etkileyen kaşıntılar görülebilir. Serin havada kısmen iyileşir. Şikayetler özellikle premenstrüel kadınlarda çok fazla olabilir. Uzun süreli kaşıntı sonunda sekonder lezyonlar eklenir. Gebelik kolestazı gebelik ilerledikçe artar, doğumdan birkaç gün sonra kaybolur. Çok doğurmuşlarda, kolestaz öyküsü olan ve oral kontraseptif kullanmış kişilerde, maternal yaşı ileri olanlarda ve kış aylarında daha fazla görülür. Diğer kolestazlarda fluktuasyon gösterebilir. Bazı vakalarda ileri derecede ve tedaviye refrakter semptomlar nedeniyle transplantasyon gerektirebilir (16).

Internal maligniteler

Herhangi bir malign hastalığa eşlik eden deri belirtisi paraneoplastik dermatoz olarak adlandırılır. Yine dolaşan tümör hücrelerinin deriye infiltrasyonu görülebilir. Curth's hipotezine göre deri belirtisi ve malignite eşzamanlı olarak ortaya çıkar. Malign hastalığın tedavisiyle ciltte de iyileşme olur. Malinitenin cinsine göre, özel bir dermatoz gözlenir. İkisi arasında genetik bir ilişki vardır ve ilişkiler istatistiksel olarak anlamlıdır (19). Pruritus mevcut bir maliniteye eşlik edebilir. Ayrıca malin hastalıkla dolaylı ilişkisi olabilir (Kolestaza neden olan karaciğer malinitesi ya da obstrüksiyona yol açarak üremiye neden olan bir jinekolojik kanser gibi). Nihayet kullanılan ilaçlardan kaynaklanabilir (20). Ciddi kaşıntı gözlenen malinite vakalarında sürvi daha kısa bulunmuştur (21).

Malinitelerin deriye metastazı nadir olup paraneoplastik sendromların aksine metastatik deri belirtisinin primer lezyondan önce saptanması ender görülür. Ancak paraneoplastik sendromlarda internal malinitenin saptanmasından önce deri belirtileri olabilir (22). Genel olarak yaygın kaşıntı görülmeyle beraber lokalize kaşıntı ortaya çıkabilir. Prostat tümörlerinde testislerde, beyin tümör-

lerinde burunda, servikal kanserlerde vulvada, rektal kanserlerde perianal kaşıntı görülebilir. Lokal kaşıntı malinite tanısı olan hastalarda daha kötü prognoz işaretidir. Akantozis nigrikans özellikle kıvrımlı bölgelerde hiperpigmentasyon ve hiperkeratozla karakterize kadifemsi görünüşlü bir tablo olup benign, malin ve metabolik sendromla ilişkili tipleri vardır. Malin türü özellikle GIS, akciğer, jinekolojik kanserler ve Hodgkin hastalığı ile birlikte görülür. Akut başlayan kaşıntıda, multipl seboreik keratoz lezyonları varlığında, özellikle lezyonlar hızla büyür ve çoğalırsa malinite araştırılmalıdır (22). İntestinal karsinoidin klasik kaşıntısız flushing bulgusuna karşın gastrik karsinoidlerde kaşıntı görülür (2). Kaşıntı en fazla hematolojik malinitelerde görülür. Hodgkin lenfomada özellikle alt ekstremitelerde, geceleri artan kaşıntılar görülür. Hastalığın ilk semptomu olabilir, hastalık gelişiminden uzun yıllar önce gözlenebilir. Diğer miyeloproliferatif hastalıklar ve T hücreli lenfomalarda, mycosis fungoides ve Sezary sendromunda da ileri derecede kaşıntı ortaya çıkabilir. Polisitemia vera su ile ilişkili kaşıntıyla karakterizedir. JAK2 mutasyonu bulunanlarda daha siktir (4). Banyodan sonra göğüs, sırt boyun ve ekstremitelerde ciddi kaşıntı, yanma, iğnelenme hissi görülebilir. Bu hastalarda ayrıca eritrositoza bağlı cilt rengi dikkat çekici ve tanı koydurucu olabilir. Ekstremitelerde distallerinde yanma hissi ile birlikte ağrı vardır. KLL ve mastositoz da kaşıntı ile seyredebilir (2). Anemi olsun olmasın demir eksikliğinde kaşıntı mekanizması bilinmese de siktir; bunun yanında hemokromatozda da kolestaza bağlı kaşıntı gözlenebilir (4, 21).

Endokrinolojik hastalıklardan hipertiroidizmde deride vazodilatasyona ve kinin yolaklarının aktivasyonuna bağlı kaşıntı görülürken, hipotiroidizmde pruritus deri kuruluşundan kaynaklanır. Diyabetes mellitusta dermatofit infeksiyonları, kserozis, diyabetik nöropati kaşıntıya neden olabilir. Diyabetin ilk tanısı inatçı anogenital kaşıntı nedeniyle yapılan araştırmada konabilir. Endokrinolojik hastalıklardan hiperparatiroidizmde de net olarak bilinmeyen mekanizmalarla kaşıntı ortaya çıkabilir (2, 4).

Bağ dokusu hastalıklarından dermatomiyozit ve sklerodermada kaşıntı sık görülen bir semptomdur. Genellikle lupusta kaşıntı görülmez (2).

HIV infeksiyonunda kaşıntı sık görülen bir semptomdur; 303 HIV(+) hastanın %31'inde kaşıntı bildirilmiştir. Kaşıntı kserozis, seboreik dermatit ve dermatofit infeksiyonları yanında lenfoma, karaciğer ve böbrek hastalığından kaynaklanabilir. İlerlemiş HIV'li vakalarda sık görülen eozinofilik folikülit ileri derecede kaşıntılı lezyonlardır (2).

İlaçlar retinoid tedavilerinde görüldüğü gibi deride kuruluk yaratarak ya da doksisisiklinle gözlemediği şekilde ilaçla ilişkili fototoksikite yoluyla deride kaşıntı yaratabilir. Birçok ilaç deri lezyonu eşlik etmeksizin kaşıntıya neden olur. Tablo 2'de kaşıntıya neden olabilen ilaçlar görülmektedir (2).

Nöropatik kaşıntı

Birçok nörolojik hastalıkta yaygın veya lokal kaşıntı görülür. Nörolojik kökenli kaşıntı sıklıkla nöropatik ağrı, ve uyarılara aşırı duyarlılık ile birlikte görülür (2, 23).

Brakioradial pruritus: Önkolun dorsolateral bölümünde intermitan veya sürekli, tek ya da iki taraflı, kol, boyun ve omuza yayılabilen kaşıntı görülür. Buz tatbiki ile azalması tanıda yardımcıdır. C5-C8 sinir köklerinin solar radyasyon servikal vertebranın dejeneratif

hastalıkları veya tümör gibi etkenlerle uyarılması ile ortaya çıkabilir. Beyaz tenli, orta yaşlı, açık havada aktiviteleri fazla kişilerde yaz aylarında daha fazla görülür.

Notaljia parestetika T2-T6 düzeylerinde torasik spinal sinirlerin tuzak nöropatisidir. Vertebranın dejeneratif hastalıklarından kaynaklanır. Tek taraflı skapula mediyalinde, sıklıkla kaşıntıya bağlı hiperpigmentasyonun eşlik ettiği bir tablodur. Bazen deride amiloid birikimi saptanabilir. Kaşıntı intermittan, paroksizmal ve değişken şiddette olabilir. Sıklıkla batma, yanma, ya da soğuk, yabancı cisim varmış gibi bir his yaratır. Tek ya da çift taraflı olabilir (2, 24).

Postherpetik nevralji: Herpes zoster geçirenlerin %30-58'inde lezyon yerinde kaşıntı görülür. Özellikle baş, yüz ve boyun bölgesinde daha fazla gözlenir. Akut hastalıkta da kaşıntı olabilir.

Multipl skleroz, serebrovasküler olaylar, Creutzfeldt-Jakob hastalığında kaşıntı görülebilir (2).

Psikojenik kaşıntılar da lokal veya yaygın olabilir. Hastanede yatan 100 psikiyatrik vakada kaşıntı %42 oranında saptanmıştır. Bu vakalarda sağlam derinin ileri derece kaşınması sonucunda ekskoriasyon gözlenir. Hastanın ulaşabildiği yerlerde kaşınma sonucu ortaya çıkan dağınık lineer kabuklu lezyonlar vardır. Semptomlar stresle, çatışma, psikiyatrik hastalık ve anksiyete ile ilişkilidir. Delüzyonel parazitoz kişinin kendisinde aslında var olmayan bir parazit olduğuna inanmasıdır (2). İlaç provokasyon testlerinde "nocebo effect" yani plasebo ile ortaya çıkan semptomlar olabileceği bu şekilde sıklıkla kaşıntı gözlenebileceği unutulmamalıdır (25). Psikiyatrik değerlendirme yapılmadan somatiform kaşıntı tanısı koymamalıdır. Bu hastalarda ulaşılmayan bölgelerde sekonder deri lezyonu bulunmaması, yani kelebek işareti de tanıya yardımcıdır (2, 4, 11). Ciddi yanıklar ve ameliyat izlerinin ardından yıllar süren kaşıntılar olabilir (26). Genellikle dışlama esasına dayanılarak tanısı konan psikojenik kaşıntılar depresif kişilerde daha fazladır ve hayat kalitesi üzerine olumsuz etki yapar (27).

Lokal kaşıntılar

Yaygın kaşıntıya neden olan infeksiyon hastalıkları, allerji, böbrek, karaciğer hastalıkları, irritasyon, deri yaşlanması ve kuruluğu, demir eksikliği anemisi, kontakt dermatit bölgesel kaşıntıya da neden olabilir (10). Lokal kaşıntılar arasında anogenital bölge ile ilgili olanlar hasta için ileri derecede rahatsız edicidir.

Anal şikayetler rastgele bir toplumda telefonda yapılan bir görüşme sonunda %20 sıklığında bildirilmiştir. Hasta tarafından sıklıkla hemoroide atfedilmektedir. 6 haftayı aşan anal kaşıntı etiyojisinde anal fissür, hemoroid, polip ve kanserler değişen oranlarda bulunurken %25 vakada neden bulunamamıştır. Uzun süreli semptomların malign kökenli olma olasılığı daha fazladır. Altta yatan psöriazis gibi bir hastalık mevcut olabilir. Ayrıca aşırı temizlik ve lokal ürünlerin kullanımı kaşıntıyı arttırabilir. Dışkı bulaşı, diyet faktörleri (çay, kahve, kola, domates, çikolata, turuncgiller), anorektal bölgenin abse, fistül, fissür ve maligniteleri, bu bölgede var olan deri hastalıkları (psöriazis, atopik dermatit, kontakt dermatit, anal skuamöz hücreli kanser), seksüel yolla geçen infeksiyonlar (konidiloma, herpes, sifiliz, gonore), kandida infeksiyonları, kıl kurtları neden olarak sayılabilir. Hiçbir nedenin saptanamadığı psikojenik anal prurituslar da görülebilir. Hastalarda özellikle barsak alışkanlığındaki değişiklikler sorgulanmalı, dikkatli bir anorektal muayene ve riskli hastalarda endoskopik incelemeler yapılmalıdır (28).

Anal bölgenin temizliği için kullanılan tuvalet kağıdı, sabun, krem, jel, rektal ilaçlar, kondom gibi maddelere bağlı allerjik reaksiyonlar sorgulanmalıdır. Uygunsuz giysiler ve obezite de kaşıntı etkeni olabilir (29).

Vulvo vaginal kaşıntı

Kadınlarda akıntı, kaşıntı, yanma hissi, dizüri, dispareni gibi yakınmalarla ortaya çıkan vajinitler bakteri, mantar ve trikomonastlarla meydana gelen infeksiyon sonucudur. Öykü ve jinekolojik muayene sonucu etken saptanır. Ancak infeksiyonlar dışında menapoz ve diğer hipoöstrojenemi durumları, kullanılan sistemik ve lokal ilaçlar, hijyenik ürünler, irritan ve allerjenler, geçirilmiş cerrahi müdahaleler, ilişki, kondom, kimyasal preservatifler kaşıntı nedeni olabilir. Nadiren kaşıntı nedeni olsa da bu bölgede lokalize neoplaziler de akla getirilmelidir (30). Vulva kaşıntısı ile başvuran hastada mutlaka jinekolojik muayene ve gerekli vakalarda biyopsi yapılmalıdır (31). Ayrıca ürolojik muayene, yama testi ve nöropatik nedenler düşünülüyorsa MR gerekebilir (32). Seminal sıvıya bağlı allerjiler de ender görülmekle birlikte lokal kaşıntıdan anafilaksiye kadar varabilen klinik tablolarla karşımıza çıkabilir (33).

Burun kaşıntısı boğaz ve gözlerde kaşıntı ile birlikte allerjik rinit belirtisi olmakla birlikte santral sinir sistemi tümörlerinde görülebileceği, gliomlarda yüzde paroksizmal kaşıntıların ortaya çıkabileceği unutulmamalıdır. Bu vakalarda kaşıntının kserozis ve serotonin artışına bağlı olduğu sanılmaktadır (10). Boğazda lokalize kaşıntı dehidratasyon, ilaçlar, sesin aşırı kullanılması allerji ve infeksiyona bağlı olabilir.

Özel hasta gruplarında kaşıntı

Yaşlılar: Yurdumuzda yapılan bir çalışmada yaşlılarda kaşıntı sıklığı %11.5, bir Amerikan araştırmasında %29, Tayvan'da, %41, Singapur'da %48 oranında bildirilmiştir. Uyku ve hayat kalitesinde bozukluğa neden olan kaşıntı bağımsız yaşlılarda daha az gözlenmiştir. En sık nedenler olarak deri kuruluğu, komorbiditeler ve ilaçların rolü olabileceği öne sürülmüştür (4, 34).

Gebelik: Muhtemelen gebelerin % 18'inde kronik kaşıntı olduğunun ve çeşitli gebelik dermatozlarına (polimorfik erüpsiyon, pamfigoid gestasyonis, atopik erüpsiyonlar vb) ilaveten gebeliğin intrahepatik kolestazi gibi sistemik nedenlerin akla getirilmesi gerekir. Burda, primer deri lezyonu olmayıp tırmalanmaya bağlı deri lezyonları gözlenir (4, 35)

Postmenapozal dönem: Genel ve lokal kaşıntılar genellikle östrojen eksikliğinden kaynaklanan atrofik vajinit, deri kuruluğu ve mukokütanöz kandidiyaza bağlıdır (10).

Hakem Değerlendirmesi: Dış Bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir - F.E.; Tasarım - F.E, C.M.; Denetleme - F.E.; Kaynaklar - F.E, C.M.; Malzemeler - F.E, C.M.; Veri Toplanması ve/veya İşlemesi - F.E, C.M.; Analiz ve/veya Yorum - F.E, C.M.; Literatür taraması - C.M.; Yazıyı Yazan - F.E, C.M.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Concept - F.E; Design - F.E, C.M.; Supervision - F.E; Resource - F.E, C.M.; Materials - F.E, C.M.; Data Collection and/or Processing - F.E, C.M.; Analysis and/or Interpretation - F.E, C.M.; Literature Search - C.M.; Writing - F.E, C.M.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.

Kaynaklar

- Taylor JS, Zirwas MJ, Sood A. Pruritus. Available from: URL: <http://www.clevelandclinicmeded.com/medicalpubs/diseasemanagement/dermatology/pruritus-itch/>
- Fazio SB, Yosipovitch G, Dellavalle RP, Callen J, Ofori AO. Pruritus: Etiology and patient evaluation. www.uptodate.com©2014 UpToDate
- Reid DC, Laumann AE. Approach to the patient with pruritus. Grammer LC, Greenberger PA, editors. *Patterson's Allergic Diseases 7th ed.* Philadelphia: Wolter Kluwer/ Lippincott Williams &Wilkins; 2009. P.554-60.
- Weisshaar E, Szepletowski JC, Darsow U, Misery L, Wallengren J, Mettang T, et al. European guideline on chronic pruritus. *Acta Derm Venereol* 2012; 92: 563-81. [\[CrossRef\]](#)
- Yosipovitch G, Bernhard JD. Chronic Pruritus. *N Engl J Med* 2013; 368: 1625-34. [\[CrossRef\]](#)
- Berger TG, Shive M, Harper GM. Pruritus in the older patient. a clinical review. *JAMA* 2013; 310: 2443-50. [\[CrossRef\]](#)
- Majeski CJ, Johnson JA, Davison SN, Lauzon GJ. Itch severity scale: a self report instrument for the management of pruritus severity. *B J Dermatol* 2007; 156: 667-73. [\[CrossRef\]](#)
- Goldstein BG, Goldstein A, Dellavalle RP, Levy ML, Corona R. Approach to dermatologic diagnosis. www.uptodate.com©2014 UpToDate
- Şenol M. Kaşıntılı hastaya yaklaşım. *Türkiye Klinikleri J. Dermatol-Special Topics.* 2011; 4: 66-7.
- Sharma A, Chugh Y, Kastury N, Kapoor AK. Management of itching. *JACM* 2009; 10: 119-27.
- Grundmann S, Ständer S. Chronic pruritus: clinics and treatment. *Ann Dermatol* 2011; 23: 1-11. [\[CrossRef\]](#)
- Norman RA. Xerosis and pruritus in the elderly: recognition and management. *Dermatologic Ther* 2003; 16: 254-9. [\[CrossRef\]](#)
- Chiques Colon LS, Rivera RG. Cutaneous manifestations of renal disease. NP Sanchez, editor. *Atlas of Dermatology in Internal Medicine.* New York: Springer Science+Business Media; LLC 2012.p.31-45.
- Tzeremas T, Kobrin SM, Berns JS, Sheridan AM. Uremic pruritus. Available from: URL: <http://ultra-medica.net/Uptodate21.6/contents/UTD.htm?6/49/6937/abstract/1>.
- Reamy BV, Bunt CW, Fletcher S. A diagnostic approach to pruritus. *Am Fam Physician* 2011; 84: 195-202.
- Poupon R, Chopra S, Angulo P, Travis AC. Pruritus associated with cholestasis. Available from: URL: www.uptodate.com©2014 UpToDate
- Nguyen KD, Sundaram V, Ayoub WS. Atypical causes of cholestasis. *World J Gastroenterol* 2014; 20: 9418-26.
- Kremer AE, Bolier R, van Dijk R, Oude Elferink RP, Beuers U. Advances in pathogenesis and management of pruritus in cholestasis. *Dig Dis* 2014; 32: 637-45. [\[CrossRef\]](#)
- Owen C, Callen J, Ofori AO. Cutaneous manifestations of internal malignancy. Available from: URL: <https://www.uptodate.com/contents/cutaneous-manifestations-of-internal-malignancy>.
- Chiang HC, Huang V, Cornelius LA. Cancer and itch. *Semin Cutan Med Surg* 2011; 30: 107-12. [\[CrossRef\]](#)
- Karnath BM. Pruritus: a sign of underlying disease. *Hospital Physician.* 2005; 2005: 25-9.
- Chiesa-Fuxench ZC, Ramirez L, Sanchez NP. Cutaneous Manifestations of Internal Malignancy and Paraneoplastic Syndromes. Sanchez NP, editor. In: *Atlas of Dermatology in Internal Medicine* New York: Springer; 2012.p.59-76. [\[CrossRef\]](#)
- Misery L, Brenaut E, Le Garrec R, Abasq C, Genestet S, Marcorelles P, et al. Neuropathic pruritus. *Nat Rev Neurol* 2014; 10: 408-16. [\[CrossRef\]](#)
- Shin J, Kim YC. Neuropathic itch of the back: a case of notalgia paresthetica. *Ann Dermatol* 2014; 26: 392-4. [\[CrossRef\]](#)
- Bavbek S, Aydın Ö, Sözüner ZC, Yüksel S. Determinants of nocebo effect during oral provocation tests. *Allergol Immunopathol* 2015; 43: 339-45. [\[CrossRef\]](#)
- Gauffin E, Oster C, Gerdin B, Ekselius L. Prevalence and prediction of prolonged pruritus after severe burns. *JBurn Care Res* 2014; 36: 405-13. [\[CrossRef\]](#)
- Caccavale S, Bove D, Bove RM, La Montagna M. Skin and brain: itch and psychiatric disorders. *G Ital Dermatol Venereol* 2016; 151: 525-9.
- Breen E, Bleday R, Lamont JT, Grover S. Approach to the patient with anal pruritus. Available from: URL: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-patient-with-anal-pruritus>.
- MacLean J, Russell D. Pruritus ani. *Aust Fam Physician* 2010; 39: 366-70.
- Sobel JD. Approach to women with symptoms of vaginitis. Available from: URL: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-women-with-symptoms-of-vaginitis>.
- Ozalp SS, Telli E, Yalcin OT, Oge T, Karakas N. Vulvar pruritus: The experience of gynaecologists revealed by biopsy. *J Obstet Gynaecol* 2014; 10: 1-4.
- Weisshaar E. Genitoanal pruritus. *Hautarzt* 2015; 66: 53-9. [\[CrossRef\]](#)
- Song WJ, Kim DI, Kim MH, Yang MS, Kim YJ, Kim SH, et al. Human seminal plasma allergy: successful pregnancy after profilactic antihistamin treatment. *Acta Pac Allergy* 2011; 1: 168-71. [\[CrossRef\]](#)
- Teoh YL, Teo RY, Yeo B, Lim KH, Koh MJ. Elderly hospitalised patients-The impact of itch and its prevalence. *Ann Acad Med Singapore* 2016; 45: 134-7.
- Dixon PH, Williamson C. The pathophysiology of intrahepatic cholestasis of pregnancy. *Clin Res Hepatol Gastroenterol* 2016; 40: 141-53. [\[CrossRef\]](#)

Cite this article as: Erdenen F, Müderrisoğlu C. Approach to the patient with itching. İstanbul Med J 2018; 19: 1-6.