



Dr. Özer ARICAN

YAŞLILARDA KSEROZİS, KAŞINTI VE TEDAVİSİ

XEROSIS, ITCHING AND THEIR TREATMENT IN ELDERLY PATIENTS

ÖZ

Yaşlılarda, kuru deri (kserozis) ve kaşıntı sık görülen bulgular olup 65 yaş üzerinde %77'ye ulaşan oranlarda tespit edildiği bildirilmektedir. Bu semptom, bazen hastaların sosyal yaşamlarını etkileyecek boyutlara da ulaşabilmektedir. Başta kaşıntı olmak üzere kserozis de bir çok dermatolojik ve sistemik hastalığa eşlik eden önemli bulgulardır. Bu yüzden yaşlı hastalar iyi araştırılmalı ve takipleri yapılmalıdır. Bu makalede, yaşlılıktaki kaşıntı probleminin tanı, ayırıcı tanı ve tedavisi üzerinde durulmuştur.

Anahtar sözcükler: Kaşıntı, Yaşlılık, Cilt kuruluğu, Geriatrik dermatoloji, Tedavi.

ABSTRACT

For elder people, dry skin (xerosis) and itching are very common symptoms such that it has been reported that nearly 77% of people over 65 years old have been diagnosed with this problem. Sometimes, these symptoms can affect the social life of the patients. In addition to itching, xerosis is also, well-known symptom for many dermatological and systemic diseases. So that elderly patients should be given close medical attention. In this review, the problem of itching for elderly patients is discussed in terms of its diagnosis, differential diagnosis and treatment.

Key words: Pruritus, Itching, Ageing, Xerosis, Geriatric dermatology, Treatment.

Geliş: 14.09.2003

Kabul: 15.02.2004

KSÜ Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı - KAHRAMANMARAŞ

İletişim: Yrd. Doç. Dr. Özer ARICAN, Alparslan Türkeş Bulvarı Gülsaray Apt. B Blok No:7 Kat:3 Daire: 6 KAHRAMANMARAŞ
Tel: (0344) 221 23 37 • Fax : (0344) 221 23 71 • E-mail : özerari@hotmail.com



Dünya nüfusu giderek yaşlanmakta, 2050’de her üç kişiden birinin 65 yaş üzerinde olacağı tahmin edilmektedir. Bugün için 70 yaşın üzerindeki insanların büyük kısmında en az bir dermatolojik problem bulunmakta, yaklaşık %10’unda ise 3-4 değişik dermatolojik soruna rastlanılmaktadır (1). Kaşıntı da bunlardan en sık rastlanılanlarından biridir (2).

Kaşıntı dermatolojik hastalıkların (Tablo I) dışında bir çok sistemik hastalığa (Tablo II) eşlik edebilen istenmeyen bir duygudur (3-5). Yaşlı hastaların %10-77’sinde çoğu kserozise bağlı olmak üzere değişik sıklık ve şiddetlerde kaşıntı gözlenebilmektedir (6-8). Öte yandan kaşınan tüm hastaların %10-50’sinde herhangi bir dermatolojik sebep bulunamamakta ve sistemik hastalık aranması gerekmektedir (9). Bu yüzden kaşınan ve dermatolojik muayenesi normal olan bir yaşlıda kesin tanıya ulaşmak için iyi bir öykü alınmalı (Tablo III) ve bazı laboratuvar testleri yapılmalıdır (Tablo IV) (10,11).

Tablo I: Kaşıntının gözlenebildiği dermatolojik hastalıklar.

Kserozis	Ürtiker
Atopik dermatit	Güneş yanığı
Kontakt dermatit	Skar ve keloidler
Skabies	Polimorf ışık erüpsiyonu
Pediküloz	Pitriyazis roze
Böcek sokmaları	Mikozis fungoides
Fungal infeksiyonlar	Dermatitis herpetiformis
Paraziter hastalıklar	Büllöz pemfigoid
Liken simpleks kronikus	Akuajenik pruritus
Psoriasis	Post herpetik kaşıntı
Liken plan	Fantom kaşıntısı

Tablo II: Kaşıntının gözlenebildiği sistemik hastalıklar.

Endokrin	Hipertiroidizm Hipotiroidizm Karsinoid sendrom	Hiperparatiroidizm Diabetes mellitus Anoreksiya nervoza
Hematolojik	Demir eksikliği Polisitemia rubra vera Lenfomalar Lösemiler	Paraproteinemi Waldeström makroglobülinemisi Multiple myelom Mastositöz
Renal	Kronik renal yetmezlik	Kronik pankreatit
Karaciğer (Kolestaz)	Primer biliyer siroz Pankreatik karsinom Kronik hepatit	Gebelik kolestazı İlaca bağlı (Östrojen gibi)
Nörolojik	Postserebral infarkt Serebral tümör	Multiple skleroz Creutzfeldt-Jacob sendromu
Paraneoplastik	Visseral/Solid karsinomlar (Göğüs, akciğer, mide, kolon ve uterus gibi)	
Romatolojik	Sjögren sendromu	Dermatomyozit
Psikojenik	Depresyon Anksiyete	Obsesif kompulsif bozukluk Delüzyonel parazitoz
Diğer	Atipik angina	Yiyecekler /katkı maddeleri
İlaçlara bağlı	B vitaminleri Sistemik antifungaller ACE inhibitörleri Beta blokerler Oral kontraseptifler (Östrojen) Nitratlar Interferon	Interferon Klorokin Kinidin Allopürinol Rifampin Altın Opiatlar Isotretinoin Fenotiazin Bleomisin Tamoksifen 8-Metoksipsoralen

KSEROTİK DERİ ve KAŞINTI

Yaşlanan deride bir çok histolojik değişiklik meydana gelmekte, epidermal diskrazi ile birlikte Langerhans hücreleri ve melanosit sayısı azalmaktadır. Dermis elastikiyetini kaybetmekte, göreceli olarak asellüler, avasküler ve daha az yoğun olmaktadır.

Tablo III: Yaygın kaşıntısı olan bir hastada öyküde sorgulanması ya da aranması gerekenler.

Süresi	Günler?, haftalar?, aylar?
Karakteristik özelliği	Paroksizmal? aralıklı? sürekli? gece-gündüz? yanma? karıncalanma? batma?
Lokalizasyon	Yaygın? lokalize?
Artıran faktör	Su? sıcak? fiziksel temas? güneş ışığı? nem? egzersiz?
Atopi hikayesi	Atopik dermatit?
Seyahat anamnezi	Parazitik infeksiyonlar?
Cinsel alışkanlıklar	AIDS/HIV?
Temastaki kişilerde kaşıntı	Skabies?
Diğer	Sistemik hastalıklar? kullanılan ilaçlar? kuru deri? ileri yaş? kilo kaybı? beslenme bozukluğu? iktir? mental durum?

Sinirler, mikrosirkülasyon ve ter-yağ bezleri kademeli olarak azalmakta bu da termolegüstasyonda azalma, kuruluk, yanma ve kaşınma hissine neden olmaktadır (2).

Yaş arttıkça ciltte artan kuruluk yaklaşık %30-60 oranında yaşlıyı etkilemektedir (12,13). Aynı zamanda yaşlılarda uykusuzluğa ve yaşam kalitesinin önemli ölçüde düşmesine de sebep olabilmektedir (14).

Kuru cilt “kserozis” ya da “*asteatotik egzama*” olarak bilinmektedir ve genel olarak kaşıntılı, epidermal su kaybından dolayı da çatlak, fissür ve skuamaların olduğu bir tablodur. Sıklıkla bacakların ön yan yüzleri etkilenmekle birlikte yüz, eller, kollar ve

gövde de tutulabilir (15). Tablo bazen, bacaklarda “*egzama craquelé*” denilen üzerinde çatlak ve fissürlerin olduğu kırmızı plaklarla seyreden tabloya da ilerleyebilmektedir (16).

Kaşıntı, sekonder deri lezyonlarına sebep olabilir. Tedavi yapılmadığında başta infeksiyonlar olmak üzere bir takım komplikas-

**Tablo IV:** Yaygın kaşıntısı olan bir hastada yapılacak laboratuvar araştırmaları.

Tam kan sayımı (Eozinofil sayımı dahil)
Eritrosit sedimantasyon hızı
Demir, Demir bağlama kapasitesi, Ferritin
Üre, Kreatinin
Karaciğer biokimyası
Açlık kan şekeri, Hemoglobin A _{1c}
Tiroid fonksiyon testleri
Paratiroid fonksiyonları
Protein elektroforezi
İmmunglobülinler
ANA
Anti HIV
İdrarda 5-HIAA
Parazit araştırması
Akciğer grafisi
Ultrasonografi
Deri biyopsisi

Tablo V: Kserotik bir hastada başlıca kaşıntıyı artıran egzojen faktörler.

Yünlü giysiler	Sık yıkanma
Kuru ortamdaki nemli ortama hızlı geçiş	Alkali sorunlar
Sıcak su	Dezenfektanlar
Sıcak içecekler	Topikal ilaçlar
Sıcak ısı	Sistemik ilaçlar (Diüretikler, antiandrojenler gibi)
Aşırı soğuk	Akarlar
Alkollü içkiler	Küfler
Baharatlı yiyecekler	Hayvan tüyleri
Muz, kahve, çilek gibi yiyecekler	Deri enfeksiyonları

Tablo VI: Yaşlılarda sık gözlenen bazı sistemik hastalıklardaki kaşıntılarının tedavilerinde kullanılan başlıca ilaçlar.

Kolestaz	Üremi	Polisitemia rubra vera
Kolestiramin	UVB Fototerapi	Aspirin
Ursodiol asit	Aktif mangal kömürü	Pizotifen
Ondansetron	Kolestiramin	Paroksetin
Opioid antagonistleri	Ondansetron	Siprohepatadin
Rifampin	Talidomid	Simetidin
Talidomid	Topikal Kapsaisin	Interferon-a

yonlara yol açabilmektedir. Çeşitli allerjen ve patojenlerin deriye penetrasyonu arttığından allerjik ve iritan kontakt dermatit gelişme riski de yükselmiştir (14,15).

ARTIRICI FAKTÖRLER

Alta yatabilecek ve kserozise ikincil olarak yol açabilecek olan hipotiroidi, HIV/AIDS ve atopik dermatit gibi bazı hastalıklar da gözden kaçırılmamalıdır. Yine son dönem böbrek yetmezliğinde de kserozis ve kaşıntı oldukça sıktır (17). Radyasyon tedavisi, diüretikler, antiandrojenler, antikolinerjik etkili antidepressanlar ve çinko ve esansiyel yağ asitleri başta olmak üzere nutrisyonel defekler de kserozisi artırarak kaşıntıyı olumsuz etkileyebilirler (8). Depresyon veya anksiyete de kaşıntıyı artıran bir başka faktör olabilir (11). Hodgkin lenfoma gibi bazı malignitelerde ka-

şıntı yıllar öncesinden başlayan ön bir bulgu olabileceği gibi, demir eksikliği ile bağlantılı bir grup hasta takip edildiğinde 6 ay-6 yıl gibi bir sürede büyük bir oranda malignite geliştiği de tespit edilmiştir (18). Serebral atrofi ve multiple subklinik serebral infarklar da sistemik kaşıntıya yol açabilirler (3).

Yünlü giysiler, alkali sabunlar, sık banyo, sıcak banyo, topikal ilaçlar ve bazı yiyecek ve içecekler hastanın şikayetini artırabileceğinden bunlardan kaçınması sağlanmalıdır (Tablo V) (17,19).

TANI ve AYIRICI TANI

Kserozisde tanı klinik bulgularla konulmaktadır. Rutinde kullanılan özel bir laboratuvar testi de yoktur. İyi bir fizik muayene yapılmalı, dikkatli bir kişisel ve ailesel öykü alınmalı, diğer renal, hepatik, endokrin, nörolojik gibi sistemik sebepler tek tek araştırılmalı ve kullanılan tüm ilaçlar gözden geçirilmelidir. Hastalar malignite gelişimi açısından takip edilmelidir. Kaşıntı sonucu oluşan sekonder likenifikasyon ve ekzoriyasyon gibi lezyonlar da iyi anlaşılmalıdır (15,16,18).

Bir çok dermatolojik hastalığın kendine ait kolay tanı koydurucu klinik belirtileri vardır. Daha çok nikel, lateks, kozmetikler ya da topikal ilaçlara bağlı görülen allerjik kontakt dermatitler detaylı bir anamnezle kolay tanınabilir ya da tanı için patch test yapılabilir (16,20). Atopik dermatit erişkinlerde daha çok el, boyun ve yüzü tutan kronik bir hastalık olup sıklıkla likenifiye lezyonlarla karakterizedir (20). Psoriasis ekzansör yüzlere yerleşen eritemli skuamli plaklarla seyrederken, liken plan bileklerin iç yüzlerine yerleşen düz, poligonol, parlak lividi renkli papülleriyle ve pitriyazis roze madalyon belirtisi ile kolayca tanınabilir (21). Skabiesi gece kaşıntısı, tipik dağılımı ve aile ya da yakın çevrede de kaşıntıların olması ile ayırt etmek mümkün olsa da yaşlı hastalarda klinik önemli oranda değişiklik gösterebilir (22). Zona sonrası başta yüz bölgesi olmak üzere postherpetik nevraljiden farklı olarak lokalize postherpetik kaşıntı görülebilir (17,23). Amputasyon sonrası oluşan fantom kaşıntısı da klinisyenlerce çok iyi bilinmemektedir (17,24). Diyabette generalizeden çok anogenital bölge ve saçlı deri başta olmak üzere lokalize kaşıntı görülebilir (25,26). Sırt ortasına yerleşen ve hiperpigmente lezyona da yol açan notalji parestatika ve kolun brakioradyal ekzansör yüzlerine yerleşen brakioradyal pruritus ayrılabilirse bunların sebepleri araştırılmalıdır (11,17). Nörotik ekzoriyasyonlar, hastanın kolayca ulaşabileceği yüz ve kol gibi bölgelere yerleşen, genellikle birkaç milimetre çaplarında olan ve çoğu zaman üzerinde kurut bulunan ya da skar ve hipo/hiperpigmentasyon bırakan lezyonlarla karakterizedir (27). Yaşlılarda venöz yetmezliğe bağlı olarak alt ekstremitelerde kaşıntı ve staz dermatitleri oluşabilir (17). Akuajenik pruritusta herhangi bir sıcaklık-taki banyodan sonra, polisitemia verada ise sıcak banyo sonrası oluşan kaşıntı anamnezde yol gösterebilir (18,28). Gerek bunlar gerekse de diğer dermatolojik ve sistemik hastalıkların iyi ayrılması şüphesiz başarılı tedaviyi de beraberinde getirecektir.

TEDAVİ

Komplikasyonsuz kserotik kaşıntıda başarılı ve iyi bir tedavi aşağıda sıralandığı gibi üç aşamalı olmalıdır.



İlk aşamada çevresel şartlar uygun hale getirilmelidir. Ortam nemlendirilmeli ve nemlendirici tertibat kurulması önerilmelidir. Daha fazlası ciltte kuruluğu artırdığından ortam ısı 20 °C seviyelerinde tutulmaya çalışılmalıdır. Kış aylarında aşırı soğuk ve rüzgara maruz kalmaktan kaçınılmalıdır. Sert kumaş ve yünlü giysiler tercih edilmemeli daha çok pamuklu giyilmelidir (8).

İkinci aşamada nemlendiriciler ve ilaçlar yer almaktadır. Deneysel çalışmalar nemlendiricilerin hasarlı derinin normale dönmesini hızlandırdığını göstermektedir (29). Alkolsüz ve hipoallerjenik olmasına dikkat edilecek olan nemlendiriciler, günlük ve banyo sonrası topikal olarak uygulanmaktadır (16). Petrolatum, ucuz ve etkili bir nemlendiricidir (8). Ayrıca üre (%10), amonyum laktat (%12) ve laktik asit (%5) de bu hastalarda nemlendirici olarak başarıyla kullanılmaktadırlar (30-32). Bunlar şiddetli olgularda zaman zaman uygun poteste topikal kortikosteroidlerle kombine de edilebilirler (8). Bazen kontakt dermatit yapabilmelerinin dışında yüzde fazla kullanımları durumunda perioral veya rozasea benzeri dermatite yol açtıklarından kullanımlarında dikkatli olunmalı ve aşırıya kaçılmamalıdır (33).

Kaşıntı devam ediyorsa sedatif antihistaminikler, dihidroergotamin, trisiklik antidepresanlar, talidomid ve siklosporin A denebilir (3). Altta yatan sistemik bir hastalık varsa tedavisi ya da bu kaşıntıya özel tedaviler de verilmelidir. Yaşlılarda sık gözlenen ve tedavisi sorun oluşturan kolestaz, üremi ve polisitemia veradaki kaşıntıların tedavilerinde kullanılacak ajanlara ait örnekler Tablo VI'da verilmiştir (11,16,34).

Üçüncü aşamada yaşam tarzında uygun değişikliklere gidilmelidir. Tablo V'de verilen bilgiler doğrultusunda hasta yönlendirilmelidir. Parfümsüz ve iritatif olmayan uygun bir sabunla yapılan ılık banyo sonrasında nemlendiriciler ıslakken vücuda uygulanmalıdır. Yaşlı hastalara kayıp düşme riskinden dolayı banyo yağları önerilmemelidir. Sert temizleyiciler kullanmaktan ve alkolle ovalamadan da kaçınılmalıdır. Bir kontrendikasyon yoksa günde en az 8 bardak su tüketmeleri önerilmelidir. Fiziksel aktiviteler kontrol altına alınmalı, psikolojik durum düzeltilmeli ve relaksasyon tedavilerine de yönlendirilmelidirler (8,11).

Yaşlı nüfus attıkça bunların sorunlarını anlama ve tedavisine eğilim de paralel olarak artmaktadır. Bu popülasyonda deri problemlerine de sık rastlanmakta, bahsedildiği gibi de bunların başında kserozis ve kaşıntı gelmektedir (7,35). Üstelik hastaların toleransına göre şikayet oranı değiştiğinden de gerçek sıklığı bilinmemektedir (11). Şiddeti ne olursa olsun kaşınan her yaşlı hasta özenle ele alınmalı ve tedavisi yakın takip edilmelidir. Şüphesiz bu, altta yatabilecek diğer sebepleri erken tanıma ve yakalama olanağını da verecektir. Başarılı bir tedavinin sonunda hastaların yaşam kalitesinin de yükseleceği bilinmelidir..

KAYNAKLAR

- Norman RA, Henderson JN. Aging: an overview. *Dermatol Ther* 2003; 16: 181-185.
- Norman RA. Geriatric dermatology *Dermatol Ther* 2003; 16: 260-268.
- Lonsdale-Eccles A, Carmichael AJ. Treatment of pruritus associated with systemic disorders in the elderly. *Drugs Aging* 2003; 20: 197-208.
- Rubenstein R. Pruritus: a new look at an old problem. *J Pham Pract* 1987; 24: 625-629.
- Krajnik M, Zyllicz Z. Understanding pruritus in systemic disease. *J Pain Symptom Manage* 2001; 21: 151-68.
- Beauregard S, Gilchrist BA. A survey skin problems and skin care regimens in the elderly. *Arch Dermatol* 1987; 123: 1638-1643.
- Şaşmaz S, Çelik M, Ekerbiçer HÇ, Çetinkaya A. Yaşlılarda deri hastalıkları. *Geriatry* 2003; 6: 51-54.
- Davis G, Luggen A. Geriatric nurse practitioner care guidelines: pruritus and xerosis in the elderly person. *Geriatr Nurse* 2003; 24: 247-248.
- Zirwas MJ, Seraly MP: Pruritus of unknown origin: A retrospective study. *J Am Acad Dermatol* 2001; 45: 892-896.
- Twycross R, Greaves MW, Handwerker H, Jones EA, Libretto SE, et al. Itch: scratching more than the surface. *Q J Med* 2003; 96: 7-26.
- Weisshaar E, Kucenic MJ, Fleischer AB Jr. Pruritus: A review. *Acta Derm Venereol* 2003; 213 Suppl: 5-32.
- Thaipisuttikul Y. Pruritic skin diseases in the elderly. *J Dermatol* 1998; 25: 153-157.
- Beauregard S, Gilchrist BA. A survey skin problems and skin care regimens in the elderly. *Arch Dermatol* 1987; 123: 1638-1643.
- Norman RA. Causes and management of xerosis and pruritus in the elderly. *Ann Long-Term Care* 2001; 9: 35-40.
- Norman RA. Xerosis and pruritus in the elderly: recognition and management. *Dermatol Ther* 2003; 16: 254-259.
- Moses S. Pruritus. *Am Fam Physician* 2003; 68: 1135-1142.
- Yosipovitch G. Pruritus: An update. *Curr Probl Dermatol* 2003; 15: 135-164.
- Denman ST. A review of pruritus. *J Am Acad Dermatol* 1986; 14: 375-392.
- Yosipovitch G, David M. The diagnostic and therapeutic approach to idiopathic generalized pruritus. *Int J Dermatol* 1999; 38: 881-887.
- Nedorost ST, Stevens SR. Diagnosis and treatment of allergic skin disorders in the elderly. *Drugs Aging* 2001; 18: 827-835.
- Norman RA, Blanco PM. Papulosquamous diseases in the elderly. *Dermatol Ther* 2003; 16: 231-242.
- Tan HH, Goh CL. Parasitic skin infections in the elderly: recognition and drug treatment. *Drugs Aging* 2001; 18: 165-176.
- Sugeng MW, Yosipovitch G, Leok GC. Postherpetic neuralgia and the dermatologist. *Int J Dermatol* 2001; 40: 6-11.
- Nail L, Jones LS, Guiffre M, Jognson JE. Sensations after mastectomy. *Am J Nurs* 1984; 84: 1121-4.
- Ersoy L, Balaban D. Diabetes mellitus ve deri. Yenigün M, Altuntaş Y. (ed) Her Yönlüyle Diabetes Mellitus'ta. 2. baskı, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2001; pp:595-614.
- Aktaş E. Pruritusta etyoloji ve tedavi. Gürbey E. (ed) XIII. Prof. Dr. A. Lütfü Tat Simpozyumu Ana Konular'da. Nuruol Matbaacılık, Ankara, 1997; pp:226-233.
- Arnold LM, Starck LO, McElroy SL. Treatment of psychogenic excoriation in the elderly patient. *Clin Geriatr* 2002; 10: 36-46.
- Santoso I, Santoso-Pham JC. Aquagenic pruritus: Two cases that resolved with histamine₁ and histamine₂ antagonist. *Hospital Physician* 1999; 4: 67-68.
- Lodén M. Role of topical emollients and moisturizers in the treatment of dry skin barrier disorders. *Am J Clin Dermatol* 2003; 4: 771-788.
- Swanbeck G. Urea in the treatment of dry skin. *Acta Derm Venereol (Stockh)* 1992; 177 Suppl: 7-8.
- Siskin SB, Quinlan PJ, Finkelstein MS, Marlucci M, Maglietta TG, Gibson JR. The effect of ammonium lactate 12% lotion versus no therapy in the treatment of dry skin of the heels. *Int J Dermatol* 1983; 32: 905-907.
- Wehr RF, Kantor I, Jones EL, McPhee ME, Krochmal L. A control-



- led comparative efficacy study of 5% ammonium lactate lotion versus an emollient control lotion in the treatment of moderate xerosis. *J Am Acad Dermatol* 1991; 25: 849-851.
33. Fenske NA, Grayson LD, Newcomer VD. Common problems of aging skin. *Aging Skin* 1989; 23: 225-228.
34. Etter L, Myers SA. Pruritus in systemic disease: mechanisms and management. *Dermatol Clin* 2002; 20: 459-72.
35. Baykal Y, Karaduman A, Bükülmez G. Yaşlı hastalarda deri sorunları. *Geriatrici* 1999; 2: 156-159.

