

Sedef Romatizması VE TEDAVİSİ



içindekiler

Sedef Romatizması Nedir?	2
Sedef Romatizması Sık Görülen Bir Hastalık mıdır?	2
Sedef Romatizması Kimlerde Görülür?	2
Sedef Romatizması Kalıtsal Bir Hastalık mıdır?	2
Sedef Deri Döküntüsü ile Eklem Bulguları Arasında Nasıl Bir İlişki Vardır?	3
Sedef Romatizmasının Belirti ve Bulguları Nelerdir?	4
Sedef Romatizmasının Etkilediği Diğer Bölgeler Hangileridir?	6
Sedef Romatizması Omurga ve Eklemler Dışında Başka Sistemleri de Etkiler mi?	7
Sedef Romatizması Olan Bir Kadın Gebe Kalabilir mi?	7
Sedef Romatizması Tanısı Nasıl Konulur?	8
Sedef Romatizmasının Tedavisi Nasıl Yapılmalıdır?	10
Sedef Romatizmasının Seyri Nasıldır?	11

Sedef Romatizması ve Tedavisi

■ Sedef Romatizması Nedir?

Sedef romatizması (psoriyatik artrit), çoğunlukla sedef hastalığı olanlarda ortaya çıkan, el, ayak, diz, dirsek, omuz gibi çevresel eklemleri, omurgayı ve omurga ile leğen kemiği arasındaki eklemleri etkileyebilen inflamatuvar (iltihaplı) bir romatizma türüdür.

Deride pullanma gösteren beyaz renkli sedef lezyonları genellikle romatizmadan önce ortaya çıkar. Bu lezyonlar el ve ayaklarda, gövdede olabileceği gibi saçlı deride, genital (cinsel) bölgede ve tırnaklarda da gelişebilir.

■ Sedef Romatizması Sık Görülen Bir Hastalık mıdır?

Sedef deri lezyonları, toplumda en sık görülen kronik (uzun süreli/müzmin) deri hastalıklarından birisidir. Sedef hastalığı genel olarak, toplumdaki yüz kişiden ikisinde görülmektedir. Sedef artrit ise, sedefi olan hastaların yaklaşık olarak beşte birinde ortaya çıkmaktadır. Sedef artrit diğer iltihaplı romatizmalardan, örneğin romatoid artrit ve ankilozan spondilitten çok daha az sıklıkta karşımıza çıkmaktadır.

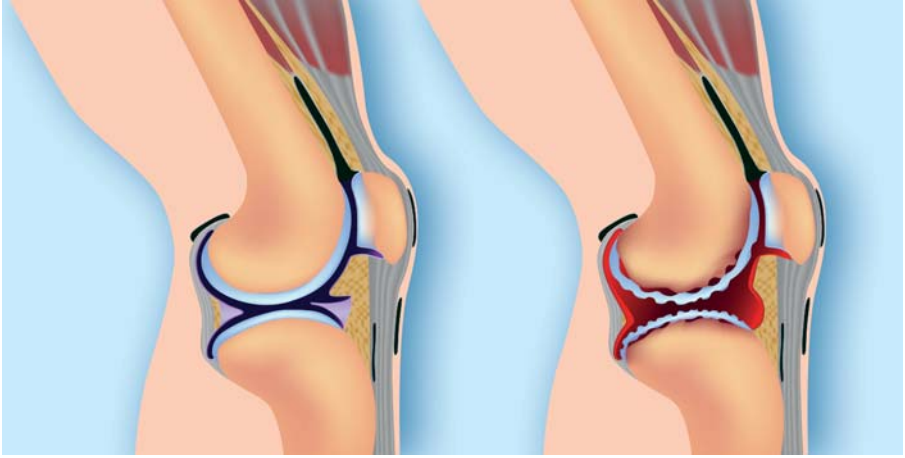
■ Sedef Romatizması Kimlerde Görülür?

Sedef romatizması genel olarak 30-40 yaşlarında başlar. Cinsiyet ayrımı göstermez; erkek ve kadınlarda benzer oranlarda görülür. 65 yaşından sonra hastalığın başlaması çok sık değildir. Sedef romatizması çocukluk yaşlarında da başlayabilir.

■ Sedef Romatizması Kalıtsal Bir Hastalık mıdır?

Yetişkin bireylerin en çok merak ettikleri konulardan birisi, hastalıklarının çocuklarında hangi sıklıkta ve nasıl görüleceğidir. Sedef romatizması

olan kişilerin çocuklarında ileride sedef romatizması olma olasılığı, normal nüfusa göre 30-55 kat artmıştır. Yani, normal toplumda, bir bireydeki sedef artriti gelişimi %0,1 iken, sedef romatizması olan bir hastanın birinci derece yakınlarında bu oran %3-5,5 arasındadır.



■ Sedef Deri Döküntüsü ile Eklem Bulguları Arasında Nasıl Bir İlişki Vardır?

Sedef romatizmalı hastaların %67'sinde deri lezyonları eklem şikayetlerinden daha önce ortaya çıkmaktadır. Hastaların %16'sında eklem ve deri bulguları aynı yıl içerisinde görülürken, kalanlarında deri lezyonları eklem bulgularının üzerinden 1 yıldan fazla zaman geçtikten sonra ortaya çıkar. Sedef tip 1 ve 2 olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Tip 1 sedefte, deri bulguları 40 yaşından önce başlar; deri ve eklem bulguları arasında ortalama 9-10 yıl vardır. Tip 2 sedefte ise; deri bulguları 40 yaşından sonra başlar ve deri ile eklem bulguları arasındaki süre oldukça kısadır.

■ Sedef Romatizmasının Belirti ve Bulguları Nelerdir?

Sedef romatizması iki şekilde kendini gösterebilir:

Çevresel Eklemlerin Etkilenmesi

Sedef romatizmasında en sık etkilenen eklemler; el ve ayak eklemleri, el ve ayak bilekleri ve diz eklemleridir. Sedef romatizması ile ilgili ilk önemli incelemelere imza atan Moll ve Wright isimli araştırmacılar tarafından 5 farklı eklem tutulum şekli tanımlanmıştır:

- El eklemlerinin en uçtaki boğumları olan distal interfalangeal eklemlerin asıl olarak tutulduğu artrit,
- Romatoid artrit ile ayırt edilmesi güç olan ve el eklemlerinin, el bileğinin ve ayak eklemleri, diz, dirsek ve omuzların simetrik olarak etkilendiği tip,
- İki-dört sayıda eklem tutulduğu simetrik olmayan artrit,
- El ve ayak eklemlerinde kalıcı hasara ve sonuçta sakatlığa neden olan “arthritis mutilans” olarak isimlendirilen tip,
- Asıl olarak omurganın etkilendiği spondilolitik olarak adlandırılan tip.

Hastalığın başlangıcında ve izlem sırasında etkilenen eklem sayısı değişim gösterebilir; genellikle hastalığın ilk döneminde birkaç eklem tutulduğu eklem romatizması tipi görülürken ilerleyen dönemlerde daha fazla eklem tutulduğu bir şekilde doğru değişim gözlenir. Birkaç tip bir arada da ortaya çıkabilmektedir.



Omurga ve Sakroiliyak Eklemlerin Etkilenmesi

Sedef romatizmasında omurganın tutulması ankilozan spondilite benzemekle birlikte bazı farklılıkları da bulunmaktadır. Omurga tutulumu, sedef romatizması olan hastaların ilk değerlendirmesinde hastaların yaklaşık olarak dörtte birinde bulunmaktadır.

Başlangıçta omurga tutulumu olmayan hastaların 10 yıllık izlemlerinde ise; hastaların %15'inde yeni omurga tutulumu ortaya çıkmaktadır. Özellikle çevresel artriti olan ve HLA-B27 genetik testi pozitif olan bireylerde omurga tutulumu daha sık görülmektedir. Bu tipteki sedef romatizması, omurgada ve sakroiliyak eklemlerde süregelen inflamasyona ve sonuçta ağrı ve tutukluğa neden olur. Bu hastaların çoğunda ilk başvuru yakınması iltihaplı (inflamatuvar) tipte bel ağrısıdır.

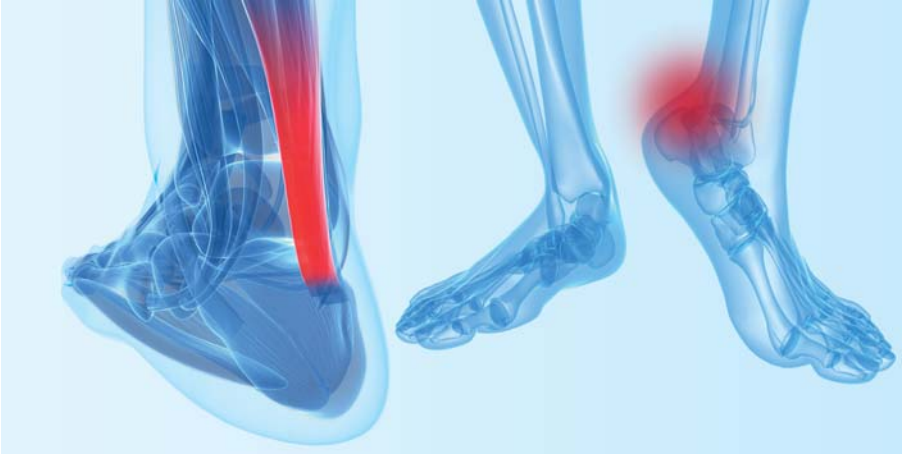
Bu tip bel ağrısının en önemli özellikleri;

- Kırk yaştan önce başlaması,
- Sinsi başlangıç göstermesi,
- Üç ay veya daha uzun sürmesi,
- Dinlenmeyle (özellikle gecenin 2. yarısında veya sabaha karşı) ortaya çıkması; hareketle azalması,
- Yarım saatten daha uzun süren sabah tutukluğunun/katılığıının olması,
- Nonsteroid anti-inflamatuvar ilaçlara (NSAİİ; kortizon olmayan anti-inflamatuvar ilaçlar) çok iyi yanıt vermesidir.

Bu hastalar özellikle belin aşağı kısımlarında ve kalçaların arka kısmında ortaya çıkan ağrılardan yakınır. Ağrı, daha sonraları sırt ve boyun bölgelerinde ve göğüs kafesinde de ortaya çıkabilir. Sedef artriti olan hastaların boyun bölgelerinde önemli derecede değişiklikler olmaktadır. Bu hastaların %40'ında boyunda ağrı ve tutukluk, %25'inde boyun hareketlerinde kısıtlılık ve %70'inde radyolojik değişiklikler saptanmıştır. Bu bulgular eşliğinde bel ve omurga ağrısı ile birlikte boyun ağrısını da sedefin omurga tutulumunda özel bir yere koymak gerekmektedir.

■ Sedef Romatizmasının Etkilediği Diğer Bölgeler Hangileridir?

Sedef romatizmasında sıklıkla kasların ve bağların kemiğe yapıştığı bölgelerde ağrı ve şişlik (entezit) ortaya çıkabilir. Özellikle sabahları ilk kalkışta ortaya çıkan topuk ağrısı, entezit sonucunda gelişebilen önemli bir yakınmadır. Entezit diz çevresinde veya vücudun diğer bölgelerinde de ağrı ve şişliğe yol açabilir. Entezit, hastalığın başlangıcında hastaların %15'inde, takip süresinde ise %35'inde ortaya çıkmaktadır.



Sedef romatizmasında oluşabilecek bulgulardan birisi de, sosis parmağıdır (daktilit). Özellikle ayakta 2 ve 3. parmaklarda ve elde 2-4. parmaklarda ortaya çıkar. Parmağın tamamında şişlik olarak izlenir. Eklem yanında çevre dokuların da sürece katılması nedeniyle görülür. Hastaların başlangıçta üçte birinde, izlemde ise yarısında ortaya çıkmaktadır.

Sedef hastalığı, deri bulgularının yanı sıra tırnakta da kendisine özgü değişikliklere neden olmaktadır. Bunlar; tırnağın üzerinde toplu iğne batmış gibi çökmeler olarak tanımlanan “yüksük tırnak”, tırnağın katmanlara ayrılması veya sararmasıdır. Tırnak lezyonları, hastalar için kozmetik bir sorun oluşturabilir. Ayrıca tırnak tutulumu olan hastalarda, özellikle tırnağa komşu uç eklemlerde daha sık olmak üzere sedef romatizması daha sık olarak gelişebilir.

■ Sedef Romatizması Omurga ve Eklemler Dışında Başka Sistemleri de Etkiler mi?

İltihaplı romatizmal hastalıklar sürecinde gelişen kalp damar hastalıkları özellikle son 10 yıl içerisinde daha iyi anlaşılmaya başlanmıştır. Süregiden iltihap, uzun zamanda kalp damar rahatsızlıklarına neden olabilir. Bu hastalıklar, kalp krizi, inme ve çevresel damar hastalıklarına yakalanma sıklığını arttırabilir. Sedef hastalarında, dislipidemi (koruyucu kolesterolün azalması, trigliseridin yükselmesi), hipertansiyon, şeker hastalığı, obezite ve ürik asit yüksekliği de normal populusyona göre daha sık görülmektedir. Kalp damar hastalıkları açısından önemli risk faktörleri olan bu değişiklikler de sedef hastalarında kalp-damar hastalığına yakalanma riskini arttırmaktadır.



■ Sedef Romatizması Olan Bir Kadın Gebe Kalabilir mi?

Sedef romatizması olan kadınlarda doğurganlık ile ilgili problem olmadığı düşünülmektedir. Gebelik planlamadan önce, son 6 ay içerisinde hastalık bulgularının aktif olmaması tercih edilir. Tedavide metotreksat kullanılıyorsa, gebelik planlamadan en az 3 ay önce ilaç kesilmelidir. Leflunomid kullanan hastaların ise ilaç arındırma programına alınması şarttır. Gebelik sırasında genel olarak hastalık aktivitesinde bir azalma ortaya çıkmaktadır.

Gebelik döneminde kesin olarak güvenilir bir ilaç yoktur. Doktorunuz gerekli gördüğünde, anne karnındaki bebeğe zarar verme riski en düşük olan ilaçlar (kortizon, siklosporin, sulfasalazin ve biyolojik ajanlar)

kullanılabilir. Emzirme döneminde, sedef romatizmalı hastaların %70'inde hastalık bulgularında alevlenme olabilmektedir. Doktorunuz bu dönemde de, sizin ve bebeğinizin durumuna göre tedaviyi düzenleyecektir.

■ Sedef Romatizması Tanısı Nasıl Konulur?

Çoğu hastalıkta olduğu gibi sedef artritinde de, tanı koymada en önemli ipuçları hastalığın öyküsünden elde edilir. Sedef romatizması tanısı, genellikle romatoloji uzmanları tarafından gerçekleştirilmektedir. Romatoloji uzmanları, kas-iskelet sistemi hastalıkları, özellikle de inflamatuvar (iltihaplı) romatizmalar konusunda uzmanlaşmış hekimlerdir. Dermatoloji (cildiye) uzmanları da, eşlik eden sedef hastalığının tanısını koyarak sedef romatizması tanısında önemli bir rol üstlenmektedir.



Öykü

Sedef aritri olan bir hastanın öyküsünde dikkat edilecek bazı noktalar vardır: Eklem yakınmaları açısından değerlendirildiğinde, el parmakları, el bileği, dirsek, omuz, ayak parmakları, ayak bileği, diz ve kalça ekleminde artrit bulguları olabilir. Artrit, eklem iltihaplanmasıdır. Hasta etkilenen eklem bölgesinde ağrının yanı sıra, eklem bölgesinde şişlik, bazen ısı artışı, daha az sıklıkla kızarıklıktan yakınıır. İlerleyen olgularda etkilenen eklem bölgesinde fonksiyon kaybı gelişebilmektedir. Sedef artritinde yukarıda bahsedilen eklem bölgelerinin herhangi birisi veya bir kısmı hastalıktan etkilenebilir. Genelde hastalık başlangıcında bir

veya birkaç eklemde artrit bulguları varken, hastalığın ilerleyen dönemlerinde daha çok eklem için içerisine katılır. İnflamatuvar (iltihaplı) tipte bel ağrısı ve boyun ağrısı da mutlaka sorgulanmalıdır. Bu tip omurga ağrılarının en önemli özellikleri; genç yaşlarda, sinsi bir şekilde başlaması, dinlenmeyle değil hareketle düzelmesi, sabahları uzun süren tutukluğa neden olması ve gecenin ilerleyen saatlerinde veya sabahları şiddetlenmesidir. Ağrı ve tutukluk, NSAİİ'ya çok iyi yanıt verir. Topuk bölgesinde ağrı ve şişlik olması ve sabah yataktan kalkınca topuk üzerine basmakta zorlanma (entezite), el ve ayak parmaklarının sosis gibi şişmesi (daktilit), tırnaklardaki sararma, kırılmalar ve en önemlisi deride görülen sedef lezyonları tanıya yardımcı bulgulardır. Hastaların üçte ikisinde eklem bulgularından yıllarca önce başlayan sedef döküntüleri vardır. Birçok hasta bu lezyonlara alıştığı ve eklem bulgularıyla deri bulguları arasındaki ilişkiyi bilmediği için, doktoru sormadığı sürece sedef hastası olduğunu söylemez. Hastaların yaklaşık %15'inde ilk önce eklem bulguları ortaya çıkar, devam eden süreçte deri bulguları gelişir. Bu nedenle bazen doktorlar, sedef döküntüsü görmemesine rağmen hastaya sedef romatizması tanısı koyabilirler.

Sizin kişisel öykünüzün yanı sıra kan bağı olan akrabalarınızda da bu tip yakınmaların olması tanınızın konmasına yardımcı olur.

Fizik Muayene

Sizi muayene eden doktor omurganız, kalçaların arka kısmı, göğüs duvarı ve eklemlerinizde basmakla ve hareketle ağrı ve hareketlerinizde kısıtlılık olup olmadığını kontrol edecektir. Doktorunuz akciğerlerinizi, kalbinizi, karnınızı ve diğer vücut bölgelerini de muayene etmek isteyebilir. Hareketlerinizde kısıtlılık olup olmadığını öğrenmek ve daha sonra hastalığın izleminde yararlanmak üzere bazı ölçümler yapabilir. Hastalık aktivitesini değerlendirmek için önceden hazırlanmış anket sorularını yanıtlamanızı isteyebilir.

Radyolojik İncelemeler

Tanı koyma sürecinde direkt grafiler ve gerekirse manyetik rezonans (MR) görüntülemelerinden yararlanılmaktadır. El ve ayak grafilerinde

sedef romatizmasına ölgü olan ve olmayan birçok lezyon saptanabilmektedir. Direk pelvis (kalça) grafilerinde, sakroiliyak eklemlerde görülen kemik değışikliklerinin (sakroiliit) varlığı, klinik bulgular eşliğinde omurga tutulumlu sedef romatizması tanısı koydurur. Ancak hastalığın ilk dönemlerinde bazı hastalarda direk grafilerde hiçbir bulgu saptanmayabilir. İşte böyle bir durumda, doktorunuz sizden sakroiliyak bölgenin MR incelemesini isteyebilir. MR, inflamatuvar bel ağrısı olan kişilerin önemli bir bölümünde aktif iltihabı göstererek erken tanı konmasını sağlar.

Laboratuvar İncelemeleri

Sedef romatizmasına ölgün bir laboratuvar incelemesi bulunmamaktadır. Kanda bakılan eritrosit sedimentasyon hızı (kısaca sedim) veya CRP testlerindeki yükselme, romatizmanın inflamatuvar (iltihaplı) romatizma olduğu yönünde bir gösterge olabilir. Ancak hastalıkları aktif dönemde olan hastalarda dahi bu testler normal bulunabilir. Ayrıca sedim veya CRP'si yüksek bulunan her hastada bunların nedeni iltihaplı romatizma olmayabilir. Çeşitli infeksiyonlarda (örneğin diş absesi, sinüzit vb.) veya başka nedenlerle ortaya çıkan inflamasyonlarda da bu değerler yüksek olmaktadır. Tam kan sayımı sonuçları anemiye (kansızlık) gösterebilir. İltihaplı romatizmal hastalıkların seyrinde uzun süreli iltihap ve/veya kullanılan ilaçların etkisiyle kansızlık ortaya çıkabilir. Romatoid artrit tanısında yardımcı olan romatoid faktör testi, sedef romatizmasında genelde negatiftir.

Sonuç olarak; sedef romatizması tanısının konulması her zaman çok kolay olmayabilmektedir. Tanı koyma sürecinin romatoloji uzmanlarınca yapılması gerekmektedir. Bu gereklilik sedef romatizması ile karışabilecek diğer iltihaplı romatizmal hastalıkların belirlenmesi ve ayırt edilmesi için de şarttır.

■ Sedef Romatizmasının Tedavisi Nasıl Yapılmalıdır?

Sedef hastalığında ortaya çıkan deri bulgularının tedavisi dermatoloji (cildiye) uzmanları tarafından yapılmakta; bu amaçla daha çok deriye uygulanan ilaçlar ve PUVA kullanılmaktadır.

Sedef romatizması ise romatologlar tarafından tedavi edilir. Tedavide çeşitli ilaçlar kullanılır. Romatizmal inflamasyonu ortadan kaldırmak için bazen birden fazla ilacın birarada kullanılması gerekebilir. Tedavide öncelik, hastalığı baskılamada etkili olan ve yan etkileri az olan ilaçlara verilir. Eklemlerdeki ağrı ve şişliği, omurgadaki ağrı ve tutukluğu gideren ve şekil bozukluklarının ortaya çıkmasını engelleyen ilaçlar aynı zamanda sedef bulgularını da düzeltir.

Sedef romatizmasında kullanılan ilaçlar aşağıda sıralanmıştır. Doktorunuz durumunuza göre kullanacağınız tedavi seçeneklerini belirleyip sizin de görüşlerinizi alarak tedavinize başlayacaktır:



Non Steroid (Kortizon Olmayan) Anti-inflamatuvar İlaçlar (NSAİİ)

İndometazin, diklofenak, naproksen, etodolak, meloksikam vb NSAİİ sedef romatizmasında ortaya çıkan artrit, entezit ve daktilite bağlı ağrı, şişlik, kızarıklık ve sabah tutukluğunu gidermede etkili olurlar. Aynı zamanda omurga ve kalçaların arka kısımlarında ortaya çıkan ağrı ve tutukluğu düzeltmede de çok etkilidirler. Ancak bu etkilerinin ortaya çıkabilmesi için tolere edilebilen yüksek dozlarda kullanılmaları gerekir.

Bu tür ilaçlar birbirlerine benzemekle birlikte, ilaçlara verilen yanıtta kişisel farklılıklar gözlenebilir. Örneğin, bir hasta A ilacına iyi yanıt verirken, bir başka hastada A ilacı etkili olmaz, B ilacına karşı iyi yanıt ortaya çıkabilir. Bu nedenle, bu ilaçlara karşı yanıtızlık olduğunu düşünmeden önce, en az 2 veya 3 farklı ilacın, en az 3-7 gün süreyle

ve anti-inflamatuvar dozda (yüksek dozda) kullanılmış olması gerekmektedir. Önemli bir başka konu da, yakınmalar devam ettiği sürece bu ilaçları kullanma gerekliliğidir. Bu süre hastalığın durumuna göre farklılıklar gösterebilmektedir. Yakınmaların olmadığı dönemde tedaviye ara verilip, ağrı ve tutukluk gibi hastalık belirtileri tekrarladığında yeniden ilaca başlamak gerekir. NSAİİ kullanırken nadir de olsa, deri belirtilerinde artış gözlenebilir. Bu durumda başka bir NSAİ ilaca geçmek gerekir.

NSAİİ, özellikle mide-bağırsak sisteminde yan etkilere neden olabilirler; bu nedenle dikkatli kullanılmalıdır. Mide ve on iki parmak bağırsağında ülser veya kanama öyküsü olanlarda, 65 yaş ve üzerinde, birlikte kortizon veya pıhtılaşmayı önleyici ilaçlar (kumadin) kullanılıyorsa veya kronik bronşit, koroner arter hastalığı gibi hastalıkları olanlarda NSAİİ kullanırken tedaviye mide koruyucu ilaçlar eklenir.

Kortizon

Deri lezyonları için lokal olarak uygulanan kortizonlu kremler ve merhemler vardır. Sedef romatizmasında ise, NSAİİ ile eklemlerdeki ağrı ve şişlik giderilemediğinde düşük dozlarda kortizon tabletleri kullanılabilir. Yan etkilerden dolayı kortizon haplarının mümkün olan en düşük dozda ve kısa süreli kullanımı önerilir.

Hastalık Düzenleyici (2. Grup veya Temel Etkili) İlaçlar: Metotreksat, Leflunomid, Sulfasalazin, Siklosporin, Hidroksiklorokin

Bu grup ilaçlar hastalık belirti ve bulgularını düzeltmekle kalmaz, aynı zamanda hastalığın ilerlemesini ve eklemlerde hasar oluşumunu azaltarak şekil bozukluğu gelişim riskini düşürürler. İçlerinde en sık kullanılanı metotreksattır. Metotreksatın 2.5 mg'lık tabletleri vardır (metotreksat®, emtexate®, trexane®). Haftanın bir günü, genelde 4-8 tablet olacak şekilde verilir. Beraberinde ortaya çıkabilecek yan etkileri azaltmak amacıyla folik asit desteği (folbiol 5 mg) verilmektedir. Bulantı, kusma, halsizlik, ağız içerisinde yara, sersemlik hissi gibi yan etkiler, özellikle ilk kullanım döneminde görülebilmektedir. Bazı hastalarda bu durumda derialtı uygulanan metotreksata (metoject®, metoart®)

geçmek gerekebilir. Metotreksat kullanılırken 6-8 haftada bir karaciğer testleri ve lökosit sayısına bakılması önerilmektedir. Özellikle enfeksiyon durumunda mutlaka doktorunuzla konuşmanız uygun olur.



Sulfasalazin, sık olarak kullanılan diğer bir hastalık düzenleyici ilaçtır. Sulfasalazinin 500 mg'lık tabletleri vardır (salazopyrin®). Günde 3-6 tablet arasında kullanılmaktadır. Mide bağırsak şikayetlerine neden olabilmektedir. Yan etkilerin takibi açısından karaciğer testleri ve tam kan sayımlarının belirli aralıklarla yapılmasında fayda vardır. Sulfasalazin kullanan hastalarda, çok nadir olarak ateş, şiddetli boğaz iltihabı ve deri döküntüsünün eşlik ettiği bir aşırı duyarlılık reaksiyonu görülebilir. Bu durumda ilaç hemen kesilerek tam kan sayımı yapılmalıdır.

Leflunomid, 10 ve 20 mg'lık tabletleri olan bir ilaçtır (arava®, ralef®). Günde 1 tablet kullanılmaktadır, yan etkileri metotreksata benzerdir. İshal ve hipertansiyon biraz daha sık görülmektedir.

Siklosporin sedef artritinde kullanılabilecek bir diğer tedavi seçeneğidir. Siklosporinin 100 mg'lık tabletleri vardır (sandimmun neoral®), kişinin kilosuna göre doz ayarlanır. Kılanmada artış ve hipertansiyon gibi yan etkilere neden olabilir. Özellikle böbrekleriyle ilgili problemleri olanlarda dikkatle kullanılmalıdır.

Hidroksiklorokin (plaquenil®) sedef romatizmasında bazı romatoloji uzmanları tarafından kullanılabilen bir ilaçtır. Deride, özellikle güneşe maruz kalan alanlarda bazı renk değişikliklerine neden olabildiği için sedef rahatsızlığı olan hastalarda çok tercih edilmeyebilir.

Biyolojik İlaçlar (TNF Blokörleri: İnfliximab, Adalimumab, Etanercept, Golimumab)

Günümüzde sedef romatizmasının tedavisinde kullanılan en etkin ilaçlar olarak kabul edilmektedir. Ancak başta tüberküloz olmak üzere enfeksiyon riskindeki olası artışlar nedeniyle, diğer ilaçlarla kontrol altına alınamamış hastalığı olanlarda tercih edilmektedirler. Bu grup ilaçlar arasında İnfliximab (remicade®), adalimumab (humira®), etanercept (ENBREL®) ve golimumab (simponi®) bulunmaktadır. İnfliximab damar yolundan serumla (infüzyon) verilmektedir, diğerleri deri altına hastanın kendisi veya sağlık personeli tarafından uygulanabilir.

Sonuçta hastanın tercihinine, hastanın ve hastalığın durumuna göre tedavi seçimi yapılır. Ancak akılda tutulması gereken en önemli nokta şudur: Bu ilaç tedavileri doktor önerisi olmadan kesilmemelidir, aksatılmamalıdır. Yan etkiler açısından düzenli izlem yapılması gerekir. Hasta ve doktor arasındaki uyum, hastalığın kontrolünde en önemli aşamadır.



■ Sedef Romatizmasının Seyri Nasıldır?

Sedef romatizması, tedavisiz kalmış bazı hastalarda sakatlık oluşturacak kadar ilerleyici bir hastalık olarak seyredebilir. Sedef romatizmalı hastalarda, esas olarak kalp-damar rahatsızlıklarındaki artıştan dolayı yaşam sürelerinin bir miktar azaldığı görülmektedir. Bu nedenle sedef hastalığı olan bireylerin kalp-damar hastalıkları ile ilgili takiplerini düzenli şekilde yaptırmaları ve eğer kullanıyorlarsa sigarayı bırakmaları önerilmektedir.

Bu broşürde bulunan tasarım ve düzenlemeler dahil yazılı ve görsel eserlerden oluşan tüm içeriğin fikri mülkiyet hakları, Fikir ve Sanat Eserleri Kanunu ve diğer tüm yasal düzenlemelerin koruması altında Türkiye Romatoloji Derneğine aittir. Dernekten izin alınmaksızın ticari ve/veya ticari olmayan alenen alıntı, değişiklik, çoğaltma, kamusal alanda kullanma dahil herhangi bir tasarrufta bulunulamaz.

PSA

Sedef Romatizması Nedir?

Sedef romatizması (psoriyatik artrit), çoğunlukla sedef hastalığı olanlarda ortaya çıkan, el, ayak, diz, dirsek, omuz gibi çevresel eklemleri, omurgayı ve omurga ile leğen kemiği arasındaki eklemleri etkileyebilen inflamatuvar (iltihaplı) bir romatizma türüdür.

Deride pullanma gösteren beyaz renkli sedef lezyonları genellikle romatizmadan önce ortaya çıkar. Bu lezyonlar el ve ayaklarda, gövdede olabileceği gibi saçlı deride, genital (cinsel) bölgede ve tırnaklarda da gelişebilir.