

## Bölüm 5

# ÇOCUKLARDA PSÖRİYAZİS VE TEDAVİ YÖNETİMİ

Emine Tuğba ALATAŞ<sup>1</sup>  
Gülbahar Ceylan SARAÇ<sup>2</sup>

### GİRİŞ

Psöriyazis popülasyonun % 2.5-3'ünü etkileyen kronik, enflamatuvar bir deri hastalığıdır. Çocukluk ve adolesan dönemdeki görülme sıklığı ise %0,5-2'dir. Tüm psöriyazis olgularının yaklaşık %30'u 20 yaş altında başlar. 7-11 yaş arası görülme sıklığı belirgin olarak artmıştır. Ancak pediatrik dönemde başlayan bu olguların bir kısmının erişkinlik dönemine kadar tanı almadığı bilinmektedir (1). Pediatrik psöriyazisli olguların yaklaşık üçte birinde aile öyküsü vardır. Çocukluk çağındaki psöriyazis özellikle genetik yatkınlığı olanlarda çevresel faktörlerle tetiklenebilir. Psöriyazis patogenezinde; doğal, kazanılmış immünite, genetik faktörler ve bir çok çevresel tetikleyici faktörün rol oynamaktadır. Tetikleyici faktörler çocukluk çağındaki psöriyazis in ortaya çıkmasında erişkin psöriyazis ine göre daha önemli bir yer tutar. Bu tetikleyici faktörler arasında; enfeksiyonlar (özellikle boğaz ve perianal enfeksiyonlar), viral hastalıklar, ilaçlar (sistemik steroidin ani çekilmesi, beta blokerler, anti-malaryaller, lityum) stres ve travma yer almaktadır (2). Fakat bazı çalışmalar tetikleyici faktörlerle ilgili ilginç veriler ortaya koymuştur. Yapılan bir çalışmada en önemli tetikleyicilerin; evde sigara maruziyeti, stres ve vücut kitlesi indeksi fazlalığı olarak saptanmıştır (3). Son yıllarda özellikle pediatrik olgularda obezite üzerinde durulmuştur. Yapılan çalışmalarda pediatrik psöriyazisli olguların, psöriyazisi başlamadan önce genellikle obezite şikayetlerinin başladığını göstermiştir (4). Pediatrik olgular, daha erken başlayıp, kızlarda daha sık görülür. Ancak erişkin popülasyonunda ise kadın hakimiyeti görülmez (5).

### KLİNİK

Çocukluk çağındaki olgular erişkin olgulara benzerlik gösterir. Pediatrik hastalarda da erişkin hastalarda olduğu gibi en yaygın görülen klinik form plak psöriyazis tir. Pediatrik olguların %70'ini plak psöriyazis oluştururken erişkin olgular

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıklar AD, dretuba\_oz@hotmail.com

<sup>2</sup> Doç. Dr. İnönü Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıklar AD, gulbaharsarac@gmail.com

## **KAYNAKLAR**

1. Tangtatco JAA, Lara-Corrales I. Update in the management of pediatric psoriasis. *Curr Opin Pediatr* 2017; 29: 434-442.
2. Eichenfield LF, Paller AS, Tom WL, et al. Pediatric psoriasis: Evolving perspectives. *Pediatr Dermatol* 2018; 35: 170-181.
3. Ozden MG, Tekin NS, Gürer MA, et al. Environmental risk factors in pediatric psoriasis: a multicenter case-control study. *Pediatr Dermatol* 2011; 28: 306-312
4. Maria Relvas, Tiago Torres. Pediatric Psoriasis. *Am J Clin Dermatol* 2017; 18: 797-811
5. Subedi S, Yu Q, Chen Z, Shi Y. Management of pediatric psoriasis with acitretin: A review. *Dermatol Ther* 2018; 31:
6. Osier E, Wang AS, Tollefson MM, et al. Pediatric Psoriasis Comorbidity Screening Guidelines. *JAMA Dermatol* 2017; 153: 698-704.
7. Bronckers IM, Paller AS, van Geel MJ, et al. Psoriasis in children and adolescents: diagnosis, management and comorbidities. *Pediatr Drugs* 2015; 17: 373-384.
8. Diluvio L, Campione E, Paterno EJ, et al. Childhood nail psoriasis: a useful treatment with tazarotene 0.05%. *Pediatr Dermatol* 2007; 24: 332-333.
9. Berne B, Blom I, Spangberg S. Enhanced response of psoriasis to UVB therapy after pretreatment with a lubricating base: a single-blind controlled study. *Acta Derm Venereol* 1990; 70: 474-477.
10. Delrosso G, Bornacina C, Farinelli P, et al. Bath PUVA and psoriasis: is a milder treatment a worse treatment? *Dermatology* 2008; 216: 191-193.
11. Marqueling AL, Cordoro KM. Systemic treatments for severe pediatric psoriasis: a practical approach. *Dermatol Clin* 2013; 31: 267-288.
12. Grønhøj Larsen, F, Steinkjer, B, Jakobsen, P, et al. Acitretin is converted to etretinate only during concomitant alcohol intake. *British Journal of Dermatology* 2000; 143: 1164-1169.
13. Marqueling AL, Cordoro KM. Systemic treatments for severe pediatric psoriasis: a practical approach. *Dermatol Clin* 2013; 31: 267-288
14. Marqueling AL, Cordoro KM. Systemic treatments for severe pediatric psoriasis: a practical approach. *Dermatol Clin* 2013; 31: 267-288
15. Van Geel MJ, van de Kerkhof PC, Oostveen AM, et al. Fumaric acid esters in recalcitrant pediatric psoriasis: A prospective, daily clinical practice case series. *J Dermatolog Treat* 2016; 27: 214-220.
16. Langley RG, Paller AS, Herbert AA, et al. Patient-reported outcomes in pediatric patients with psoriasis undergoing etanercept treatment: 12-week results from a phase III randomized controlled trial. *J Am Acad Dermatol* 2011; 64: 64-70.
17. Shah KN. Diagnosis and treatment of pediatric psoriasis: current and future. *Am J Clin Dermatol* 2013; 14: 195-213.
18. Papoutsaki M, Costanzo A, Mazzotta A, et al. Etanercept for the treatment of severe childhood psoriasis. *Br J Dermatol* 2006; 154: 181-183.
19. Malkonen T, Wikstrom A, Heiskanen K, et al. Skin reactions during anti-TNFalpha therapy for pediatric inflammatory bowel disease: a 2-year prospective study. *Inflamm Bowel Dis.* 2014; 20: 1309-1315.
20. Napolitano M, Megna M, Balato A, et al. Systemic treatment of pediatric psoriasis: a review. *Dermatol Ther (Heidelb)* 2016; 6: 125-142