

BÖLÜM 70

KAŞINTI

Rabia SENER¹

GİRİŞ

Kaşıntı, çeşitli cilt hastalıklarında ortaya çıkan, belirli bir hastalık varlığından ziyade yaygın bir semptomdur. Kaşıntı ayrıca sistemik, nörolojik ve psikiyatrik hastalıklar gibi deri dışı bozuklukların belirgin bir özelliği olarak da ortaya çıkabilir. 1660 yılında Hafenreffer tarafından “kaşıma isteği uyandıran, hoş olmayan bir his” olarak tanımlanmıştır. Uluslararası Kaşıntı Çalışma Forumu (IFSI) akut ve kronik olarak iki gruba ayırmıştır (1).

EPİDEMİYOLOJİ

Kaşıntı, tüm insanların yaşamları boyunca bir noktada deneyimlediği yaygın bir semptomdur. En sık görülen dermatolojik şikayettir. Her yaşta görülebilir. Kişinin yaşamını olumsuz etkiler. Genel popülasyonda kronik pruritus oranı %16-23 arasındadır(2,3). Kronik pruritus sıklığı ve nedenleri yaşa, etnik köken özelliklerine ve sağlık sistemine erişime bağlı olarak değişmektedir(4).

ETİYOLOJİ

Kaşıntının oluşumunda, derideki kaşıntı uyarısını algılayan seçici reseptörler, bu uyarıyı beyine ileten özelleşmiş sinir ileti yolları ve çok sayıda kimyasal madde görev yapar. Beyinde hem motor ve hem de duyu alanlar rol oynar.

Kaşıntıya yol açan nörolojik yollar tam olarak anlaşılmasa da, genel olarak sinyallerin miyelinsiz, histamine duyarlı ve histamine duyarlı olmayan periferik C-sinir lifleri (ağrıyı ileten C-sinir liflerinden farklı) boyunca iletiildiği kabul edilir(5-10)

Sınıflandırma

Patogenezinde çok sayıda medyatörün ve reseptörün rol aldığı, çok çeşitli dermatolojik hastalığın ortak semptomu olan kaşıntı, kaşıntılı hastaya klinik yaklaşımı kolaylaştırmak amacıyla sınıflandırılmaya çalışılmıştır.

Kaşıntının sınıflandırılması konusunda farklı bakış açıları vardır. Genel kabul gören sınıflandırma Uluslararası Kaşıntı Çalışma Forumu (IFSI) tarafından yapılan güncel sınıflamadır. Kaşıntı genellikle süresine, klinik belirtilerine veya etiyolojisine göre sınıflandırılır (Tablo 1).

¹ Uzm. Dr., SBU Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, rabia.agan@gmail.com

Konvansiyonel tedavilere yanıt alınamayan hastalarda alternatif bir tedavi seçeneği olarak ultraviyole fototerapisi, akupunktur, transkütanöz elektriksel sinir stimülasyonu ve fiziksel egzersiz gibi fiziksel yöntemler tercih edilebilir (50).

Psikolojik etkenler kaşıntıyı başlatan veya arttıran en sık kofaktörlerdir. Klinisyen, kaşıntıyı hem birincil deri hastalığı hem de psikojenik boyutuyla bir bütün olarak ele almalıdır. Tedavide sadece kaşıntıya sebep olabilecek primer deri hastalıklarının veya organik hastalıkların tedavileri değil, ilaçlı ya da ilaçsız psikoterapötik yaklaşımların da gerekli olacağı unutulmalıdır (51).

BİRİNCİ BASAMAK YÖNETİMİ

Kaşıntı sık görülen, kaşıma dürtüsünü tetikleyen rahatsız edici bir semptomdur. Etkin tedavisi için kaşıntı sebebinin saptanması gerekir. Bunun için iyi anamnez, detaylı fizik muayene, sistemik hastalık şüphesinde laboratuvar ve görüntüleme incelemeleri yapılmalıdır. Hastaya bütüncül yaklaşarak tedavisi düzenlenmeli, tedaviye yanıt alınmadığı durumlarda ikinci veya üçüncü basamağa sevki düşünülmelidir.

KAYNAKLAR

1. Leader B, Carr CW, Chen SC. Pruritus epidemiology and quality of life. *Handb Exp Pharmacol.* 2015;226:15-38
2. Savin JA. How should we define itching?. *J Am Acad Dermatol.* 1998;39(2 Pt 1):268-269. doi:10.1016/s0190-9622(98)70087-8
3. Zucker I, Yosipovitch G, David M, Gafter U, Boner G. Prevalence and characterization of uremic pruritus in patients undergoing hemodialysis: uremic pruritus is still a major problem for patients with end-stage renal disease. *J Am Acad Dermatol.* 2003;49(5):842-846. doi:10.1016/s0190-9622(03)02478-2
4. Weishaar E, Florence D. Epidemiology. In: Misery L, Stander S. Pruritus e-book. London: Springer-Verlag; 2016.p.73-9.

5. Schmelz M, Schmidt R, Bickel A, Handwerker HO, Torebjörk HE. Specific C-receptors for itch in human skin. *J Neurosci.* 1997;17(20):8003-8008. doi:10.1523/JNEUROSCI.17-20-08003.1997
6. Reddy VB, Iuga AO, Shimada SG, LaMotte RH, Lerner EA. Cowhage-evoked itch is mediated by a novel cysteine protease: a ligand of protease-activated receptors. *J Neurosci.* 2008;28(17):4331-4335. doi:10.1523/JNEUROSCI.0716-08.2008
7. Sun YG, Zhao ZQ, Meng XL, Yin J, Liu XY, Chen ZF. Cellular basis of itch sensation. *Science.* 2009;325(5947):1531-1534. doi:10.1126/science.1174868
8. Davidson S, Giesler GJ. The multiple pathways for itch and their interactions with pain. *Trends Neurosci.* 2010;33(12):550-558. doi:10.1016/j.tins.2010.09.002
9. Namer B, Carr R, Johaneck LM, Schmelz M, Handwerker HO, Ringkamp M. Separate peripheral pathways for pruritus in man. *J Neurophysiol.* 2008;100(4):2062-2069. doi:10.1152/jn.90482.2008
10. Davidson S, Zhang X, Yoon CH, Khasabov SG, Simone DA, Giesler GJ Jr. The itch-producing agents histamine and cowhage activate separate populations of primate spinothalamic tract neurons. *J Neurosci.* 2007;27(37):10007-10014. doi:10.1523/JNEUROSCI.2862-07.2007
11. White-Chu EF, Reddy M. Dry skin in the elderly: complexities of a common problem. *Clin Dermatol.* 2011;29(1):37-42. doi:10.1016/j.clindermatol.2010.07.005
12. Millikan LE. Treating pruritus. What's new in safe relief of symptoms?. *Postgrad Med.* 1996;99(1):173-184.
13. Mollanazar NK, Smith PK, Yosipovitch G. Mediators of Chronic Pruritus in Atopic Dermatitis: Getting the Itch Out?. *Clin Rev Allergy Immunol.* 2016;51(3):263-292. doi:10.1007/s12016-015-8488-5
14. Krueger G, Koo J, Lebwohl M, Menter A, Stern RS, Rolstad T. The impact of psoriasis on quality of life: results of a 1998 National Psoriasis Foundation patient-membership survey. *Arch Dermatol.* 2001;137(3):280-284.
15. Chosidow O. Clinical practices. Scabies. *N Engl J Med.* 2006;354(16):1718-1727. doi:10.1056/NEJMcp052784
16. Van Loey NE, Bremer M, Faber AW, Middelkoop E, Nieuwenhuis MK. Itching following burns: epidemiology and predictors. *Br J Der-*

- matol.* 2008;158(1):95-100. doi:10.1111/j.1365-2133.2007.08278.x
17. Hu X, Sang Y, Yang M, Chen X, Tang W. Prevalence of chronic kidney disease-associated pruritus among adult dialysis patients: A meta-analysis of cross-sectional studies. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97(21):e10633. doi:10.1097/MD.00000000000010633)
 18. Ponticelli C, Bencini PL. Pruritus in dialysis patients: a neglected problem. *Nephrol Dial Transplant.* 1995;10(12):2174-2176. doi:10.1093/ndt/10.12.2174
 19. Ståhle-Bäckdahl M. Uremic pruritus. Clinical and experimental studies. *Acta Derm Venereol Suppl (Stockh)*. 1989;145:1-38
 20. Mettang T, Fritz P, Weber J, Machleidt C, Hübel E, Kuhlmann U. Uremic pruritus in patients on hemodialysis or continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD). The role of plasma histamine and skin mast cells. *Clin Nephrol.* 1990;34(3):136-141.
 21. Gilchrist BA, Stern RS, Steinman TI, Brown RS, Arndt KA, Anderson WW. Clinical features of pruritus among patients undergoing maintenance hemodialysis. *Arch Dermatol.* 1982;118(3):154-156.))
 22. Wang H, Yosipovitch G. New insights into the pathophysiology and treatment of chronic itch in patients with end-stage renal disease, chronic liver disease, and lymphoma. *Int J Dermatol.* 2010;49(1):1-11. doi:10.1111/j.1365-4632.2009.04249.x
 23. Etter L, Myers SA. Pruritus in systemic disease: mechanisms and management. *Dermatol Clin.* 2002;20(3):459-vii. doi:10.1016/s0733-8635(02)00011-6
 24. Scribner M. Diabetes and pruritus of the scalp. *JAMA.* 1977;237(15):1559.
 25. Yamaoka H, Sasaki H, Yamasaki H, et al. Truncal pruritus of unknown origin may be a symptom of diabetic polyneuropathy. *Diabetes Care.* 2010;33(1):150-155. doi:10.2337/dc09-0632
 26. Yosipovitch G. Chronic pruritus: a paraneoplastic sign. *Dermatol Ther.* 2010;23(6):590-596. doi:10.1111/j.1529-8019.2010.01366.x
 27. Rowe B, Yosipovitch G. Malignancy-associated pruritus. *Eur J Pain.* 2016;20(1):19-23. doi:10.1002/ejp.760
 28. Shirani Z, Kucenic MJ, Carroll CL, et al. Pruritus in adult dermatomyositis. *Clin Exp Dermatol.* 2004;29(3):273-276. doi:10.1111/j.1365-2230.2004.01510.x
 29. Razykov I, Thombs BD, Hudson M, Bassel M, Baron M; Canadian Scleroderma Research Group. Prevalence and clinical correlates of pruritus in patients with systemic sclerosis. *Arthritis Rheum.* 2009;61(12):1765-1770. doi:10.1002/art.25010
 30. Amaro P, Nunes A, Maçôas F, Ministro P, Baranda J, Cipriano A, et al. Ticlopidine-induced prolonged cholestasis: a case report. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1999;11:673-6.
 31. Hunt CM, Washington K. Tetracycline-induced bile duct paucity and prolonged cholestasis. *Gastroenterology* 1994;107:1844-7.
 32. Mikhail NE. Methimazole-induced cholestatic jaundice. *South Med J* 2004;97:178-82.
 33. Nammour FE, Fayad NF, Peikin SR. Metformin-induced cholestatic hepatitis. *Endocr Pract* 2003; 9: 307-9.))
 34. Ständer S, Streit M, Darsow U, Niemeier V, Vogelsang M, Ständer H et al. Diagnostisches undtherapeutisches Vorgehen bei chronischem Pruritus. *J Dtsch Dermatol Ges* 2006;4:350-70.
 35. Shirin H, Schapiro JM, Arber N, Pinkhas J, Sidi Y, Salomon F. Erythromycin base-induced rash and liver function disturbances. *Ann Pharmacother* 1992;26:1522-3.
 36. Orme S, da Costa D. Generalized pruritus associated with amlodipine. *Br Med J* 1997; 315: 463.
 37. Odeh M, Oliven A. Verapamil-associated liver injury. *Harefuah* 1998;134:36-7.
 38. Kowdley KV, Keeffe EB, Fawaz KA. Prolonged cholestasis due to trimethoprim sulfamethoxazole. *Gastroenterology* 1992;102:2148-50.
 39. Larrey D, Amouyal G, Pessayre D, Degott C, Danne O, Machayekhi JP. Amitriptyline-induced prolonged cholestasis. *Gastroenterology* 1988;94:200-3.
 40. Lane JE, McKenzie JT, Spiegel J. Brachioradial pruritus: a case report and review of the literature. *Cutis.* 2008;81(1):37-40.
 41. Bernhard JD, Bordeaux JS. Medical pearl: the ice-pack sign in brachioradial pruritus. *J Am Acad Dermatol.* 2005;52(6):1073. doi:10.1016/j.jaad.2005.02.056
 42. Mirzoyev SA, Davis MD. Brachioradial pruritus: Mayo Clinic experience over the past decade. *Br J Dermatol.* 2013;169(5):1007-1015. doi:10.1111/bjd.12483)
 43. Koepfel MC, Bramont C, Ceccaldi M, Habib M, Sayag J. Paroxysmal pruritus and multiple sclerosis. *Br J Dermatol.* 1993;129(5):597-598. doi:10.1111/j.1365-2133.1993.tb00492.x

44. Lee HG, Stull C, Yosipovitch G. Psychiatric disorders and pruritus. *Clin Dermatol.* 2017;35(3):273-280. doi:10.1016/j.clindermatol.2017.01.008
45. Greco PJ, Ende J. Pruritus: a practical approach. *J Gen Intern Med.* 1992;7(3):340-349. doi:10.1007/BF02598094
46. Reich A, Szepletowski JC. Diagnostic Procedures of Itch. *Curr Probl Dermatol.* 2016;50:24-8.
47. Yosipovitch G, Bernhard JD. Clinical practice. Chronic pruritus. *N Engl J Med.* 2013;368(17):1625-1634. doi:10.1056/NEJMcp1208814
48. Aydınöz İE. Sistemik pruritus sağaltımı. Şavk E, editör. Pruritus 1. Baskı. Ankara: türkiye klinikleri; 2019. P.78-84)
49. Elmariah SB, Lerner EA. Topical therapies for pruritus. *Semin Kutan Med Surg.* 2011;30 (2): 118-26.
50. Avcı C, Akarsu S. Fiziksel pruritus sağaltımı. Şavk E, editör. Pruritus. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019. P.85-90.
51. Kıvanç Altunay İ, Özkue E. Pruritusa psikoterapötik yaklaşım. Şavk E, editör. Pruritus. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019. P.91-6.