*Please don’t translate the fields in red*

*Title:* **Atopik dermatit: Klinik, tanı ve tedavi**

*Subtitles:* Tıbbi editör: Dr Marina ALEXANDRE, Dermatolog, Avicenne Hastanesi, Fransa.

*Push expert:* Dr Marina Alexandre

*Tab:* **Ana mesajlar**

*Good to know:*

* **Kuru, kaşıntılı** ve **ekzematöz cilt lezyonları** ile karakterize **kronik** ve **enflamatuar cilt durumudur**.
* Çoğunlukla **kişisel** veya **ailesel atopi** bağlamında ortaya çıkar (astım, saman nezlesi, alerjik konjonktivit).
* **Hijyenik** ve **diyet kurallarına uyumun** yanı sıra kserozisin tedavisi atopik dermatitin başlamasını sınırlandırmak için uzun vadede çok önemlidir.
* **Topikal kortikosteroidler**, alevlenmeler için tercih edilen tedavi yöntemidir ve aşırı kortikofobi nedeniyle göz ardı edilmemelidir.
* Belirli alanlar için **topikal kalsinörin inhibitörleri** de reçete edilebilir.
* Orta ila şiddetli AD'de veya dermokortikoidlerin başarısızlığı durumunda, **sistemik immünomodülatör tedaviler** veya **biyoterapiler**, çok küçük çocuklar da dahil olmak üzere, sıklıkla iyi bir etki ile kullanılabilir.
* Bu tedavilerden fayda görmesi için **hastayı dermatoloğa yönlendirmekten** çekinilmemelidir.
* **Hastaları ve bakıcıları** **AD'yi düzgün bir şekilde** nasıl **yönetecekleri ve tedavi edecekleri** konusunda **eğitmek** önemlidir: uygun cilt bakımı, tetikleyicilerin tanımlanması ve bunlardan kaçınmanın yanı sıra tedaviye bağlılık çok önemlidir. Psikolojik destek ve terapötik eğitim yardımcı olabilir.

*Tab:* **Açıklama**

*Text:*

* Egzama veya atopik dermatit (AD), ağırlıklı olarak **bebeklerde** ve **çocuklarda** ortaya çıkan, ancak ergenlerde ve yetişkinlerde devam edebilen (hatta bazı nadir durumlarda ortaya çıkan) **kronik, kaşıntılı, inflamatuar bir dermatozdur**.
* AD **alevlenmelerle** ilerleyen **cilt lezyonlarıyla** ilişkili kuru cilt (**kserozis**) ile karakterizedir1.
* Atopi, **TH2 yolunun immün düzensizliği** ile ilgili bir grup patolojidir: astım, alerjik rinit ve alerjik konjunktivit. AD'li **2 hastadan yaklaşık 1'inde** **atopik komorbidite** vardır.
* Atopinin hastanın yaşamı boyunca ilerlemesi ve birbirini izleyen belirtilerinin ortaya çıkışı, **atopik yürüyüş** olarak adlandırılır ve AD genellikle atopinin ilk belirtisidir.
* Atopik dermatit, görünür lezyonların neden olduğu ciddi şekilde hastayı güçten düşürücü kaşıntı ve güçlü psikolojik yansımalar nedeniyle hastaların **yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyebilir**. Tüm hastaların yarısından fazlası majör **uyku bozukluklarından** etkilenir. **Sosyal yaşam üzerindeki etki** **hastaların neredeyse yarısında** mevcuttur ve **hastaların %43'ünde** **anksiyete** ve/veya **depresyon**1 görülür.
* AD'ye ilişkin epidemiyolojik veriler şunları ortaya koymaktadır2:

- Ağırlıklı olarak kırsal ülkelere kıyasla **sanayileşmiş ülkelerde** daha yüksek AD prevalansı3 görülür.

- AD prevalansında her 7 yılda bir yaklaşık %1,8'lik bir artış3 gözlemlenir.

*Tab:* **Etiyoloji ve fizyopatoloji**

*Text:*

* Atopik dermatitin nedenleri kompleks ve çok faktörlüdür.
* **Bağışıklık** ve **çevresel faktörler** ile ilişkili güçlü bir genetik bileşen (tahmini **%75 kalıtsal aktarım** ile4) içerirler5.
* Bu heterojen hastalık, morfoloji, topografya, şiddet, başlangıç yaşı veya hastalığın seyrine bağlı olarak birçok kritere göre sınıflandırılabilir6.

**Cilt bariyerinin ve immün hipersensitivitenin değişmesinden sorumlu genetik faktörler**

* Epidermisin stratum korneumunun önemli bir yapısal proteini olan **filagrin genindeki (FLG) mutasyonlar**, cilt bariyerinin işlevsel bir anomalisine yol açar. **Cilt artık bariyer işlevini yerine getiremez** ve **suya** (kseroz, cildin suyu tutamamasına bağlıdır) ve alerjenlere karşı **geçirgen hale gelir**, böylece bunların nüfuz etmesini ve bağışıklık hücreleriyle etkileşimini kolaylaştırır.
* **FLG mutasyonu**, çocuklarda7 orta ila şiddetli AD **vakalarının yaklaşık %50'sinde** bulunur ve erken AD geliştirme riskinde artışla ilişkilidir: FLG mutasyonu olmayan AD hastalarıyla karşılaştırıldığında8 5 yaşından önce AD geliştirme riski x 7,8 ve 20 yaşından önce AD geliştirme riski x 8,9’dur.
* Filagrinin bu fonksiyon kaybıyla bağlantılı olarak, **doğal ve kazanılmış bağışıklıkta yer alan genlerdeki mutasyonlar**, atopik dermatitte gözlenen ana genetik anormalliklerdir9.

*Good to know:*

**Atopik dermatite bağlı mutasyonlar:**

* Nature Genetics dergisindeki 15 milyondan fazla genetik varyantın 2015 meta-analizi, **10 yeni risk noktası göstergesi** belirleyerek bilinen atopik dermatit risk noktalarını 31'e (Avrupa popülasyonlarında 24) çıkardı.
* Yeni tanımlanan 10 risk noktasının tümü (oto)immün regülasyonda, özellikle **doğuştan gelen bağışıklık tepkisi ve T-hücresi aktivasyonu** ve **spesifikasyonunda** yer alır10.

*Text:*

**Bağışıklık sistemi hipersensitivitesi**

* Bağışıklık yanıtı, atopik dermatitin fizyopatolojisinde anahtar rol oynar.
* **Alerjenlerin değiştirilmiş deri duvarından penetrasyonu**, başta IL4 ve IL13 olmak üzere çok sayıda **proinflamatuar sitokinlerin salınmasıyla** ve B lenfositlerinin **IgE** (immünoglobulin E) antikor salgılayan plazma hücrelerine izotipik ikamesiyle **alerjik benzeri bir TH2 tepkisine** yol açar .
* Bu nedenle, AD'li bireylerde **yüksek IgE seviyeleri** vardır, bu da **alerjenlere karşı hipersensitiviteye** ve ayrıca **artmış T-hücreleri** ve **IL-4** veya **IL-13** gibi proinflamatuar sitokinlere yol açar. Bu sitokinler, herhangi bir genetik mutasyondan bağımsız olarak belirli cilt bariyeri proteinlerinin ekspresyonundaki azalmadan sorumludur (**filagrin, lorikrin ve involukrin**)11.
* Ancak tamamen **klinik değerlendirmeye** dayanabilen **AD tanısı koymak için IgE düzeylerinin ölçülmesi gerekli değildir**12.

*Good to know:*

**Bilmekte fayda var:**

* AD'nin birincil deri iltihabı IgE tarafından indüklenmemesine rağmen, deride **ödematöz papüller** (kurdeşen) ile **mast hücre degranulasyonuna** neden olan **tekrarlayan alerjik reaksiyonlar**, enflamasyonu ve kaşınmayı artırarak AD'yi şiddetlendirecektir.
* AD'de spesifik IgE'nin indüklenmesi eğiliminin artması nedeniyle, orta ila şiddetli AD'si olan **çocukların** yaklaşık **%30'unda** **gıdalara karşı alerjik reaksiyonlar** tanımlanmıştır12.

*Text:*

**Alevlenmeleri tetikleyebilecek çevresel faktörler**

* **Solunum alerjenleri** ve **kirlilik** gibi çevresel faktörler, atopik dermatit gelişimine katkıda bulunur. **Cilt bariyerinin hasar görmesi, cildin çevresel tahriş edici maddelere** (polenler, toz, evcil hayvanlar, kimyasallar ve sabun ve temizleyiciler gibi tahriş edici maddeler) **karşı duyarlılığını artırır**.
* Kuru cilt, AD'li kişilerin soğuk, rüzgar ve sıcaklık değişiklikleri gibi diğer çevresel faktörlerden etkilenme olasılığını artırır.

*Tab:* **Clinic**

**Bebek**

* Bebek egzaması **çok erken başlayabilir (2 aylıktan önce).** **Alevlenmelerle** gelişir, genellikle 2 yaşında kaybolur, ancak bebeklik döneminde veya daha sonra, ergenlik döneminde ve hatta yetişkinlikte (daha az yaygın) yeniden ortaya çıkabilir.
* Genellikle **yanaklarda** (medio fasiyal bölgeye göre) **akut eritem** ve **bilateral deskuamasyon** ile başlar ve **saçlı deri, alın, perioral bölge, boyun, gövde** ( bebek bezi ile korunan bölgeye göre) ve **dirsekler, dizler** gibi yüzeylere **simetrik olarak yayılabilir**.
* Vücudun daha az sıklıkla etkilenen bölgeleri kalçalar, anogenital bölge, yüzün merkezi ve intertriginöz bölgelerdir.
* **Kaşıma, sürtünme** ve **süperenfeksiyon** **likenleşme**, **kabuklanma** ve nadiren **püstüllere** neden olabilir13.

*Media slider:* **TBC**

*Text:*

**Çocuk**

* Çocuklukta (2 ila 12 yaş), egzama, bebeklik dönemine göre **daha bölgesel ve kronik** hale gelir; **soluk eritem**, **kserozis** ve kronik olarak etkilenen alanların **likenifikasyonu** genellikle fleksural yüzeyleri etkileyen **az sınırlı lezyonlardan**5,13 oluşur.
* **Lezyonlar** genellikle **simetriktir** ve genellikle **yüzü**, özellikle **göz kapakları** ve **kulakları** ve ayrıca özellikle **dirsek** ve **diz kıvrımları**, ense, bilekler ve ayak bilekleri dahil olmak üzere fleksural yüzeyleri etkiler13.

*Media slider:* **TBC**

*Text:*

**Genç ve yetişkin**

* **11 yaş**, AD'nin ergenlik veya yetişkinlik aşamasının başlangıcını işaret eder. Ergenler ve yetişkinler genellikle **yaygın egzama** ile başvursalar da, **subakut** ve **kronik bölgesel lezyonlarla** da başvurabilirler5.
* Gençlerde yaygın olarak etkilenen bölgeler, özellikle **periorbital bölgeler** olmak üzere **kıvrımlar** ve **yüzdür**13.
* Erişkinler genellikle **eritematöz, pullu, bazen eksüdalı, likenifiye** veya **kazınmış yamalar** açısından risk altındadır13.
* Erişkinlerde lezyonların dağılımı genellikle bölgeseldir, genellikle ellerde (bazen mesleki faaliyetlerle şiddetlenir), **bilekte, meme ucunda, iki taraflı üst göz kapaklarında** veya **dudaklarda** görülür. Ancak artmış fleksiyon ile yaygın hale gelebilir13.
* **Daha koyu ciltte lezyonlar hiperpigmente olabilir**13.

*Media slider:* **TBC**

*Tab:* **Tanı**

*Text:*

AD tanısı **klinik** ve **anamnezdir**. **AD vakalarının %70'inde bir** **aile öyküsü** bulunur.

Birleşik Krallık çalışma grubu14 tarafından tanımlanan tanı kriterleri kabul edilebilir:

**Gerekli kriterler**

**Pruriginöz dermatit** veya **çocuğun kaşıdığını** veya **sürttüğünü** bildiren ebeveynlerden yola çıkılmıştır.

**Aşağıdaki kriterlerden en az 3 tanesi ile ilişkilidir**

* **10 yaşından küçük çocuklarda** **fleksural kıvrımların** (antekubital bölge, popliteal fossa, ayak bileklerinin ön yüzü, boyun ve/veya yanak) **dermatitinin kişisel öyküsü.**
* **Kişisel astım** veya **alerjik rinit öyküsü** (veya 4 yaşın altındaki çocuklarda birinci derece akrabada atopik hastalık).
* Önceki yılda **yaygın kserozis öyküsü**.
* **4 yaşından küçük çocuklarda** **yanaklara, alına** veya **uzuvların dış yüzeylerine** ulaşan **fleksural egzema**.
* **Kutanöz bulguların 2 yaşından önce başlaması** (4 yaşından büyük bir çocuk için kullanılabilecek kriter).

*Tab:* **Ayırıcı Tanı**

*Text:*

AD'nin ayırıcı tanısı hastanın yaşına, lokasyonuna ve gösterdiği lezyonların türüne bağlıdır6:

**Yaşa göre ayırıcı tanı**

*Media slider:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| FENOTİP | KLİNİK ÖZELLİKLER | AYIRICI TANI |
| Yaşa bağlı klinik fenotipler | | |
| İnfantil  (0-2 yaş) | Egzamatöz lezyonlar tipik olarak ödematöz vezikülopapüller, sızıntı ve kabuklanma ile saçlı deri, yanaklar, boyun ve ekstremitelerin ekstansör kısımlarını etkiler. | Seboreik dermatit, Psoriazis, Skabiyez, İktiyozis vulgaris, fenilketonüri  Genetik sendromlar:  DiGeorge sendromu, Netherton  sendromu, Wiskott-  Aldrich  sendromu |
| Çocukluk  (2-12 yaş) | Ekzematöz lezyonlar tipik olarak popliteal fossa, antekubital bölge, ödematöz vezikülopapüller, sızıntı ve kabuklanma ve likenifikasyon ile el ve ayağı etkiler. | İmpetigo, Psoriazis, Tinea Manum, Pedis |
| Ergen/erişkin  (12-60 yaş) | Ekzematöz lezyonlar yaygın olarak kseroz, likenifikasyon ve depigmentasyon ile baş, boyun ve fleksural alanları etkiler. Kadınlarda ayrıca periorbital ve meme başı bölgelerini de içerirler. | Alerjik kontakt dermatit, Psoriazis, Kutanöz T-hücreli lenfoma, Pityriazis rubra pilaris, Pityriazis rosea, Asteatotik egzama. |
| Yaşlı  (>60 yaş) | Eritrodermik duruma varan fleksural alanları içeren yaygın egzematöz lezyonlar | Alerjik kontakt dermatit, Psoriazis, Kutanöz T-hücreli lenfoma, Pityriazis rubra pilaris, Pityriazis rosea, Asteatotik egzama. |

*Text:*

Referans: Raimondo, A. & Lembo, S. Atopic Dermatitis: Epidemiology and Clinical Phenotypes. Dermatol. Pract. Concept. e2021146 (2021).

*Download asset:*

Tabloyu tam ekran görüntülemek için tıklayınız

*Media slider:*

**İnfantil (0-2 yaş):**

Şekil 1: Netherton sendromlu bebek; Şekil 2: Seboreik dermatit; Şekil 3: Skabiyez

*Media slider:*

**Çocukluk (2-12 yaş):**

Şekil 1: Pedis; Şekil 2: Psoriazis; Şekil 3: İmpetigo.

*Media slider:*

**Ergen/yetişkin/yaşlı:**

Şekil 1: Alerjik kontakt dermatit; Şekil 2: Psoriazis; Şekil 3: Kutanöz T-hücreli lenfoma; Şekil 4: Pityriazis rubra pilaris; Şekil 5: Pityriazis rosea; Şekil 6: Asteatotik egzama.

*Text:*

**Lezyon topografisine dayalı ayırıcı tanı**

*Media slider:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| FENOTİP | KLİNİK ÖZELLİKLER | AYIRICI TANI |
| Topografiye bağlı klinik fenotipler | | |
| Baş ve boyun | | |
| Baş | Eritem, pullanma, kabuklanma, likenifikasyon, ekskoriasyon ve skarlaşma | Psoriazis, Seboreik dermatit, Alerjik kontakt dermatit, İritan kontakt dermatit, Tinea Kapitis |
| Yüz | Eritem, sızıntı, ödem, kserozis, likenifikasyon, pigmentasyon bozukluğu ve ekskoriasyon. | Alerjik kontakt dermatit, İritan kontakt dermatit,Psoriazis, Seboreik dermatit, İmpetigo. |
| Gözler | Eritem, pullanma, kabuklanma, likenifikasyon, pigmentasyon bozukluğu ve skarlaşma | Alerjik kontakt dermatit, İritan kontakt dermatit,Psoriazis, enfeksiyöz konjonktivit |
| Dudaklar | Eritem, kserozis, likenifikasyon, fissürasyon, pigmentasyon bozukluğu | Alerjik kontakt dermatit, İritan kontakt dermatit,Psoriazis, enfeksiyöz kilitis |
| Fleksuralar | Eritem, ödem, ekskoriasyon, likenifikasyon,ve kabuklanma | Psoriazis, Seboreik dermatit, Alerjik kontakt dermatit, İritan kontakt dermatit,enfeksiyöz intertrigo, Skabiyez |
| Meme başı | Eritem, pullanma, kabuklanma, likenifikasyon, ekskoriasyon ve skarlaşma | Psoriazis, Alerjik kontakt dermatit, meme ucu sürtmesi, Paget Hastalığı |
| El ve Ayak | Eritem, kserozis, likenifikasyon, pullanma, kabuklanma, fissürasyon, pigmentasyon bozukluğu | Psoriazis, Alerjik kontakt dermatit, İritan kontakt dermatit,Tinea Manum, Tinea pedis. |

*Text:*

Referans: Raimondo, A. & Lembo, S. Atopic Dermatitis: Epidemiology and Clinical Phenotypes. Dermatol. Pract. Concept. e2021146 (2021).

*Download asset:*

Tabloyu tam ekran görüntülemek için tıklayınız

*Media slider:*

**Saçlı deride:**

Şekil 1: Psoriazis; Şekil 2: Seboreik dermatit; Şekil 3: Tinea capitis.

*Media slider:*

**Yüzde:**

Şekil 1: Alerjik kontakt dermatit; Şekil 2: Psoriazis; Şekil 3: Seboreik dermatit; Şekil 4: İmpetigo.

*Media slider:*

**Dudaklarda:**

Şekil 1: Alerjik kontakt dermatit; Şekil 2: Psoriazis; Şekil 3: Enfeksiyöz Keilitis.

*Media slider:*

**Kıvrımlarda:**

Fig 1: Psoriazis; Fig 2: Skabiyez.

*Media slider:*

**El ve ayakta:**

Şekil 1: Psoriazis; Şekil 2: Alerjik kontakt dermatit; Şekil 3: Tinea Manum; Şekil 4: Tinea pedis.

*Text:*

**Lezyon morfolojisine dayalı ayırıcı tanı**

*Media slider:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| FENOTİP | KLİNİK ÖZELLİKLER | AYIRICI TANI |
| Morfolojiye bağlı klinik fenotipler | | |
| Numuler | Papüllerin ve vezikülopapüllerin merkezi temizliği ve periferik uzantısı ile plakları çevreleyin ve kaçının | Alerjik kontakt dermatit, Tinea Korporis, Psoriazis, Pityriasis, rosea, Asteatotik egzama. |
| Prurigo nodularis | Ekskoriye hiperkeratotik ve yoğun kaşıntılı nodüller | Skabiyez, Kutanöz T-hücreli lenfoma, psoriazis, büllöz pemfigoid, Paraneoplastik belirtiler. |
| Eritrodermik fenotip | Vücut yüzey alanının >%90'ında eritem | Kutanöz T-hücreli lenfoma, psoriazis, büllöz pemfigoid, Lyell sendromu, Paraneoplastik belirtiler. |
| Likenifiye | Üzerinde durulan kırışıklıklar ve kösele görünümü ile cilt kalındır | Psoriazis, kutanöz T-hücreli lenfoma, Alerjik kontakt dermatit. |
| Foliküler/Papüler | Papüler-likenoid lezyonlar | Liken planus, psoriazis pityriazis rubra pilaris. |

*Text:*

Referans: Raimondo, A. & Lembo, S. Atopic Dermatitis: Epidemiology and Clinical Phenotypes. Dermatol. Pract. Concept. e2021146 (2021).

*Download asset:*

Tabloyu tam ekran görüntülemek için tıklayınız

*Media slider:*

**Eritrodermik fenotip:**

Fig 1: Psoriazis.

*Tab:* **Prognoz**

*Text:*

AD'nin seyri ve ciddiyeti için prognoz, hastanın yaşına göre uyarlanır. Kişiden kişiye değişmekle birlikte bazı genel eğilimler vardır:

* **Çocuklarda**: AD'li çocukların çoğu, **ergenlik döneminde semptomlarında belirgin iyileşme gösterir.**
* **Yetişkinlerde**: AD genellikle yetişkinlerde çocuklara göre **daha az şiddetlidir**, ancak yine de **kaşıntı** ve **deri lezyonları** gibi semptomlara neden olabilir.

**AD şiddet skalaları**

**AD'nin şiddet derecesi aşağıdaki skalalardan biri kullanılarak ölçülebilir**. Uygulamada, yaygın lezyonlar ve yaşam kalitesi üzerinde önemli bir etki (özellikle uyku ve kaşıntı), bir uzmana sevk edilmesini gerektiren ciddi AD'yi tanımlamak için yeterlidir.

* **Hasta odaklı Atopik Dermatit Ağırlık Ölçeği** ([PO-SCORAD](https://www.poscorad.com/#/poscorad/uk)).
* **Hasta Odaklı Egzema Ölçeği** ([POEM](https://www.nottingham.ac.uk/research/groups/cebd/documents/methodological-resources/poem-for-proxy-completion.pdf)).
* **Egzema Alan Şiddet İndeksi** ([EASI](http://www.homeforeczema.org/research/easi-for-clinical-signs.aspx)).
* **Hasta Global Değerlendirme** ([PGA](https://www.the-rheumatologist.org/article/study-patient-global-assessment-scores-give-insight-into-daily-function/)).
* **Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi** ([DLQI](https://www.sfdermato.org/upload/scores/dlqi-bbfd6e5efebddec92aaf981ab754a292.pdf)).

*Tab:* **Komplikasyonlar**

*Text:*

**Cilt enfeksiyonlarından kaynaklanan komplikasyonlar**

* **Bakteriyel süperenfeksiyon (impetigo)**: atopik derinin *staphylococcus aureus* tarafından anormal kolonizasyonu nedeniyle **yaygındır**. **Püstüler lezyonlar** ve **sarımsı kabuklarla** karakterizedir15.
* **Viral süperenfeksiyon**: **nadirdir** fakat **potansiyel olarak ciddiye alınmalıdır** (Kaposi-Juliusberg sendromu). Ağrı, ateş, acil tedavi gerektiren değişen genel durum ile lezyonların görünümünde hızlı bir değişiklikgörülür15. Enfeksiyon, **asiklovir** veya **valasiklovir** ile sistemik tedavi ile tedavi edilir. Klinik tanıdan hemen sonra başlanmalıdır16.

**Diğer komplikasyonlar**

* **Psikolojik yansımalar** şiddetli olabilir: sinirlilik, uyku bozuklukları, çocuklarda veya ebeveynlerinde yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen depresif sendrom, aynı zamanda sosyal izolasyon ve duygusal gelişim bozuklukları.
* Çok şiddetli AD17 vakalarında **bebeklerde büyüme geriliği** görülebilir.

*Tab:* **Tedaviler**

*Text:*

Atopik dermatit tedavisi **semptomatiktir**.

Hastaların tedavisi ve düzenli izlenmesi şunları sağlar:

* Patlak verdiği sırada **semptomları tedavi etmek**.
* **Kaşıntıyı gidermek**
* Uygun hijyen ve beslenme önerileriyle **nüksleri önlemek**15.

**Arka plan tedavisi**

* **Kserozisi azaltmayı** amaçlamak **cilt kuruluğunun azaltılmasına**, **alevlenme görünümünün sınırlandırılmasına** ve **cilt bariyer fonksiyonunun geri kazanılmasına** olanak tanır.
* **Nemlendiricilerin günlük** tüm vücuda **uygulanması** esasına dayanır.

Aynı şekilde, belirli **hijyen ve beslenme kurallarına** uyulması temel tedavinin ayrılmaz bir parçasıdır ve alevlenmeleri sınırlayacaktır:

* Hafif, **sabunsuz, kokusuz,** **düşük deterjan içerikli** ve **fizyolojik pH'lı temizleyiciler** kullanın.
* **Ilık suyla yıkayın** (banyo yerine duş, çok sıcak değil, maks. 35-36°C), kısa süreli (maks. 5-10 dk).
* Yumuşak bir havluyla **hafifçe kurulayın**15.
* Atopik bebekler söz konusu olduğunda, **çocuğun sadece gün aşırı yıkanması** ve gerektiği sıklıkta poposunun temizlenmesi tavsiye edilebilir.
* Etkinliği resmi olarak kanıtlanmamış olsa da **banyo yağının** eklenmesi sıklıkla uygulanmaktadır15.
* Sentetik giysiler15 ve terlemeye neden olan diğer malzemeler (naylon, poliamid, dar giysiler) yerine **pamuklu tercih edin**. Yünden kaçının (kaşıntıyı kötüleştirir).
* Evi mümkün olduğunca **havalandırın**, kışın odayı **aşırı ısıtmayın**, atmosferi uygun şekilde **nemlendirin** (bir nemlendirici veya yatak odasının zeminine yayılmış ıslak bir havlu ile).
* Odaların nemlenmesi ve havalandırılması, tozla bulaşmanın sınırlandırılması önerilir.

*Good to know:*

**Bilmekte fayda var:**

Ebeveynlere (veya hastaya), atopik dermatitin deri bariyerindeki değişikliklerle desteklenen, alevlenmelerle gelişen bir hastalık olduğunu açıklayarak, **günlük olarak tüm vücut üzerinde nemlendirici uygulamalarının** önemini açıklamak esastır. **Bu nedenle, uzun vadede cildi korumak ve eski haline getirmek gerekir.**

*Text:*

**Alevlenmelerin tedavisi**

**Bölgesel tedaviler**

* Alevlenmelerin tedavisi, günde bir kez dermokortikoidlerin (krem veya merhemler) lezyonlar tamamen kaybolana kadar uygulanması esasına dayanır15.
* Dermokortikoidler, lezyonların ortaya çıktıkları anda tedavi edilmesini mümkün kılar. Uzun süreli kullanımları cildi zayıflatma olasılığı olduğundan, **aralıklı olarak kullanılmaları** önerilir15.
* Dermokortikoid seçimi egzamanın şiddetine, konumuna ve hastanın yaşına göre yapılmalıdır:
* **Düşük etkili dermokortikoidler**: **atopik dermatitte etkili değildir**.
* **Orta etkili dermokortikoidler:** Çocuklar ve bebekler de dahil olmak üzere **yüz** ve **göz kapakları, kıvrımlar** ve **kalça kısımda** kullanılabilir.
* **Güçlü etkili dermokortikoidler**: **vücuttaki lezyonlar** için tercih edilen tedavi.
* **Çok güçlü dermokortikoidler** (sınıf I) **çocukları tedavi etmek için kullanılmamalıdır**18.
* **Dermokortikoidlere dirençli** veya yüz gibi **aşırı kronik uygulama endişesi olan alanlar**, **topikal kalsinörin inhibitörü (takrolimus)** ile tedavi edilebilir.

**Sistemik tedaviler**

* Çok etkilidir, topikal tedaviler iyi uyuma rağmen başarısız olursa, orta ila şiddetli AD için reçete edilir.
* **Siklosporin**, biyolojik olmayan sistemik bir bağışıklık bastırıcıdır, şiddetli AD için ayrılmıştır ve bir hastane uzmanı tarafından reçete edilmiştir.
* **Sitokinleri hedef alan monoklonal antikorlar**: **dupilumab** ve **tralokinumab**, başarısızlık veya intolerans nedeniyle siklosporin kontrendike olduğunda, bir hastane dermatologu, bir stajyer veya bir allergolog tarafından **destek tedavi** olarak reçete edilmelidir.
* **Janus kinaz inhibitörleri**: **abrocitinib, baracitinib, upadacitinib** başarısızlık, siklosporine intolerans veya kontrendikasyon durumunda destek tedavi olarak uygulanır.

**Diğer terapötik yaklaşımlar**

* + Dar spektrumlu **fototerapi UVB TL01**.
  + **PUVA tipi fototerapi**.
  + Hasta Terapötik Eğitimi (Patient Therapeutic Education-PTE) **oturumları**.

*Tab:* **Hastaların sorabileceği sorular**

*Text:*

**Kaşıntı nasıl giderilir?**

* Kaşıntıyı önlemek için stratejiler benimseyin: kaşınmak için sivri olmayan nesneler kullanın (fan, termal su buğusu, yatıştırıcı sprey, bir kaşığın arkası ve cilde ovmak için diğer yuvarlak nesneler...).
* Nemlendiricilerin düzenli olarak uygulanması, hijyen ve beslenme kurallarına uyulması da kaşıntının giderilmesine yardımcı olur.
* Alevlenmeleri önlemek için stresle başa çıkma mekanizmalarının geliştirilmesi de önerilebilir.
* Kaşıntı şiddetli olduğunda bile tedavi edilemez değildir. Artık AD için etkili tedaviler var (çocuklarda kullanılabilecek yenilikçi tedaviler dahil), bu nedenle hastaları dermatoloğa yönlendirmekten çekinmeyin.

**AD'li bir bebek için belirli bir süt reçete edilmeli midir?**

Hayır, uygun terapötik yönetimin sağlanması ana önceliktir.

**Bebeklerde demir eksikliği ile atopik dermatit arasında bir ilişki var mıdır? Atopik dermatit için demir takviyesi ne kadar önemlidir?**

Demir eksikliği ile atopik dermatit arasında bağlantı yoktur. Demir eksikliği, atopik dermatit ile ilgili olmayan kaşıntı ve kseroza neden olabilir. Bu nedenle, kanıtlanmış eksiklik durumları dışında, demir takviyeleri reçete etmeye gerek yoktur.

**Alevlenme durumunda çocukların deniz suyunda yüzmesini sağlayacak bariyer kremler var mı?**

Deniz suyunun cilt üzerindeki tahriş edici etkisini sınırlayan kremler var ama kriz durumunda denizde yüzülmesi önerilmez.

**Hanehalkı üyelerinden birinde AD varsa evde hayvan besleyebilir miyiz?**

Ailede atopik dermatit öyküsü varsa, genellikle bir çocuk doğduğunda eve bir kedi sokmaktan kaçınmanız önerilir, ancak kanıtlanmış bir alerjiniz olmadıkça kendinizi evcil hayvanınızdan mahrum etmeyin.

*Tab:*  **Referanslar**

*Text:*

1. [Simpson EL, et al. "Patient burden of moderate to severe atopic dermatitis (AD): insights from a phase 2b clinical trial of dupilumab in adults." Journal of the American Academy of Dermatology 74.3 (2016): 491-498.](https://www.jaad.org/article/S0190-9622(15)02471-8/fulltext)
2. [Suaini NHA, Tan CPT, Loo EXL, Tham EH. Global differences in atopic dermatitis. Pediatr Allergy Immunol. 2021 Jan;32(1):23-33. doi: 10.1111/pai.13335. Epub 2020 Sep 21. PMID: 32841425.](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/pai.13335)
3. [Odhiambo JA, Williams HC, Clayton TO, Robertson CF, Asher MI. Global variations in prevalence of eczema symptoms in children from ISAAC Phase Three. Journal of Allergy and Clinical Immunology. 2009;124(6):1251-1258.e1223.](https://www.jacionline.org/article/S0091-6749(09)01535-8/fulltext)
4. [Elmose, C. & Tomsen, S. F. Twin Studies of Atopic Dermatitis: Interpretations and Applications in the Filaggrin Era. J. Allergy 2015, 902359 (2015).](https://www.hindawi.com/journals/ja/2015/902359/)
5. [Langan, S. M., Irvine, A. D. & Weidinger, S. Atopic dermatitis. The Lancet 396, 345–360 (2020).](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31286-1/fulltext)
6. [Raimondo, A. & Lembo, S. Atopic Dermatitis: Epidemiology and Clinical Phenotypes. Dermatol. Pract. Concept. e2021146 (2021) doi:10.5826/dpc.1104a146.](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8648436/)
7. [Chong AC, Visitsunthorn K, Ong PY. Genetic/Environmental Contributions and Immune Dysregulation in Children with Atopic Dermatitis. J Asthma Allergy. 2022 Nov 23;15:1681-1700.](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9701514/)
8. [Smieszek SP, Welsh S, Xiao C, et al. Correlation of age-of-onset of Atopic Dermatitis with Filaggrin loss-of-function variant status. Sci Rep. 2020;10(1):2721.](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7026049/)
9. [Barbarot, S. & Aubert, H. Physiopathologie de la dermatite atopique. Ann. Dermatol. Vénéréologie 144, S14–S20 (2017).](https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0151963817310372?via%3Dihub)
10. [The EArly Genetics and Lifecourse Epidemiology (EAGLE) Eczema Consortium. Multi-ancestry genome-wide association study of 21,000 cases and 95,000 controls identifies new risk loci for atopic dermatitis. Nat Genet 47, 1449–1456 (2015). https://doi.org/10.1038/ng.3424.](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4753676/)
11. [Furue M. Regulation of Filaggrin, Loricrin, and Involucrin by IL-4, IL-13, IL-17A, IL-22, AHR, and NRF2: Pathogenic Implications in Atopic Dermatitis. Int J Mol Sci. 2020 Jul 29;21(15):5382.](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7432778/)
12. [Plant A. & Ardern-Jones M.R. Advances in atopic dermatitis. Clinical Medicine. 21(3), 177-181 (2021).](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8140689/)
13. [Chan, C. X. & Zug, K. A. Diagnosis and Management of Dermatitis, Including Atopic, Contact, and Hand Eczemas. Med. Clin. North Am. 105, 611–626 (2021).](https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0025712521000419?via%3Dihub)
14. [Williams HC, Burney PGJ, Hay RJ, et al. The UK working party’s diagnostic criteria for atopic dermatitis. I. Derivation of a minimum set of discriminators for atopic dermatitis. Br J Dermatol 1994;131:383-96](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7918015/)
15. [Prof. Delphine STAUMONT. La dermatite atopique. dermato info.](https://dermato-info.fr/fr/les-maladies-de-la-peau/la-dermatite-atopique%20(2021))
16. [European guideline (EuroGuiDerm) on atopic eczema – part II: non-systemic treatments and treatment recommendations for special AE patient populations](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.18429).
17. [Jo, S. Y. et al. (2018) “Common features of atopic dermatitis with hypoproteinemia,” Korean Journal of Pediatrics. Korean Pediatric Society](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6258965/).
18. [Dermatite atopique de l'enfant - Prise en charge | Recommandations | VIDAL Campus](https://campus.vidal.fr/recommandations/1712/dermatite_atopique_de_l_enfant/prise_en_charge/).