

Seboreik Dermatit Tedavisi ve Yeni Tedavi Yaklaşımları

Treatment of Seborrheic Dermatitis and New Treatment Approaches

Nurhal Mercan Bozkurt, Pınar Yüksel Başak

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı, Isparta, Türkiye

Özet

Kronik, inflamatuvar bir dermatoz olan seboreik dermatit tedavisi hastalığın şiddetine, morfolojik değişikliklere, yaşa ve önceki tedavilere verilen yanıtı göre değişmektedir. Bu makalede klasik tedaviler, yeni tedavi seçenekleri ve etki mekanizmaları gözden geçirilmiştir. (*Turkderm 2007; 41: 112-6*)

Anahtar Kelimeler: Seboreik dermatit, tedavi seçenekleri, etki mekanizmaları

Summary

The treatment of seborrheic dermatitis, a chronic inflammatory skin disease, differs according to the severity of disease, morphological variants, age and response to previous medications. In this article, classical and new treatment options and effect mechanisms are reviewed. (*Turkderm 2007; 41: 112-6*)

Key Words: seborrheic dermatitis, treatment options, effect mechanisms

Seboreik dermatit (SD), çoğu kez kolaylıkla tanımlanabilen, kronik, yüzeysel inflamatuvar bir dermatozdur^{1,2}. Saçlı deri, şakaklar, kulak arkası, dış kulak yolu, kaşlar, glabella, nasolabial kıvrımlar, boyun V'sinde ve sırtta görülen lezyonlar eritem, sarı renkli yağlı kalın skuam ve kabuklarla karakterizedir^{1,2}.

SD tedavisi hastalığın şiddetine, morfolojik değişikliklere ve önceki tedavilere verilen yanıtı göre değişmektedir³. Tedavinin amacı skuam ve kabukların yumuşatılıp kaldırılması, mantar kolonizasyonunun inhibisyonu, sekonder enfeksiyonun kontrolü, eritem ve kaşıntının azaltılmasıdır. Hastalar, SD'in kronik doğası hakkında bilgilendirilmeli ve tedavinin tamamen iyileştirmekten çok hastalığı kontrol altına almaya yönelik olduğu anlatılmalıdır^{1,2}. Hijyen konusu, SD'in kontrolünde anahtar rol oynamaktadır. Hastalara, iyi hijyenin ömür boyu bir sorumluluk olması gerektiği anlatılmalıdır⁴. SD tedavisinde kullanılan topikal ve sistemik ajanlar Tablo 1 ve 2'de görülmektedir.

1- Keratolitikler

Salisilik asit veya kömür katranı gibi keratolitikler, yoğun kabukları kaldırmak için kullanılabilir⁴. Sülfür, kera-

tinositlerle etkileşerek hidrojen sülfid oluşumu sonucu keratolitik aktivite gösterir. Çinko piritiyon, nonspesifik bir keratolitik olması yanında antifungal etkiye de sahiptir. Çinko piritiyon ve katran ekstresi kombinasyonunun kaşıntı ve kepeklenmeyi iyileştirdiği gösterilmiştir⁵.

2- Kortikosteroidler

SD tedavisinde sıklıkla topikal steroidler kullanılmakta ve hastalık belirtileri hızla gerilemekle birlikte tedavi kesildiğinde yüksek relaps görülmektedir⁶. Kortikosteroidlerin losyon, pomad ve krem formları yüz ve vücut her bölgesinde, solüsyonlar ise daha çok saçlı deride kullanılmaktadır. Genellikle aynı steroid, pomad formunda krem formundan, krem ise losyon formundan daha güçlü etkilidir. Topikal kortikosteroidler kaşıntı ve eritem kaybolana kadar 1-3 hafta süreyle her gün kullanılabilir⁴. Göz çevresine uygulama intraoküler basınç artışı ile sonuçlanabilir⁷.

Betametazon valeratin %0.1'lik, termofobik, düşük rezidü, köpük formu ile yapılan bir çalışmada saçlı deri SD'in topikal tedavisinde etkili ve iyi tolere edilebilir olduğu gösterilmiş ve tedaviden sonraki iki ay boyunca

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Nurhal Mercan Bozkurt, Modernlevler Mah. 102 Cad. No:60 Kat:2 D:8 Isparta, Türkiye
Tel.: 0246 218 35 68 Faks: 0246 237 02 40 E-posta: nurhalmercan@yahoo.com **Alındığı tarih:** 20.10.2004 **Kabul tarihi:** 18.03.2005

hastaların %88'inde remisyonun sürdüğü saptanmıştır⁸. Saçlı deri SD tedavisinde kalsipotriol ve betametazon 17-valerat solüsyonunun etkinliğinin karşılaştırıldığı bir çalışmada 4 hafta süreyle günde 2 kez uygulanan tedavi sonrasında betametazon valeratın kalsipotriolden istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha etkili olduğu saptanmıştır. Dört hafta sonunda minimal iyileşme belirlenen hastalarda tedaviye 4 hafta daha devam edilmiş ve kalsipotriol grubunda tedavinin 8 haftaya tamamlanmasının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirtilmiştir⁹. Kalsipotriol, epidermal keratinosit proliferasyonunu inhibe ettiği gibi in vivo ve in vitro farklılaşmayı desteklemektedir⁹.

3- Antifungaller

SD'te malessezia türlerinin rolü tartışmalı olmakla birlikte genel olarak aralarında nedensel bir ilişki olduğu kabul edilmektedir¹⁰. Çinko piritiyon, azoller, allilaminler, benzilaminler (butenafin) ve hidrokspiridonları kapsayan topikal ajanlar, SD tedavisinde etkilidir¹⁰. İmidazol grubu diğer antifungaller gibi antiinflamatuvar etkileri yanında hücre duvarı lipid sentez inhibisyonunu içeren geniş etki spektrumuna sahiptir¹.

Oral antifungal tedavi azoller ve allilaminleri kapsamaktadır. Ketokonazol 200 mg/gün 4 hafta, itrakonazol 200 mg/gün 1 hafta, terbinafin 250 mg/gün 4 hafta kullanılmaktadır¹⁰. İtrakonazolün sebum seviyesi 4 günlük tedaviden sonra ketokonazol ve griseofulvin gibi antifungallerin sebum seviyelerinden çok daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca itrakonazol, tedavi bitiminden 2 hafta sonrasında kadar sebumda saptanmaktadır⁹. İtrakonazol, antifungal etkiye ek olarak, epidermal keratinositlerde IL-8 üretiminin inhibisyonu yoluyla nötrofil hareket ve kemotaksisini baskılayarak antiinflamatuvar özellikler gösterir. Bu çift etki, düşük doz itrakonazolün uzun süren terapötik etkisini açıklayabilir¹¹.

Terbinafin, allilamin sınıfından sentetik bir antifungal ajandır. Skualen epoksidaz enzimini inhibe ederek, fungal ergosterol sentezini azaltır. Oral uygulamadan sonra hızla sebumdan veya dermis-epidermisten geçerek direkt difüzyon yoluyla stratum korneum, tırnak ve saçta ulaşmaktadır¹². Terbinafin ile yapılan kontrollü bir çalışmada 4 hafta süreyle 250mg/gün oral terbinafinin orta-şiddetli SD tedavisinde etkili olduğu gösterilmiş ve tedavi bitiminden sonra 8 haftalık takip süresinde tekrarlamamıştır¹³. Terbinafinin oral kullanımında, P. ovaleye karşı etkili olmadığı bilinmekle birlikte^{14,15} seboreyi düzelterek maya gelişimini indirekt olarak etkileyebileceği öne sürülmüştür¹⁴. Terbinafinin derideki konsantrasyonu, oral tedavi ile kıyaslandığında topikal uygulamadan sonra çok daha yüksek olması nedeniyle SD tedavisinde oral terbinafin kullanımının etkinliğini açıklamak zordur¹⁵.

Proflekside topikal tedaviler kullanılmamış olmakla birlikte bazı hastalar oral proflaktikleri tercih edebilir. Ketokonazolün bu amaçla uzun süre kullanımı hepatotoksisite ile sonuçlanabilir. İtrakonazol de proflekside kullanılabilir. Caputo ve Barbareschi tarafından yürütülen bir çalışmada, 160 hasta 200 mg/gün itrakonazol ile 1 hafta süreyle tedavi edilmiş ve kür sağlanan hastalardan 30'u her ayın ilk iki günü 200 mg/gün itrakonazol ile 1 yıl süreyle idame programına alınmıştır. Dokuz ay sonra 30 hastanın 28'inde tekrarlamaya gözlenmemiştir¹⁰. On iki ay süreyle 32 hasta ile yapılan benzer bir çalışmada ise ilk ayın sonunda lezyonlarda belirgin iyileşme olduğu bildirilmiştir. On ikinci ayın sonunda 19 hastada tam remisyon izlenmiş ve tedavisiz 2 aylık periyotta rekürrens saptanmamıştır¹¹.

Siklopiroksolamin mayalara karşı etkili olan, geniş spektrumlu antifungal ve antiinflamatuvar bir hidrokspiridonur^{5,16,17}. Çift kör, randomize kontrollü çalışmalar, %1'lik şampuanın saçlı deri SD'i için etkili bir tedavi olabileceğini göstermektedir⁵. Hafif veya orta dereceli yüz tutulumu olan SD'li hastalarda siklopiroksolamin %1 krem formunun başlangıçta 4 hafta süreyle günde 2 kez, idame fazında günde 1 kez uygulanmasının etkili olduğu bildirilmiştir^{18,19}. Ayrıca fasiyal SD'li hastalarda, %2 ketokonazol kreme geçerli bir alternatif olarak kabul edilebileceği belirtilmiştir¹⁹. Bir çalışmada %1.5 siklopiroksolamin ve %3 salisilik asit içeren bir şampuan (CPO/SA), %2 ketokonazol içeren şampuanla karşılaştırılmış ve her iki grupta SD ve kepeklenme, tedavi süresince ve izlem periyodunda belirgin olarak iyileşme göstermiştir. Sadece CPO/SA şampuanıyla tedavi edilen grupta kaşıntıda anlamlı olarak azalma saptanmıştır. İki şampuanın karşılaştırılması ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır²⁰. Siklopiroks jelin ise orta derecede inflamatuvar saçlı deri SD'i tedavisinde anlamlı olarak etkili olduğu gösterilmiştir^{5,21}.

4- İmmunmodülatörler

Yeni tedavi seçeneklerinden nonsteroidal makrolaktam immunmodülatör takrolimus ve pimekrolimus, SD'te denenmiş ve etkili bulunmuştur². Bu ajanlar, T hücre aktivasyonu ve proinflamatuvar sitokin üretimi için gerekli bir kalsiyum-bağımlı fosfataz olan kalsinörini inhibe ederek etki gösterirler. Antiinflamatuvar özelliklerinden dolayı SD tedavisinde yararlı olabilirler^{7,17,22}. İn vitro çalışmalarda takrolimusun başka bir potansiyel etki mekanizması olarak P.ovaleye karşı antifungal aktivite gösterebileceği ileri sürülmüştür. Kaşıntı ve yanma hissi, takrolimusun iyi tanımlanmış yan etkisidir ve genellikle ilk hafta içinde geriler. Çeşitli çalışmalarda takrolimus kullanan hastaların follikülit, alkol intoleransı, hiperestezi ve karın-calanma gibi olaylar için artmış risk altında olabileceği öne sürülmüştür. Onaltı SD'li hastaya 6 hafta süreyle günde 1 kez to-

Tablo 1. SD tedavisinde kullanılan topikal ajanlar

- 1- Keratolitikler: Salisilik asit, kömür/ardıç katranı, selenyum sülfid, çinko piritiyon
- 2- Kortikosteroidler
- 3- Antifungaller: Azoller, allilaminler, benzilaminler, hidrokspiridonlar, çinko piritiyon
- 4- İmmunmodülatörler: Takrolimus, pimekrolimus
- 5- Kombine tedaviler: kepek şampuanı+antifungal ajan+topikal steroid
- 6- Lityum bileşikler: Lityum süksinat, lityum glukonat
- 7- Metronidazol
- 8- Diğer tedavi seçenekleri: 1-24 dihidrosikolekalsiferol, çay ağacı yağı, sinamik asit aloe vera ekstresi, propilen glikol, borage (hodan) yağı

Tablo 2. SD tedavisinde kullanılan sistemik ajanlar

1-Antifungaller: Ketokonazol, itrakonazol, terbinafin
2-Retinoidler: İzotretinoin
3-Dar bant UV-B Tedavisi
4-Glukokortikoidler

pikal takrolimus %0.1 pomad uygulandığı bir çalışmada lezyonlardaki eritemde 2. haftada %66.1, 6. haftada %70.9 oranında iyileşme saptanmıştır. Kepeklenmede ise %87.8 oranında belirlenen düzelme istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Uygulama alanında geçici kaşıntı, yanma dışında ciddi istenmeyen olaylar gözlenmemiştir. On sekiz hasta ile yapılan benzer bir çalışmada hastaların %61'inde %100 iyileşme, geri kalan grupta ise %70-90 oranında iyileşme gözlenmiştir. En sık görülen yan etkiler hafif lokal yanma ve irritasyon olmuştur²³. Benzer etki mekanizmasına sahip olan pimekrolimus, makrofilin-12'ye bağlanır ve kalsinörini inhibe ederek etki gösterir. Ayrıca pimekrolimusun mast hücre degranülasyonunu önlediği düşünülmektedir. SD, pimekrolimusun aracılık ettiği anti-inflamatuar etkiye yanıt verir. Bir yıldır yüzünde SD'li olan 18 yaşındaki hastaya ketokonazol %2 krem ve hidrokortizon %1 krem ile tedaviye yanıt alınamaması üzerine başlanan pimekrolimus krem ile 1 ay içinde lezyonlarının tamamen gerilediği gözlenmiştir. Pimekrolimus ile rapor edilen en sık istenmeyen etki, hastaların %26'sında görülen, uygulama alanında yanma hissidir¹⁷. Topikal steroidlere yanıtız yüz tutulumu olan SD'li 33 yaşında bir erkek olguya 2 hafta süreyle günde 2 kez topikal pimekrolimus %1 krem uygulanmış ve lezyonların tamamen düzeldiği bildirilmiştir²².

5- Kombine tedavi yöntemleri

Dirençli hastalarda bilinen ajanların farklı kombinasyonları uygulanabilir. Kepek şampuanı+antifungal+topikal steroid kombinasyonu ile yeterli etki sağlanamaz ise pulse tarzında daha güçlü bir topikal steroidin kısa süreli kullanımı, bazı dirençli hastaları remisyona sokabilir ve total steroid maruziyetini azaltabilir. Pulse tedavi için tedavi seçenekleri mometazon furoat gibi bir flor içermeyen sınıf-3 steroid veya klobetazol propiyonat, yanıt alınamazsa flusinonid gibi daha güçlü bir sınıf-1 veya sınıf-2 topikal steroid olabilir. Bu ajanlar, yüz de dahil olmak üzere 2 hafta süreyle, günde 1-2 kez uygulanabilir. Kepek şampuanı, antifungal ajan veya her ikisini de içeren adjuvan tedavi, pulse period esnasında gereklidir ve idame tedavisi olarak sürdürülmelidir⁴. Karma preparatların (%2 salisilik asit+%2 sublim sulfür+%0.5 katran) etkisi az olmasına rağmen tedavi edici özelliği gösterilmiştir². Saçlı deri SD'nin tedavisi ve profilaksisinde hidrokortizon %1 solüsyon, mikonazol ve mikonazol+hidrokortizon kombinasyonu ile karşılaştırıldığı bir çalışmada her üç tedavinin de etkili olduğu saptanmıştır. Ancak mikonazol+hidrokortizon kombinasyonunun 3 ay süreyle ayda 2 kez profilaktik olarak kullanıldığında, tek başına hidrokortizondan daha etkili olduğu belirlenmiştir^{11,12}. Yüzünde SD'li olan 18 hasta ile yapılan bir çalışmada %2 ketokonazol ve %0.05 desonide jel kombinasyonu denenmiş ve 3 haftalık tedavi sonrasında lezyonlarda %92 oranında iyileşme saptanmıştır. Tedaviye yanıt oranı plasebodan anlamlı olarak daha iyi ve daha hızlı bulunmuştur²⁴.

6- Lityum bileşikleri

Lityum süksinat pomad, %8 lityum süksinat ve %0.05 çinko sülfat kombinasyonu şeklinde bazı ülkelerde mevcuttur⁵. Lityum süksinat pomadın, AIDS ile fasiyal SD'in birlikte izlendiği hastalarda günde 2 kez uygulanması ile hızlı bir iyileşme sağlanmıştır^{3,25}. Bir başka çalışmada ise lityum süksinat pomadın HIV negatif SD'li olgularda etkili olduğu gösterilmiştir²⁵. Lityum süksinat pomad, güçlü antiviral bir etkiye sahiptir ve ilk kez oral ve genital herpes için olası bir tedavi olarak geliştirilmiştir. SD üzerine dramatik etkisi, tesadüfen bulunmuştur. Saçlı deri dışında tüm bölgelerde SD'in kontrolü için tek başına yeterlidir³. In vitro şartlarda lityum tuzlarının, SD'te kullanılan benzer konsantrasyonlarda maya proliferasyonunu inhibe ettiği gösterilmiştir. Bu etki, temel olarak serbest yağ asidi üretiminin inhibisyonu ile ilişkili olabilir. Lityum tuzları araşidonik asit üretimini de inhibe ederek antiinflamatuar etki gösterirler. Böylece PGE1, PGE2 ve TXB2 sentezi azalır⁶. Bazı yazarlar, lityum süksinatın in vitro şartlarda malassezia türlerine karşı etkili olduğunu ileri sürerken, diğerleri spesifik bir antifungal ajan olmaktan çok antiinflamatuar etkiye sahip olduğunu rapor etmişlerdir⁵. Orta-şiddetli derecede eritem ve deskuamasyonu olan fasiyal SD'li 288 hastayı kapsayan bir çalışmada lityum glukonat %8 pomad, %2 ketokonazol emülsiyon ile karşılaştırılmış ve lityum glukonat %8 pomadın daha etkili olduğu saptanmıştır. Daha yüksek bir tam remisyon oranıyla ketokonazole yeni bir alternatif tedavi olarak bildirilmiştir⁶.

7- Retinoidler

Dirençli hastalıkta son çare olarak yağ bezi aktivitesini azaltmak için izotretinoin gibi sebosupresif ajanlar kullanılabilir⁴. Şiddetli SD'in izotretinoin ile tedavisinin, yağ atılım oranını azalttığı ve SD'li anlamlı derecede iyileştirdiği saptanmıştır³. İzotretinoin SD'de, yağ bezi boyutlarında %90'a kadar küçülmeye sebep olarak yağ üretimini azalttığı gibi antiinflamatuar özelliklere de sahiptir. İzotretinoin 0.1-0.3 mg/kg/gün doz ile tedavi, 4 hafta sonra iyileşme ile sonuçlanabilmektedir. İdame tedavisi olarak yıllarca 5-10 mg/gün kadar düşük bir doz etkili olabilmektedir⁴. Günde 10 mg'dan, haftada 3 kez 10 mg'a kadar değişen çok düşük dozlar önerilmektedir³.

8- Dar bant UV-B Tedavisi

SD'de alternatif bir tedavi olarak dar bant UV-B fototerapinin etkisi araştırılmıştır. Şiddetli SD'li olan 18 hasta üzerinde yapılan çalışmada²⁶ tedavi, tam iyileşme oluncaya kadar veya maksimum 8 hafta süreyle haftada 3 kez uygulanmıştır^{3,26}. Tüm hastalar tedaviye iyi yanıt vermiş, 6'sı tam iyileşme göstermiştir. Tedavi bitiminden 2-6 hafta sonra tüm hastalarda tekrarlama görülmesi, uzun süreli remisyon için bir idame programı gerekebileceğini göstermektedir. Dar bant UVB'nin etki mekanizması, deride inflamatuar ve immunolojik süreç üzerine olan düzenleyici etkisi ile ilişkili olabilir. Ayrıca UV ışınının P. ovale üzerindeki yapısal değişiklikler yoluyla gelişmesini inhibe edebileceği rapor edilmiştir²⁶. Dar bant UVB tedavisi, şiddetli SD'li hastalarda çok etkili ve güvenli bir tedavi seçeneği gibi görünmektedir^{3,26}. Fotokemoterapinin SD tedavisinde etkili olduğu rapor edilmekle birlikte bazı otörler, PUVA tedavisi altındaki hastalarda SD gelişimini rapor etmişlerdir⁵.

9- Metronidazol

Topikal metronidazol SD tedavisinde değerli bir alternatiftir. SD'de yararıyla ilgili kanıtlanmış bir çalışma yoktur ve ilaç sadece rosacea tedavisi için tescillidir. Bu öneri araştırmacıların deneyimlerine dayandırılmaktadır¹. Çift kör, randomize bir çalışmada 8 hafta süreyle, günde 2 kez uygulanan %1 metronidazol jelin, saçlı deri, yüz ve göğüs SD'i tedavisinde, plasebodan daha etkili olduğu bildirilmiştir^{5,27,28}. Yapılan başka bir çalışmada ise metronidazol %0.75 jel ve plasebonun, SD tedavisinde benzer etkiye sahip olduğu saptanmıştır²⁹.

10- Diğer tedavi seçenekleri

Yüz ve saçlı deride sebopsoriasis veya SD bulunan 4 olguda, 1-24 dihidroksikolekalsiferol krem, günde 2 kez, 4 hafta uygulanmış, tüm lezyonların gerilediği görülmüş, 2 ay sonraki kontrollerde rekürrens olmadığı bildirilmiştir².

Çay ağacı yağı, Avustralya'ya özgü bir bitki olan Melaleuca alternifolia yapraklarından elde edilen esansiyel bir yağdır. P. ovale gibi bazı mikroorganizmalara karşı etkili olduğu öne sürülmüştür. Antimikrobiyal aktivitesinin, temel bileşen olan terpinen-4-ol ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Yapılan bir çalışmada hafif-orta derecede SD'li hastalarda çay ağacı yağının %5'lik şampuanı ve plasebonun etkinliği karşılaştırılmıştır. Yağ grubunda, 4 hafta süreyle günde 1 kez uygulama ile gözlenen %41'lik iyileşme istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Plasebo grubuna göre yağ grubunda daha az istenmeyen etki gözlenmiş, %5 olguda gözlerde hafif batma, saçlı deride yanma ve kaşıntı rapor edilmiştir^{2,30}.

Aloe vera ekstresinin, topikal olarak 4-6 hafta boyunca, günde 2 kez kullanımının, plasebodan üstün olduğunu ve kabuklanma ve kaşıntıyı azalttığını bildiren çalışmalar vardır².

İn vitro, sinnamik asit, malessezia türlerinin gelişimini azaltabilmektedir. Bu nedenle terapötik kullanım için ılımlı formüller denenebilir⁵.

Son yıllarda ılık suda dilüe edilmiş %90 bal'ın, SD ve kepek tedavisinde kullanıldığı rapor edilmiştir. Bal, bir miktar antifungal aktiviteye sahip gibi görünmektedir⁵.

Diğer bir çalışmada ise %15 propilen glikol solüsyonunun saçlı deriye uygulanması ile P. ovale sayısında azalma ve SD kliniğinde gerileme olduğu bildirilmiştir².

SD'de yağ ve tutulum alanına göre tedavi seçenekleri

1- İnfantil SD

İnfantlarda temel tedavi, deriyi kuru tutmak ve inflamasyonu hafifletmektir. Çocuk bezleri sıcak havalarda kullanılmamalı, sabun ve pudradan ya da gözü irrite ettiği için, katran preparatlarından kaçınılmalıdır³.

A- Saçlı Deri

Saçlı deri SD tedavisi, zeytinyağı içinde %3-5'lik salisilik asit ile kabukların kaldırılması, ılık zeytinyağı kompresleri, zayıf etkili glukokortikoidlerin krem veya losyon formunda birkaç gün uygulanması, bebek şampuanları, yumuşatıcılar ve kremler ile uygun deri korumasını kapsamaktadır¹. Bu bölgede yüksek emilim salisilize yol açabildiğinden salisilik asit preparatlarından, ayrıca olası hipertermi ve şiddetlenme nedeniyle oklüzyon veya ıslak pansumandan kaçınılmalıdır³.

B- Intertriginöz Alanlar

İntertriginöz alanların tedavisi çinko losyon veya çinko yağ içinde %0.2-0.5 kliokuinol gibi kurutucu, antiseptik losyonları kapsamaktadır¹. Topikal steroidler, %0.5-1 hidrokortizon ile sınırlanmalıdır. İnfantil SD için borage (hodan) yağı ile etkili, yeni bir tedavi seçeneği öne sürülmüştür. Yaklaşık olarak %24 gamalinolenik asit içeren borage yağı, Borago officinalis adlı bir bitkinin tohumundan elde edilmektedir. Günde 2 kez bez bölgesine 0.5 ml borage yağı uygulanması ile tüm çocukların deri lezyonlarının 10-12 gün içinde gerilediği ifade edilmektedir. Haftada 2-3 kere intermitan tedaviden sonra 6-7 aylık iken tedavi kesildiğinde relaps gözlenmemiştir. Leiner hastalığı olan infantlarda oral ve parenteral biotin tedavisiyle dramatik yanıtlar elde edildiği rapor edilmiştir. Sistemik tedavi olarak şiddetli kaşıntı için antihistaminikler verilebilir³.

2- Yetişkin SD

Yetişkinlerde hastalığın uzun bir seyir göstermesi nedeniyle dikkatli ve ılımlı tedavi rejimleri tavsiye edilmektedir. Antiinflamatuvarlar ve gerekirse antimikrobiyal veya antifungal ajanlar kullanılmalıdır¹.

A- Saçlı Deri

Saçlı deride %1-2.5 selenyum sülfid, antifungaller, çinko piritinon, benzoil peroksit, salisilik asit, kömür veya ardıç katranı içeren şampuanların günlük kullanımı önerilmektedir^{1,3}. Saçlı deri SD'li 19 ve psoriasis kapitisli toplam 71 hastada yapılan bir çalışmada hastalara %40 üre+ %1 bifonazol içeren pomad uygulanmış ve bu tedavi rejiminin güvenli, iyi tolere edilebilir ve etkili olduğu gösterilmiştir³¹. Mikonazol, monoterapi ve hidrokortizon solüsyon ile kombinasyon şeklinde etkili olabilmektedir. Karşılaştırmalı bir çalışmada saçlı deri SD tedavisinde %2 ketokonazol şampuanının, %2.5 selenyum sülfid kadar etkili olduğu bildirilmiş ve ketokonazol daha iyi tolere edilmiştir. Ayrıca ketokonazol köpüren jelin, %0.05 betametazon dipropiyonattan belirgin derecede daha etkili olduğu bulunmuştur⁵. Skuamlar su bazlı glukokortikoid veya salisilik asitin tüm gece boyu uygulanması ve gerektiğinde oklüzyon tedavisiyle kaldırılabilir¹. Topikal terbinafin %1 solüsyonunun da saçlı deri SD'i tedavisinde etkili olduğu gösterilmiştir⁴. Tentür, alkollü solüsyonlar, tonikler ve benzer ürünler genellikle enflamasyonu arttırdığı için bunlardan kaçınılmalıdır^{1,3}.

B- Yüz ve gövde

Hastalar yağlı pomadlardan kaçınmalı ve sabun kullanımını azaltmalı ya da terk etmelidir¹. Alkollü solüsyonlar, traş öncesi veya sonrası kullanılan losyonlar önerilmemektedir^{1,3}. Zayıf etkili glukokortikoidler hastalığın erken döneminde^{1,3}, eritem ve kaşıntının gerilemesine yardımcı olur⁴. Ketokonazol %2 krem, yüz, saçlı deri ve gövde SD'i tedavisinde, günde 1 kez kullanıldığında, %1 hidrokortizon krem kadar etkili olduğu gösterilmiştir^{4,5}. Stratigos ve arkadaşları 4 haftalık kullanımdan sonra, her iki grupta, yan etki insidansının, benzer şekilde düşük olduğunu rapor etmişlerdir⁵. Yüz lezyonları için sodyum sülfasetamid %10 losyon veya metronidazol jel de uygulanabilir^{3,4}. Gövde SD'ini tedavi etmek zordur³. Gövde SD'i için çinko veya katranlı şampuanlar, %2 ketokonazol krem ve/veya topikal kortikosteroidli krem, losyon ya da solüsyon yararlı bulunmuştur. Benzoil peroksit banyoları kullanılan hastalar, bu ajanların giyecekleri ve çarşafı beyazlatmaları sebebiyle uygulama sonrası titizlikle durulanmaları konusunda uyarılmalıdır. Kuruluk riski nedeniyle tedavi sonrası nemlendirici kullanımı yararlıdır⁴.

3- Seboreik otitis eksterna

Seboreik otitis eksterna zayıf etkili glukokortikoid içeren kremlere iyi yanıt verir. Kulak damlalarının birçoğu güçlü bir duyarlandırıcı olan neomisin içerdikleri için kullanılmamalıdır. Hastalık kontrol altına alındıktan sonra glukokortikoid kesilmeli ve idame tedavisinde alüminyum asetat içeren bir solüsyon günde 1-2 kez uygulanmalıdır. Alüminyum asetat kurutucu ajan olarak etki göstermekte ve mikrobiyal florayı azaltmaktadır¹.

4- Seboreik blefarit

Seboreik blefarit tedavisine özel önem verilmektedir. Pamuk uçlu bir aplikatör ile nazıkçe debridman ile birlikte sıcak kompres ve günde bir veya daha fazla bebek şampuanı kullanımı önerilmektedir. İnatçı olgular, sodyum sülfasetamid oftalmik pomad gibi bir topikal antibiyotik kullanımına ihtiyaç gösterebilmektedir. Glukokortikoid içeren göz preparatlarının olası kullanımı bir oftalmoloğa danışılmalıdır¹.

5- Pityriasis amiantacea

Pityriasis amiantacea, yoğun skuamaların saçlara yayıldığı ve ayrılıp proksimal parçalarının birleştiği¹, özellikle çocukluk çağında görülen, infantil ve erişkin SD arasında bir geçiş formudur². Skuamalar ardıç yağı (ardıç katranı) veya topikal katransalisilik asit içeren pomad kullanımı ile kaldırılmalı ve 4-6 saat sonra katranlı veya imidazol içeren bir şampuanla yıkanmalıdır. Güçlü etkili topikal glukokortikoid krem veya sıvılar bazı olgularda tercihen başlangıçta plastik oklüzyon şeklinde faydalı olabilir. Kalsipotriol krem veya losyon veya tacalcitol pomad da tavsiye edilmektedir. Topikal tedavi başarısız olursa sistemik glukokortikoidler (0.5 mg/kg/gün prednizolon yaklaşık 1 hafta süreyle) topikal tedaviyle kombinasyon şeklinde faydalıdır. Eşlik eden antimikrobiyal tedavi (makrolidler, sülfonamidler) inatçı olgular için, özellikle bakteriyel enfeksiyon birlikteliğinden şüpheleniliyorsa kullanılmaktadır. Tedavi zorudur ve sıklıkla relaps görülmektedir³.

Kaynaklar

1. Plewig G, Jansen T: Seborrheic dermatitis. *Dermatology in General Medicine*. Ed. Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI, Fitzpatrick TB. Beşinci Baskı. Newyork, Mc Graw-Hill Inc, 1999;1482-9.
2. Kiremitçi Ü, Topçu E, Serdaroğlu S: Seboreik dermatit tedavisi. *Dermatose* 2004;2:146-50.
3. İnalöz HS, Kırtak N: The pathogenesis and treatment of seborrheic dermatitis. *T Klin J Med Sci* 2002;22:239-44.
4. Johnson BA, Nunley JR: Treatment of seborrheic dermatitis. *Am Fam Physician* 2000;61:2703-10.
5. Gupta AK, Bluhm R: Seborrheic dermatitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2004;18:13-26.
6. Dreno B, Chosidow O, Revuz J, Moysé D: Lithium gluconate 8% vs ketoconazole 2% in the treatment of seborrheic dermatitis: a multicentre, randomized study. *Br J Dermatol* 2003;148:1230-6.
7. Braza TJ, DiCarlo JB, Soon SL, McCall CO: Tacrolimus 0.1% ointment for seborrheic dermatitis: an open-label pilot study. *Br J Dermatol* 2003;148:1242-4.
8. Milani M, Antonio Di Molfetta S, Gramazio R, Fiorella C, Frisario C, Fuzio E et al: Efficacy of betamethasone valerate 0.1% thermophobic foam in seborrheic dermatitis of the scalp: an open-label, multicentre, prospective trial on 180 patients. *Curr Med Res Opin* 2003;19:342-5.
9. Başak PY, Ergin Ş: Comparative effects of calcipotriol and betamethasone 17-valerate solution in the treatment of seborrheic dermatitis of the scalp. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2001;15:86-8.

10. Gupta AK, Ryder JE, Nicol K, Cooper EA: Superficial fungal infections: an update on pityriasis versicolor, seborrheic dermatitis, tinea capitis, and onychomycosis. *Clin Dermatol* 2003; 21:417-25.
11. Baysal V, Yıldırım M, Özcanlı Ç and Ceyhan AM: Itraconazole in the treatment of seborrheic dermatitis: a new treatment modality. *Int J Dermatol* 2004;43:63-6.
12. Faergemann J, Jones TC, Hettler O and Loria Y: Pityrosporum ovale (*Malassezia furfur*) as the causative agent of seborrheic dermatitis: new treatment options. *Br J Dermatol* 1996;134:12-5.
13. Scaparro E, Quadri G, Virno G, Orifici C and Milani M: Evaluation of the efficacy and tolerability of oral terbinafine (DaskiIR) in patients with seborrheic dermatitis. A multicentre, randomized investigator-blinded, placebo-controlled trial. *Br J Dermatol* 2001;144:854-7.
14. Cassano N, Amoroso A, Loconsole F and Vena GA: Oral terbinafine for the treatment of seborrheic dermatitis in adults. *Int J Dermatol* 2002;41:821-2.
15. Faergemann J: Treatment of seborrheic dermatitis with oral terbinafine? *Lancet* 2001;358:170.
16. Chosidow O, Maurette C, Dupuy P: Randomized, open-labeled, non-inferiority study between ciclopiroxolamine 1% cream and ketoconazole 2% foaming gel in mild to moderate facial seborrheic dermatitis. *Dermatology* 2003;206:233-40.
17. Brownell I, Quan LT and Hsu S: Topical pimecrolimus in the treatment of seborrheic dermatitis. *Dermatol Online J* 2003;9:13.
18. Dupuy P, Maurette C, Amoric JC, Chosidow O: Randomized, placebo-controlled, double-blind study on clinical efficacy of ciclopiroxolamine 1% cream in facial seborrheic dermatitis. *Br J Dermatol* 2001;144:1033-7.
19. Unholzer A, Varigos G, Nicholls D, Schinzel S, Nietsch KH, Ulbricht H et al: Ciclopiroxolamine cream for treating seborrheic dermatitis: a double-blind parallel group comparison. *Infection* 2002;30:373-6.
20. Squire RA, Goode K: A randomised, single-blind, single-centre clinical trial to evaluate comparative clinical efficacy of shampoos containing ciclopirox olamine (1.5%) and salicylic acid (3%), or ketoconazole (2%, NizoralR) for the treatment of dandruff/seborrheic dermatitis. *J Dermatol Treat* 2002;13:51-60.
21. Aly R, Katz HI, Kempers SE, Lookingbill DP, Lowe N, Menter A et al: Ciclopirox gel for seborrheic dermatitis of the scalp. *Int J Dermatol* 2003;42:19-22.
22. Crutchfield CE 3rd: Pimecrolimus: a new treatment for seborrheic dermatitis. *Cutis* 2002;70:207-8.
23. Meshkinpour A, Sun J and Weinstein G: An open pilot study using tacrolimus ointment in the treatment of seborrheic dermatitis. *J Am Acad Dermatol* 2003;49:145-7.
24. Pierard-Franchimont C, Pierard GE: A double-blind placebo-controlled study of ketoconazole+desonide gel combination in the treatment of facial seborrheic dermatitis. *Dermatology* 2002;204:344-7.
25. Langtry JAA, Rowland Payne CME, Staughton RCD, Stewart JCM and Horrobin DF: Topical lithium succinate ointment (Efalith) in the treatment of AIDS-related seborrheic dermatitis. *Clin Exp Dermatol* 1997;22:216-9.
26. Pirkhammer D, Seeber A, Höningmann H and Tanew A: Narrow-band ultraviolet B (TL-01) phototherapy is an effective and safe treatment option for patients with severe seborrheic dermatitis. *Br J Dermatol* 2000;143:964-8.
27. Iudica AC: Does treatment with topical metronidazole improve seborrheic dermatitis? *J Fam Pract* 2001;50:492.
28. Parsad D, Pandhi R, Negi KS, Kumar B: Topical metronidazole in seborrheic dermatitis-a double-blind study. *Dermatology* 2001;202:35-7.
29. Koca R, Altınayaz HC, Eştürk E: Is topical metronidazole effective in seborrheic dermatitis? A double-blind study. *Int J Dermatol* 2003;42:632-5.
30. Satchell AC, Saurajen A, Bell C, Barnetson RS: Treatment of dandruff with 5% tea tree oil shampoo. *J Am Acad Dermatol* 2002;47:852-5.
31. Shemer A, Nathansohn N, Kaplan B, Weiss G, Newman N, Trau H: Treatment of scalp seborrheic dermatitis and psoriasis with an ointment of 40% urea and 1% bifonazole. *Int J Dermatol* 2000;39:532-4.