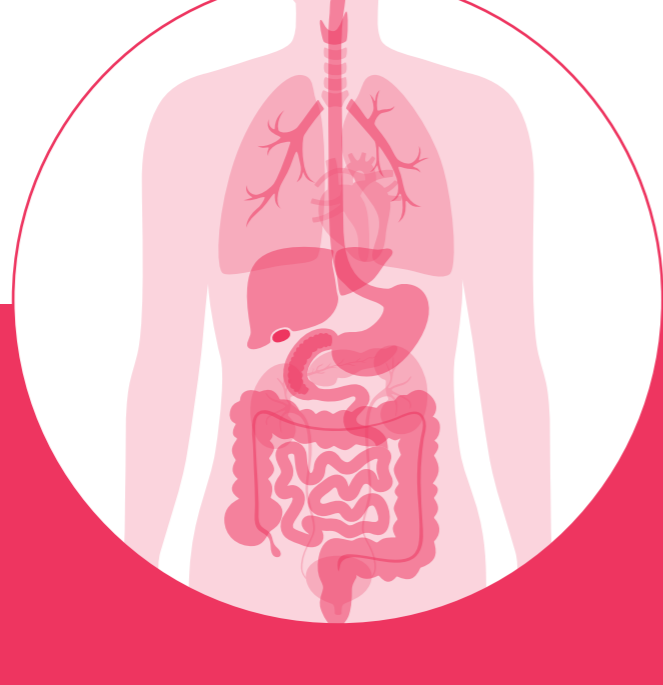
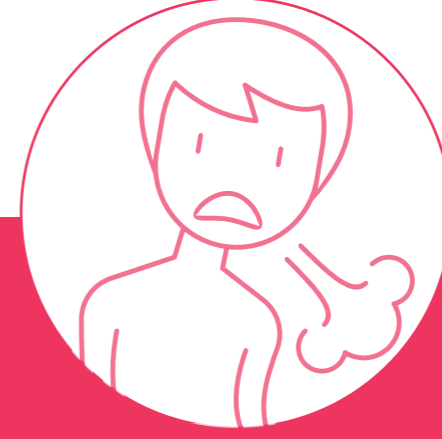


SKLERODERMA altında birden fazla ender görülen NEDİR? otoimmün bağ dokusu hastalığını kapsayan bir çati terimdir.¹

Otoimmün bağ dokusu hastalıklarında bağışıklık sistemi, **vücudun kendi dokularına saldırır, hasara ve enflamasyona sebep olur.**¹



Kılcal damarlarda oluşan tahribat kollajen miktarında aşırı artışa; dolayısıyla da dokularda sertleşme, kalınlaşma ve iç organlarda tutulumu yol açar.^{2,3}



Sadece dış görünüşte değil, aynı zamanda **damar ve iç organ dokularında** da tahribat ve/veya kalınlaşmaya sebep olduğu için, solunum ve dolaşım sistemleri dahil olmak üzere ciddi sorunlara sebebiyet verir.^{4,5}

Skleroderma 2 temel alt gruba ayrılır

Sistemik Skleroz (SSc) ve Lokalize Skleroderma Her iki alt grupta gözlemlenen ortak komplikasyon, fibrozisdir.^{6,7}

Sistemik ile lokalize skleroderma klinik açıdan birbirinden çok farklı özellikler gösterirler.⁸

Sklerodermanın hangi sebeplerle ortaya çıktığı tam olarak bilinmemekle beraber çeşitli teoriler mevcuttur. Kimi araştırmalar genetik ve ailesel sebeplere işaret ederken, kimi çalışmalar viral ve bakteriyel enfeksiyonların, kimileriye travmaların tetikleyici faktör olarak sklerodermaya sebep olduğuna vurgu yapmaktadır. Ancak kesin sebepleri henüz tespit edilebilmiş değildir.^{6,8}



Sklerodermanın henüz kesin bir tedavisi olmasa da **erken teşhis**, yaşam beklentisini iyileştirebilir. Bu konuda hekiminiz sizi en doğru biçimde yönlendirecektir.^{2,4}

SİSTEMİK SKLEROZİS (SSc)

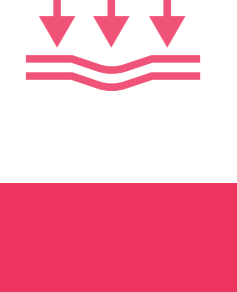
SSc, erkeklere kıyasla kadınlarda daha fazla gözlemlenir. 4 farklı ülkede yapılan çeşitli çalışmalar, SSC görülme sıklığını **1.000.000 kişide 150-300** civarında tespit etmiştir.²

Sınırlı kutanöz SSc¹

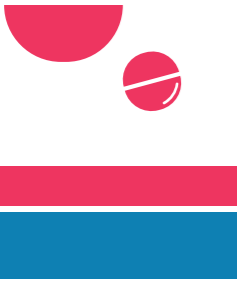
LcSSc ilerleyen evrelerde akciğerleri ve sindirim sistemini de etkileyebilen, eller, alt kollar, ayaklar, alt bacaklar ve yüzdeki cilt ile sınırlı daha hafif bir form.



Genellikle Raynaud fenomeni başlar (parmakların ve ayak parmaklarının soğukta beyazlaştığı bir dolaşım problemi).



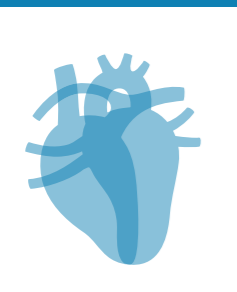
Eller, ayaklar ve yüzdeki ciltte kalınlaşma, ciltte kırmızı noktalar, cilt altında sert topaklar, mide ekşimesi ve yutma problemleri (disfaji) bulunur.



Genellikle yaygın sistemik sklerozdan daha az şiddetli olmasına ve genellikle tedavi ile kontrol altına alınabilmesine rağmen, zamanla giderek kötüleşme eğilimindedir.

Yaygın (diffüz) kutanöz SSc¹

DcSSc Semptomlar aniden ortaya çıkar ve ilk birkaç yıl içinde hızla kötüleşir, ancak daha sonra durum normal olarak düzelir ve cilt yavaş yavaş iyileşebilir.



İç organları etkileme olasılığı daha yüksektir.



Cilt değişiklikleri tüm vücudu etkileyebilir.



Kilo kaybı, yorgunluk ve eklem ağrısı ve sertliği görülebilir.

İnterstisyel akciğer hastalığı (İAH), pulmoner fibrozis ve pulmoner arteriyel hipertansiyon (PAH) gibi kardiyopulmoner tutulumlar, SSc'de gözlemlenen ölüm sebeplerinin başında gelir. Dolayısıyla İAH ve PAH'ta erken teşhis, önem arz etmektedir.^{5,8}



HASTALARIN GÖZÜNDEN SKLERODERMA

Sklerodermanın neden olduğu komplikasyonlar ve eşlik eden hastalıklar, hastaların **günlük yaşamını ciddi anlamda etkiler**. El, ayak gibi insan hayatının idamesinde merkezi rol oynayan uzuvlarda oluşan yaralar ile dijital ülselerin sebep olduğu ağrı ve acı, tutuş ve diğer el fonksiyonlarını doğrudan etkileyerek hastaların hareketliliğini engeller, **yaşam kalitelerinin düşmesine sebep olur.**⁹

Hastalar akciğerlerdeki tutulumdan dolayı düzenli nefes almakta zorluk çekebilir; kas ve eklem enflamasyonlarından dolayı kronik ağrı ve acıya maruz kalabilir.⁸ Bunlara bağlı olarak **yorgunluk, halsizlik, güçsüzlük, iştah ve kilo kaybı gibi çeşitli semptomlar zamanla ortaya çıkabilir.**⁵

Skleroderma aynı zamanda hastaların dış görünüşlerinde de, **yağ dokusu kaybı, dudak incelmeleri, mikrostomi (ağız küçülmesi) gibi kalıcı fiziksel tahribata sebep olabilir.** Bu değişimler, hastanın psikolojisi ve sosyal yaşamını negatif yönde etkileyebilir.⁹

Referanslar: 1. <https://www.nhs.uk/conditions/scleroderma/> Erişim tarihi: Nisan 2021. 2. Barnes J, Mayes MD. Curr Opin Rheumatol. 2012;24(2):165-70. 3. Orlandi M et al. Clin Exp Rheumatol. 2018;36 Suppl 113(4):3-23. 4. Distler O, Cozzio A. Semin Immunopathol. 2016;38(1):87-95. 5. Denton CP, Khanna D. Lancet. 2017;390(10103):1685-1699. 6. Careta MF, Romiti R. An Bras Dermatol. 2015;90(1):62-73. 7. Wei J et al. Autoimmun Rev. 2011;10(5):267-75. 8. Felt N. Clin Dermatol. 2013;31(4):432-437. 9. Wilson H, Vincent R. Br J Nurs. 2006;15(15):805-9.