

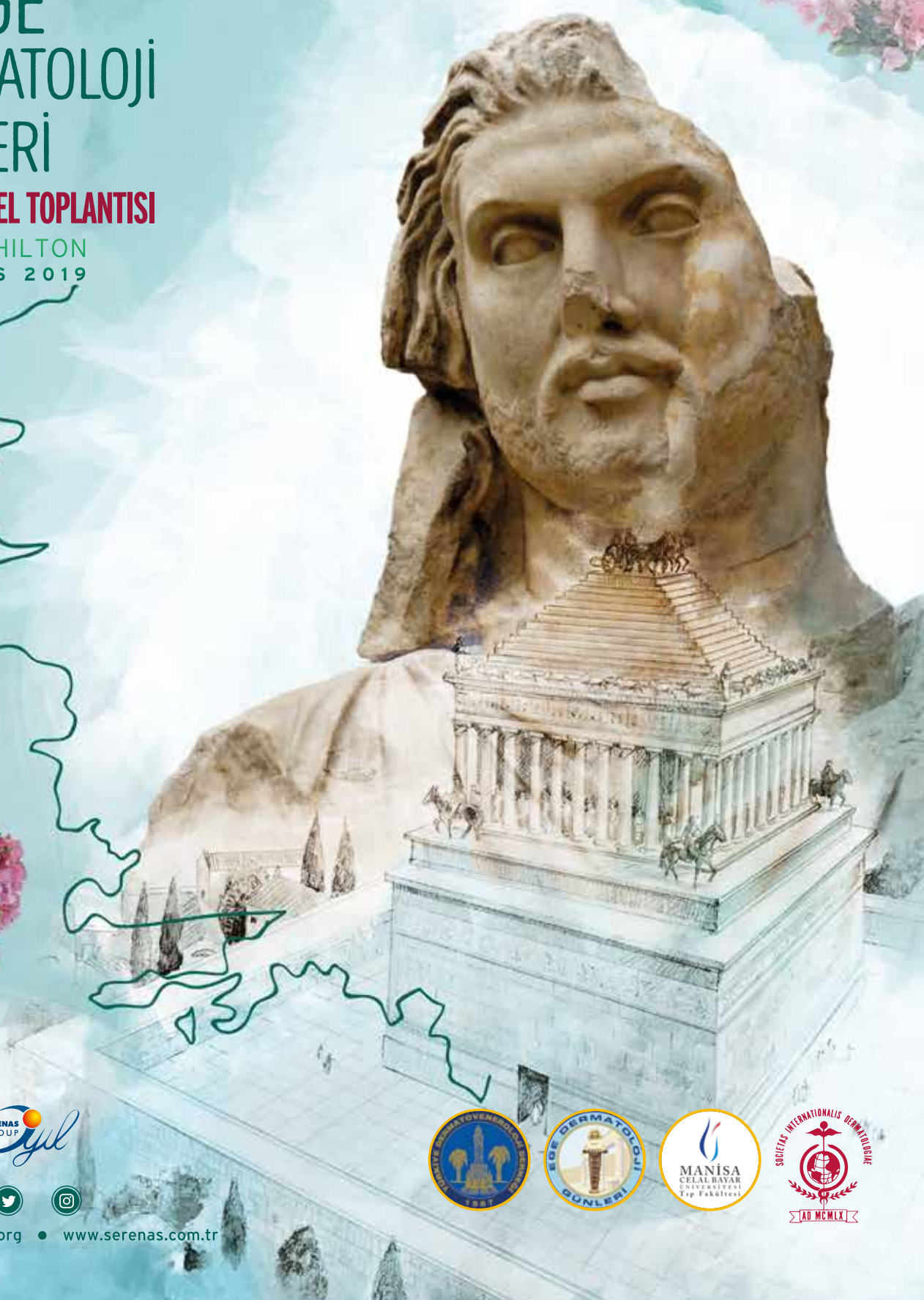
BEGONVİL

KONGRE BÜLTENİ

14. EGE
DERMATOLOJİ
GÜNLERİ

ISD BÖLGESEL TOPLANTISI

BODRUM HILTON
1-5 MAYIS 2019



www.egedermatoloji2019.org • www.serenas.com.tr





Değerli Meslektaşlarımız,

Sonunda sayılı günler geçti ve baharın en güzel günlerinde Bodrum'da "Hilton Bodrum Türkbükü Hotel, Resort & Spa"da tekrar buluştuk. 14. Ege Dermatoloji Günleri'nde yeniden birlikte olmanın heyecanı sizlere "Merhaba" diyoruz.

Zengin bilimsel içerikli ve güncel, pratik uygulamalı kurslarıyla dermatoloji uzmanlarının mezuniyet sonrası eğitimine katkıda bulunacak ve tartışma oturumlarının ön planda olduğu geniş ufuklu bir kongre düşledik. Özenle seçilmiş konuların, alanlarında deneyimli ulusal ve uluslararası akademisyen meslektaşlarımız tarafından son yeniliklerin eşliğinde sunulmasını hedefledik.

Kongremizin bu yıl ki en önemli özelliği Türkiye Dermatoveneroloji Derneği' ne ek olarak, International Society of Dermatology (ISD)'nin (Uluslararası Dermatoloji Derneği) eş-desteğinde düzenleniyor olmasıdır. 14. Ege Dermatoloji Günleri, International Society of Dermatology'nin 2019 yılında dünya genelinde destek vereceği beş ulusal ve bölgesel toplantıdan biri olma hakkını kazanmış ve ISD 2019 Toplantı Takvimi'ne alınmıştır. ISD'nin bu desteğinin amacı, hem destek verdiği dermatoloji toplantılarının dünya çapında bilinirliklerini arttırmak ve hem de o ülkedeki ISD üyesi dermatolog sayısını artırmaktır. ISD'nin verdiği bu destekle ve tüm yayın kanallarında bunu devamlı duyuruyor olması ile kongremizin bu yıl ile birlikte global bir özellik kazanacağını ummaktayız.

Dünyanın Yedi Harikası'ndan biri olan Halikarnas Mozolesi, Halikarnas'ta yani bugünkü adıyla Bodrum'da Milad'tan 350 yıl önce ölen Karya Kralı Mausolos için eşi Kraliçe Artemisia'nın yaptırdığı anıt mezarıdır. Mozole, kolonlarıyla Yunan mimarisini, piramit şeklindeki çatısıyla da Mısır mimarisini birleştiren, oldukça büyük boyutlardaki bir mezarıdır. Bu öneminden dolayı kendinden sonra gelen, aynı stildeki tüm anıt mezarlara mozole denilmiştir. Anıtın 1500 yıl kadar ayakta kaldıktan sonra bir deprem sonucu yıkıldığı sanılmaktadır. 1402'de Saint Jean şövalyeleri Bodrum'a geldiklerinde anıtı yıkık olarak görmüşler, ve hemen tüm taşlarını sökerek Bodrum Kalesi'ni yapmışlardır. Mozole kabartmaları, Mausolos ve Artemisia'nın heykelleri, dört atlı arabanın parçaları, Londra'da British Museum'da sergilenmektedir. Bodrum'da ise, geçen yüzyıl buradan götürülen kabartmaların ne yazık ki alçı kopyaları sergilenmektedir. Bodrum Kalesi, hiç şüphesiz Bodrum'un en önemli ikonudur. 1964'te Bodrum Sualtı Arkeoloji Müzesi adı ile ziyarete açılmıştır. Sualtı arkeoloji ve araştırmalarında ele geçen eserlerin oluşturduğu zengin bir müzedir. Biz de Dünyanın Yedi Harikası'ndan biri olan Halikarnas Mozolesinin doğduğu bu topraklarda, bu eşsiz yapıyı kongremizin simgesi yaparak aynı mükemmellikte ve eşsiz bir kongreyi sizlere ulaştırmayı hedefledik.

Tarihi ve doğal güzellikleri ile Ege Bölgemizin incisi olan Bodrum'da, katılımınızla varsılaşan kongremizde hep birlikte unutulmaz anlar geçirmeniz dileğiyle.

Prof. Dr. Mustafa Turhan ŞAHİN
Kongre Başkanı

Prof. Dr. Ali Tahsin GÜNEŞ
Türkiye Dermatoveneroloji Derneği



Dear Congress Friends,

It is with pleasure that I welcome you to this International Society of Dermatology 2019 regional meeting in conjunction with our Turkish friends and colleagues. This is our first meeting with the Dermatovenereology Association of Turkey as they convene their 14th Eurasian Congress of Dermatology in Bodrum, Turkey. Teşekkür ederim to Prof. Dr. Mustafa Turhan Sahin President of the Congress and Prof. Dr. Ali Tahsin Gunes, President of the Turkish Dermatovenereology Association for their hard work and leadership.

Much effort has been invested to bring you talks on cutting edge topics presented by regional authorities and complimented by an international faculty from German, Slovakia, Jordan, The Philippines and the United States. The table has been set by your hosts to enjoy and learn in a beautiful setting. I send you my warm regards for a successful meeting and for this opportunity to build friendships, plan future gatherings and to bring home pearls of knowledge to serve our patients.

Respectfully,

George Reizner
President,
International Society of
Dermatology

GEÇMİŞTEN GÜNÜMÜZE...





Cüneyt Soyol

"Mausolos Sanat Sergisi"

Ali Tahsin Güneş • Ertuğrul Aydemir • Mustafa Turhan Şahin
Cüneyt Soyol • Mümtaz Mazıcıoğlu • Sema Aydemir
Ercan Arca • Nuran Alı • Ebru Aykut Arca • Sevgi Yüksekdağ

1 - 5 Mayıs 2019 tarihleri arasında
Salon 3'de ziyaretlerinize açıktır.
Hepinizi bekliyoruz.

SOSYAL ANIMSATMALAR

AÇILIŞ SERAMONİSİ
GEZEN SALONU
02.05.2019, 18:00

"DÜŞSEL ROTALAR"

UZ. DERMATOLOG DR. NALAN AVCI
GEZEN SALONU
02.05.2019, 20:00

"BİR MASAL YAŞANDI... ARANJMANLAR"

BÖLÜM 1: 60'LARDAN 80'LERE"
UZ. DERMATOLOG DR. CÜNEYT SOYAL
GEZEN SALONU
02.05.2019, 20:45

GALA GECESİ

GEZEN SALONU
03.05.2019, 20:00

15. EGE DERMATOLOJİ GÜNLERİ

3-7 Haziran 2020



BİLİMSEL ANIMSATMALAR

UYDU SİMPOZYUM
(MEDİTEK)
GEZEN SALONU
02.05.2019, 16:05

UYDU SİMPOZYUM
(FARMANOVA)
GEZEN SALONU
03.05.2019, 11:45

UYDU SİMPOZYUM
(BAYER)
GEZEN SALONU
03.05.2019, 14:40



PSORİASİS TEDAVİSİNDE BİYOLOJİK AJANLARIN KULLANIMI: YENİ AJAN SEKUKİNUMAB

Prof. Dr. Mustafa Turhan ŞAHİN, Dr. Kağan CİNGÖZ

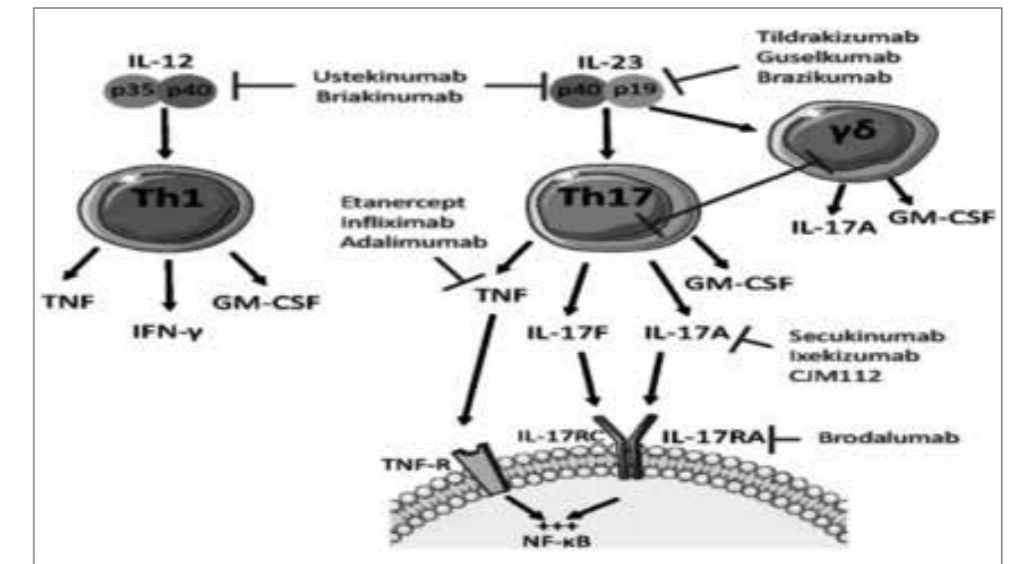
Manisa Celal Bayar ÜTF, Deri ve Zührevi Hastalıklar AD, Manisa

Psoriasis tüm dünya nüfusunun %1-3'ünü etkileyen, sık görülen kronik inflamatuvar otoimmün bir deri hastalığıdır.

Psoriasis patogeneğinde immün sistemin öneminin fark edilmesi yeni tedavi ajanlarının geliştirilmesini beraberinde getirmiştir.

Psoriasis tedavisinde geleneksel ajanlardan farklı olarak daha özgün, T hücresi ve inflamatuvar sitokinlerin aktivasyonunu inhibe eden, patojenik T hücrelerinin azalmasını sağlayan, immün yanıtı baskılayıcı yöne kaydıran ajanlar olan biyolojikler kullanılmaya başlanmıştır.

Psoriasis hastalarının yaklaşık %20'sinde orta ile şiddetli psoriasis bulunur. Biyolojik ajanlar orta ve şiddetli plak tipi psoriasis için önemli tedavi seçenekleridir. Tümör nekroz faktörü-alfa (TNF-α), psoriasis patogeneğinde merkezi rol oynayan bir pro-enflamatuvar sitokindir. TNF-İ'nin bloke edilmesiyle psoriasis başarıyla tedavi edilebilmektedir. Biyolojik ajanlar; siklosporin, asitretin, metotreksat veya fototerapi/fotokemoterapi gibi sistemik tedavilere cevap vermeyen, bu tedavilerin kontrendike olduğu veya tolere edilemediği orta ve şiddetli plak psoriasis, stabil olmayan psoriasis ve psoriatik artritli yetişkin hastaların tedavisinde kullanılırlar. Ülkemizde anti-TNF ajanlardan monoklonal antikor olarak adalimumab ve infliximab, reseptör blokleri olarak etanercept, anti- (interlökin-12/23) monoklonal antikor olarak ustekinumab, interlökin (İL)-17A'ya selektif olarak bağlanarak nötralize eden, immüoglobulin G1/κ izotipinde rekombinan, yüksek afiniteli, insan monoklonal antikor Sekukinumab psoriasis tedavisinde onaylıdır. Bir başka (İL)-17A'yı hedef alacak şekilde geliştirilen İxekizumab'ın yakın zamanda geri ödeme alması beklenmektedir. Diğer biyolojik ajanlar arasında brodalumab, guselkumab, tildrakizumab ve sertolizumab pegol bulunmaktadır.



***McGinley AM, Edwards SC, Raverdeau M, Mills KHG. Th17 cells, g T cells and their interplay in EAE and multiple sclerosis. J Autoimmun 2018 Jan 21. pii: S0896-8411(18)30007-6.

Biyolojik Tedavi Kesin Kontrendikasyonları
Aktif enfeksiyonlar
Aktif tüberküloz
İmmünosüpressif tedavi
Malignite varlığı (tedavi edilmiş melanom dışı deri kanserleri ve 5 yıl önce tedavi almış olan maligniteler hariç)
Demiyelinizan hastalıklar
Konjestif kalp yetmezliği [New York Kalp Birliği (NYKB) derece 3 ve 4]
İlaca hipersensitivite

Biyolojik Tedavi Göreceli Kontrendikasyonları
İki yüz seanstan fazla psoralen ultraviyole A (PUVA) tedavisi, 350 seanstan fazla ultraviyo-le B (UVB), özellikle arkasından siklosporin kullanmış hastalar
HIV pozitif veya AIDS'li hastalar
Hepatit B veya C pozitif hastalar
Konjestif kalp yetmezliği (NYKB derece 1 ve 2)
Rekürren enfeksiyonlar
Canlı aşılar

Tüberküloz

Biyolojik ajan kullanacak hastalarda tüberküloz açısından anamnez, fizik muayene, akciğer filmi, PPD testi ve/veya spesifik interferon-gama (quantiferon tbc testi) yapılmalıdır. Quantiferon tbc testinin pozitif veya PPD değerinin ≥5 mm olması durumlarında TB'ye karşı koruyucu tedavi yapılmalıdır. Koruyucu tedavi biyolojik tedaviden bir ay önce başlamalı ve herhangi bir nedenle biyolojik edavi kesilse bile 9 ay boyunca 300 mg/gün izoniazid (INH) verilmelidir. İNH'nin kullanmadığı durumlarda 4 ay boyunca rifampisin kullanılabilir.

Gebe kalma potansiyeli olan kadınlarda biyolojik tedavi sırasında ve sonrasında 6 ay boyunca kontrasepsiyon uygulanmalıdır.

Çocuk hastalarda etanersept veya adalimumab, obez hastalarda mg/kg/doz hesabı yapılabildiği için infliksimab veya ustekinumab seçimi ön plandadır.

İnfliksimab:

İnfliksimab, tümör nekroz faktörü-alfa (TNF-α) antagonisti olan şimerik (fare/insan) bir monoklonal antikordur. TNF- α ya yüksek afinite ve spesifite göstererek psoriasis ve TNF-α'nın aşırı üretimi ile seyreden diğer enflamatuvar hastalıkların patomekanizmalarını inhibe eder.

Dozaj ve Tedavi Şeması:

İnfliksimab kilogram başına 5 mg olarak hesaplanarak iki saatin üzerinde kısa süreli infüzyonla verilir. **0, 2 ve 6. haftalarda yapılan indüksiyon periyodundan** sonra her **sekiz haftada bir** tekrarlanan idame tedavisine geçilir. Tedavi sırasında klinik yanıtın azalması durumunda doz aralıkları kısaltılabilir. Ancak bu süre de dört haftadan kısa olmamalıdır. Hastalar infüzyon sırasında ve infüzyondan sonraki 1-2 saat boyunca dikkatle takip edilmelidir.

İnfliksimab avantajı hızlı klinik yanıt göstermesi ve kiloya göre doz ayarlanabilmesidir.
Düzensiz infüzyonlar antikor gelişim riskini ve buna bağlı olarak infüzyon reaksiyonu gelişme olasılığını artırabilir.
Ekleml tutulumunda, etkinliği artırmak amacı ile ve antikor gelişim riskini azaltmak için tedaviye düşük doz metotreksat eklenebilir.

Etanercept:

Etanersept, tümör nekroz faktörü (TNF)-alfa'nın hücre yüzey reseptörleri ile etkileşimini yarışmalı olarak baskılayan recombinant insan reseptör füzyon proteinidir. Etanersept; artrit, Crohn hastalığı ve psoriasis gibi birçok enflamatuvar hastalıkta önemli bir sitokin olan TNF-alfa'yı bağlayıp nötralize ederek sistemik konvansiyonel tedavilere yanıt vermeyen, bu tedavilerin kontrendike olduğu veya tolere edilemediği orta-şiddetli psoriasis hastalarının tedavisinde kullanılır. Eylül 2004'te psoriasis tedavisi için onay almıştır.

Tedavi Şeması:

İndüksiyon dozu (0-12 hafta): Haftada 2x25 mg veya 2x50 mg, İdame dozu (13-24 haftalar): Eğer 12. haftada Psoriasis Alan Şiddet İndeksi (PAŞİ) 75 elde edilmişse 2x25 mg/hafta, 50 mg/ hafta.

Eğer PAŞİ 75 elde edilememiş, minimum PAŞİ 50 yanıtı mevcutsa 2x50 mg/hafta.

Gebelik kategorisi B'dir. Ancak gebelik ve laktasyon döneminde kullanımı ile ilgili randomize klinik çalışmalar mevcut olmadığı için bu hastalarda biyolojik ajan kullanımı önerilmemektedir. Gebe kalma potansiyeli olan kadınlarda biyolojik tedavi sırasında ve sonrasında 6 ay boyunca kontrasepsiyon uygulanmalıdır. Bu durum, yarar/zarar oranı dikkate alınarak hasta bazında değerlendirilmelidir. Etanersept kullanırken izlene 500 gebede teratojenite bildirilmemiştir.

Ocak 2007 ve Mart 2014 tarihleri arasında, PubMed, Excerpta Medica Database, Cochrane Kontrollü Klinik Çalışma Kayıtları taranarak pediatrik psoriasisde tüm sistemik tedavilerin etkinlik ve güvenilirliği araştırılmıştır. Etanersept en fazla veriyeye sahip ajandır ve 96 haftalık izlemde etkin ve güvenli görülmüştür. 12 yaş üzerinde çocuklarda tercih edilebilir.

Adalimumab:

Tamamı insan monoklonal antikoru olan adalimumab spesifik olarak tümör nekroz faktörü (TNF)-alfa ile p55 ve p75 TNF- alfa hücre-yüzey reseptör ilişkisini bloke ederek, TNF-alfa'nın biyolojik aktivitesini baskılar.

Avrupa İlaç Ajansı topikal tedavi ve fototerapiye yanıt vermeyen veya bu tedavilerin kontrendike olduğu 4 yaş ve üzeri şiddetli kronik plak tip pediatrik psoriasis tedavisi için onay vermiştir.

Tedavi erişkinlerde 0. haftada 80 mg, 1. haftada 40 mg ile indüksiyon fazından sonra 2 hafta-da bir 40 mg dozda ve çocuklarda 0. ve 1. haftada 0,8 mg/kg ile indüksiyon fazından sonra 2 haftada bir aynı dozda subkutan olarak uygulanır.
Etkinliği 12. haftada değerlendirilir ve etkin ise tedavi sürdürülebildiği kadar devam etmelidir, Stabil kronik plak tip psoriasis tedavisi dışında hızlı etki istenilen durumlarda ve palmoplantar psoriasisde tercih edilebilir
Aralıklı tedavide PAŞİ 50 yanıtın altına düşülmeden tekrar başlandığında daha önceki tedavi etkinliği sağlanabilmektedir

Ustekinumab:

Ustekinumab; tamamen insan immünooglobulin G1 (IgG1) rekombinant monoklonal antikoru olarak interlökin (İL) İL-12 ve İL-23 sitokinlerin ortak p40 alt birimlerini yüksek spesifisite ve benzerlikle bağlayarak psoriasis tedavisinde etkilidir.

Ustekinumab, Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi ve Avrupa İlaç Ajansı tarafından psoriasis için 2009'da, psoriatik artrit için 2013'te ve 12 yaş ve üstü adölesan psoriasis tedavisi için 2015'te onay almıştır. Ülkemizde ise 2013 yılından itibaren orta-şiddetli psoriasis ve psoriatik artrit tedavisinde onaylıdır.

Ustekinumabın yan etkileri, anti-TNF ajanlarla benzerdir. En sık rastlanan yan etki üst solunum yolu enfeksiyonlarıdır. Ustekinumab ile tedavi edilen hastalarda malignite insidansı, genel popülasyonda beklenene yakındır.

Tedavi 0. ve 4. haftada indüksiyon tedavisi sonrası her 12 haftada bir subkutan enjeksiyon şeklindedir. Doz; vücut ağırlığı 100 kg'den az olan hastalar için 45 mg, 100 kg üzeri hastalar için 90 mg'dir.
Etkinliği 16. haftada değerlendirilir ve etkin ise tedaviye devam edilir.
Avantajı 12 haftada bir (ilk yıl yılda 5 kez, daha sondaki yıllarda yılda 4'er kez) subkutan yolla uygulanabilen bir tedavi seçeneği olmasıdır.
Uzun dönem idame tedavisi için etkili ve uygun bir seçenek olduğu kanıtlanmıştır.
Vücut ağırlığına göre doz seçimi yapılabildiğinden obez hastalarda da tercih edilebilir.

İxekizumab:

İnterlökin 17A'nın spesifik monoklonal antikorudur.İnterlökin 17 inhibitörü olan ixekizumabın, psoriasis tedavisinde dikkate değer bir etkinlik gösterdiği ortaya konmuştur. Eritrodermik psoriasis (EP) en şiddetli psoriasis tiplerinden biridir. Anti-IL-17A monoklonal antikorlarından biri olan ixekizumabın EP'de kullanımı sırasında değişiklik tanımlanmamış olmasına karşın şiddetli psoriasisı hafiflettiği kanıtlanmıştır.

Sekukinumab:

Sekukinumab; interlökin (İL)-17A'ya selektif olarak bağlanarak nötralize eden, immünooglobulin G1/İ izotipinde rekombinan, yüksek afiniteli, insan monoklonal antikorudur. İL-17A'yı hedef alarak ve keratinositler dahil çeşitli hücre tiplerinde eksprese olan İL-17 reseptörü ile etkileşimini inhibe ederek etki gösterir. Bunun sonucu olarak sekukinumab pro-enflamatuvar sitokinlerin, kemokinlerin ve doku hasarı araçlarının salımını inhibe eder.

Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi tarafından 2015 yılında plak psoriasis, 2016 yılında psoriatik artrit ve ankilozan spondilit tedavisi için onaylanmıştır.

Sekukinumabın, IL-6, IL-12/23 ve IL-17 yollarını hedef alan tüm yeni biyolojik ajanlar arasında periferik PsA için en güvenli ve en etkili kısa süreli tedavi edici ajan olduğu gösterilmiştir. (Wu D, Yue J, Tam LS. Efficacy and safety of biologics targeting interleukin-6, -12/23 and -17 pathways for peripheral psoriatic arthritis: a network meta-analysis. Rheumatology (Oxford) 2018;57:563-71.)

Sekukinumabın etkinlik ve güvenliliği, orta-şiddetli plak psoriasisli sistemik tedavi adayı olan hastalarda 4 adet randomize, çift kör, plasebo kontrollü faz 3 çalışma ile değerlendirilmiştir (ERASURE, FEATURE, JUNCTURE, FIXTURE). Çalışmalarda 12. hafta Psoriasis Alan Şiddet İndeksi (PAŞİ) 75, 90, 100 yanıtları sırasıyla sekukinumab 300 mg ve plasebo için; ERASURE'da (%81,6, %59,2, %28,6 ve %4,5, %1,2, %0,8), FEATURE'da (%75,9, %60,3, %43,1 ve %0,0, %0,0, %0,0), JUNCTURE'da (%86,7, %55,0, %26,7 ve %3,3, %0,0, %0,0), FIXTURE'da ise (%77,1, %54,2, %24,1 ve %4,9, %1,5, %0,0 ve etanersept için %44,0, %20,7, %4,3) olmuştur. ERASURE ve FIXTURE çalışmalarının uzatılmasına dayalı 2. yılda (104. haftada) sekukinumab 300 mg ile PAŞİ 75 yanıtı %88,2, PAŞİ 90 yanıtı %71 olmuş ve yeni veya beklenmedik bir güvenlilik bulgusu tespit edilmemiştir.

CLEAR çalışmasında toplam 676 hasta değerlendirilmiş ve sekukinumab tedavisi için randomize edilen hastalar 0, 1, 2 ve 3. haftada 300 mg doz almış, bunun ardından, 4. haftadan başlanılarak aynı doz ayda bir uygulanmıştır. Ustekinumaba randomize edilen hastalara ise ürün etiketinde belirtildiği üzere (başlangıçta †100 kg olan hastalar için 45 mg; başlangıçta >100 kg olan hastalar için 90 mg) tedavi uygulanmıştır. Çalışmanın 16. hafta sonuçlarında PAŞİ 90 yanıtı açısından sekukinumab tedavisi ustekinumaba göre üstün bulunmuştur (sırasıyla %79,0, %59,6; p<0,0001). Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi skoru 0/1 (16. haftada) olan hastaların yüzdesi, ustekinumaba (%57,4) kıyasla sekukinumab ile (%71,9) anlamlı derecede daha yüksek olarak saptanmıştır. Sekukinumab güvenlilik profili, ustekinumaba benzer ve temel faz 3 sekukinumab çalışmaları ile uyumlu olarak değerlendirilmiştir.

En sık bildirilen advers reaksiyonların çoğu nazofarenjit gibi hafif veya orta dereceli ÜSYE şeklindedir ve tedavinin sonlandırılmasını gerektirmemiştir. İnterlökin 17 bakteriyel ve fungal enfeksiyonlara karşı savunmada önemli rol oynadığı için bu yolağın inhibisyonuna neden olan tedavilerin kullanımı sırasında kandida gibi enfeksiyonlar açısından dikkatli olunmalıdır. Ancak candidiazisli olgularda şiddetli seyretmemiş standart tedaviye yanıt vermiş, tedavinin kesilmesini gerektirmemiştir.

En sık bildirilen advers reaksiyonların çoğu nazofarenjit gibi hafif veya orta dereceli ÜSYE şeklindedir ve tedavinin sonlandırılmasını gerektirmemiştir. İnterlökin 17 bakteriyel ve fungal enfeksiyonlara karşı savunmada önemli rol oynadığı için bu yolağın inhibisyonuna neden olan tedavilerin kullanımı sırasında kandida gibi enfeksiyonlar açısından dikkatli olunmalıdır. Ancak candidiazisli olgularda şiddetli seyretmemiş standart tedaviye yanıt vermiş, tedavinin kesilmesini gerektirmemiştir.

Aktif üveiti olan behçet sendromlu hastalarda da IL-17A artışı gösterildiği için ve yukarıda bahsedilen açık uçlu çalışmadaki pozitif sonuç nedeniyle behçet üveiti tedavisinde sekukinumab denenmiş (SHIELD çalışması), fakat bu çalışmada sekukinumabın görme keskinliği ve üveit rekürrensi konusunda anlamlı etkinliği gözlenmemiştir.

Sekukinumab 150 mg ya da 300 mg tek doz subkutan enjeksiyon sonrası maksimum konsantrasyona 5-6 gün sonra ulaşılır. Ortalama biyoyararlanım %73 kadardır. Lezyonlu bölgelere penetrasyonu iyidir. Yarılanma ömrü yaklaşık 27 gündür. Büyük moleküler ağırlığı nedeniyle renal ve hepatik yetmezliğin ilacın farmakokinetik profilini etkilemesi beklenmez. Psoriasis çalışmalarında ilaca karşı antikor gelişimi düşük oranda tespit edilmiş ve bu gelişimin sekukinumab dozu, sıklığı, uygulama şekli ile ilişkisi bulunmamıştır. Ayrıca bu antikorların sekukinumab etkinlik kaybı ile ilişkisi saptanmamıştır.

Aktif Crohn hastalığı olan hastalara sekukinumab reçete edilirken dikkatli olunmalıdır. Klinik çalışmalarda gerek sekukinumab gerekse plasebo gruplarında, Crohn hastalığında şiddetlenmeler gözlenmiştir.

Başlangıç 300 mg doz 0, 1, 2 ve 3. haftalarda ve takiben 4. haftada bir aylık idame dozu şeklinde uygulanır. Her 300 mg doz, 150 mg'lik iki subkutan enjeksiyon halinde verilir.
Etkinliği hızlı ve yüksektir, yanıt 16. haftada değerlendirilir ve yeterli ise tedaviye aralıksız de-vam etmelidir.

Kaynaklar:

- Akyol M, Alper S, Atakan N, et al. Türkiye psoriasis tedavii kılavuzu-2016. Türkderm 2016; 50 (Suppl): 1-62.
- McGinley AM, Edwards SC, Raverdeau M, Mills KHG. Th17 cells, g T cells and their interplay in EAE and multiple sclerosis. J Autoimmun 2018 Jan 21. pii: S0896-8411(18)30007-6.
- Wu D, Yue J, Tam LS. Efficacy and safety of biologics targeting interleukin-6, -12/23 and -17 pathways for peripheral psoriatic arthritis: a network meta-analysis. Rheumatology (Oxford) 2018;57:563-71.)
- Nast A, Gisondi P, Ormerod AD, et al: European S3-Guidelines on the systemic treatment of psoriasis vulgaris - Update 2015 - Short version - EDF in cooperation with EADV and IPC. J Eur Acad Dermatol Venereol 2015;29:2277-94.
- Langley RG, Elewski BE, Lebwohl M, et al: Secukinumab in plaque psoriasis - results of two phase 3 trials. N Engl J Med 2014;371:326-38.
- Blauvelt A, Prinz JC, Gottlieb AB, et al: Secukinumab administration by pre-filled syringe: efficacy, safety and usability results from a randomized controlled trial in psoriasis (FEATURE). Br J Dermatol 2015;172:484-93
- Thaçi D, Blauvelt A, Reich K, et al: Secukinumab is superior to ustekinumab in clearing skin of subjects with moderate to severe plaque psoriasis: CLEAR, a randomized controlled trial. J Am Acad Dermatol 2015;73:400-9.
- Paul C, Lacour JP, Tedremets L, et al: Efficacy, safety and usability of secukinumab administration by autoinjector/pen in psoriasis: a randomized, controlled trial (JUNCTURE). J Eur Acad Dermatol Venereol 2015;29:1082-90.

Omalizumabın KSÜ'deki etkinliğini gösteren gerçek yaşam verileri

Omalizumabın gerçek yaşamda faz çalışmalarından daha etkili ve hatta daha güvenli olduğu bildirilmiştir. Gerçek yaşam çalışmalarını içeren bir metaanalizde tam remisyon hastaların %72.2'sinde, parsiyel remisyon ise %17.8'sinde görülmüştür (23). Türkiye'den 132 hastanın dahil edildiği gerçek yaşam çalışmasında tedaviye yanıtın genellikle 1 ve 2. enjeksiyonlardan sonra başladığı ve tedaviye yanıtın laboratuvar parametreleri ya da klinik özelliklerden **etkilenmediği bildirilmiştir (24).**

Kronik uyarılabilir ürtikerde etkinlik

Çeşitli uyarılabilir ürtiker tiplerinde omalizumabın etkinliği retrospektif gerçek yaşam verilerinde, olgu bildirilerinde ve olgu serilerinde paylaşılmış ve bunların incelendiği bir makalede Maurer ve ark (25), omalizumabın birçok uyarılabilir ürtiker formunda etkili olduğu ancak en iyi kanıt düzeyinin semptomatik dermografizm, soğuk ürtikeri ve solar ürtikerde olduğunu bildirmişlerdir. Ancak bu yayından sonra kolinerjik ürtikerde omalizumabın etkinliğini kuvvetlendiren kanıt düzeyi yüksek çalışmalar yayınlanmıştır (26,27). Ülkemizden yayınlanan bir seride Kocatürk ve ark (28) çeşitli uyarılabilir ürtiker formlarında 24.haftada %78'e varan etkinlik bildirmişlerdir. Semptomatik dermografizm ve soğuk temas ürtikerinde yapılan plasebo kontrollü çalışmalarda 150 mg dozun 300 mg ile benzer etkinliğe sahip olduğu bildirilmiştir (29,30).

Tedaviye yanıtı belirleyen faktörler

Omalizumab tedavisine yanıtı öngörebilecek biyobelirteç arayışları halen sürmektedir. Her ne kadar ilaç kılavuzunda dozun IgE seviyesinden bağımsız olarak verilmesi önerilmekte idiye de son yayınlarda total IgE seviyesi yüksek olanlarda daha iyi yanıt alınabileceği (31) bildirilmekte, yüksek D-dimer seviyelerinin (32) tedaviye iyi yanıtla ilişkili olduğu belirtilmektedir. Ayrıca bazofil CD203c aktivitesi yokluğu ve bazofil FcβRI ekspresyonu da iyi yanıtla ilişkili bulunmuştur (33,34). Gericke ve ark, bazofil histamin salınım testi pozitif olanlarda omalizumaba yanıtın geç, negatif olanlarda ise daha erken olduğunu bildirmişlerdir (35).

Uygulama, tedavi aralıkları ve tedaviyi kesme

Omalizumabın Amerika'da onaylanan dozu total IgE seviyesinden bağımsız olarak 150-300 mg/4 haftada bir ve Avrupa'da 300 mg/4 haftada birdir (3,4). Ancak bazı hastalardabireysel yaklaşım gerekebilir.Örneğin, bazı hastalar 4 haftalık tedavi aralığını tolere edemez ve semptomlar 4 haftadan önce geri gelir. Bu hastalarda 2 haftalık aralıklarla 150 mg'lık doz uygulanabilir (36). Tedavinin süresi için bir görüş birliği yoktur; bazı uygulayıcılar 6 ayda tedaviyi keser ve semptomların geri dönmesini bekler. OPTIMA çalışmasında tedavi kesilmesiyle semptomların ortalama 4.7 haftada geri döndüğü ve tekrar tedavi ile hastaların %89'unun tedaviye yanıt verdiğini bildirmişlerdir (37). Uysal ve ark (38), tedavi sonrasında her vizitte değerlendirilecek UAS skorlarındaki artma veya azalmaya göre tedavi aralıklarını uzatma yaklaşımını önermişlerdir. Klinik deneyimlerimize göre 3 kez 4-haftalık tedavi sonrasında son hafta UAS7 skorları 0 olan hastalarda önce 5 hafta ve sonra UAS7 skorlarını değerlendirerek artan aralıklarla omalizumab 300 mg tedavisinin 6 ayda tedaviyi birden kesmeye göre yaşam kalitesini ve tedavi yanıtlarını olumlu etkilediği görüşündeyiz (39).

10

Kısmi yanıtlı veya yanıtız hastalarda ne yapılacağı sorusu da henüz yanıt bulmamış olmakla birlikte Curto-Barredo ve ark (40) ile Kocatürk ve ark tarafından (41) 3-6 ay omalizumab 300 mg/4 hafta tedavisi sonrasında kısmi yanıt alınması ya da yanıt alınamaması durumunda dozun 450 mg veya 600 mg'a yükseltilmesi önerilmektedir. Üç ay 600 mg tedaviye rağmen yanıtız olguların ise omalizumaba dirençli kabul edilmesi önerilmektedir (42).

Sonuç

Kronik ürtikerde omalizumabın kullanımı ile ilgili edindiğimiz tecrübe ve bilgiye dayanarak omalizumabın kronik ürtiker tedavisinde bir devrim yarattığını söyleyebiliriz. Kullanım kolaylığı ve güvenilir yan etki profili antihistamin dirençli kronik spontan ürtiker olgularında omalizumabın çok iyi bir tedavi seçeneği olmasını sağlamaktadır. Tedavideki yüksek etkinliği kronik ürtikerin etyopatogenezine ışık tutmuş ve patogeneizde IgE aracılı otoalerji kavramını gündeme getirmiştir; bu konuda araştırmalar devam etmektedir. Omalizumabın kronik ürtikerde kullanımıyla ilgili cevaplanması gereken sorular; etki mekanizması, tedaviye yanıtı belirleyen belirteçler, tedavi süresi, tedavinin nasıl kesileceği ve uzun dönem güvenlik ve etkililiğidir.

Kaynaklar:

- Emek Kocatürk, Şehrem Aktan, Nilajın Atakan, Emel Bülbalbaşkan, Teoman Erdem, Raife Koca, Ekin Şok, Oktay Taşkınar, Serap Utay, Türkiye Ürtiker Tanı ve Tedavi Kılavuzu-2016. TÜRKDERM 2016;50(3):82-90
- Schulman ES: Development of a monoclonal anti-immunoglobulin E antibody (omalizumab) for the treatment of allergic respiratory disorders. Am J Respir Crit Care Med. 2001;164:6-11.
- Xolair.Prescribing information. .2015; Available from: Available at:http://www.gene.com/download/pdf/xolair_prescribing.pdf. . Last accessed September 2016.
- EMA. Xolair SmPC 2016; Available athttp://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/3/2014/EN/3-2014-1463-EN-F1-1-ANNEK-1-PDF. Last accessed September 2016]
- Holgate S, Czarne T, Wenzel S, Bousquet J, Deniz Y, Resnes C: The anti-inflammatory effects of omalizumab confirm the central role of IgE in allergic inflammation. J Allergy Clin Immunol 2005;115:459-65.
- Godse KV: Omalizumab in treatment-resistant chronic spontaneous urticaria. Indian J Dermatol 2011;56:444.
- Iemoli E, Piconi S, Fusi A, Borgonovo L, Borelli M, Trabattori D: Immunological effects of omalizumab in chronic urticaria: a case report. J Investig Allergol Clin Immunol 2010;20:252-4.
- Saavedra MC, Sur S: Down regulation of the high-affinity IgE receptor associated with successful treatment of chronic idiopathic urticaria with omalizumab. Clin Mol Allergy 2011;9:2.
- Sánchez-Machín I, Iglesias-Souto J, Franco A, Barrios Y, Gonzalez R, Matheu V: T cell activity in successful treatment of chronic urticaria with omalizumab. Clin Mol Allergy 2011;9:11.
- Bajbouj K, Scharnek A, Demuthik M, Kocatürk E, Colakoglu B, Dal M: Omalizumab markedly improves urticaria activity scores and quality of life scores in chronic spontaneous urticaria patients: a real life survey. J Dermatol 2012;39:439-42.
- Kaplan A, Ledford D, Ashby M, et al: Omalizumab in patients with symptomatic chronic idiopathic/spontaneous urticaria despite standard combination therapy. J Allergy Clin Immunol 2013;132:101-9.
- Maurer M, Rosen K, Hsieh HJ, et al: Omalizumab for the treatment of chronic idiopathic or spontaneous urticaria. N Engl J Med 2013;368:924-35.
- Vestergaard C, Toubi E, Maurer M, et al: Treatment of chronic spontaneous urticaria with an inadequate response to H1-antihistamines: an expert opinion. Eur J Dermatol 2012;27:10-9.
- Metz M, Ohyanan T, Church HK, Maurer M: Retreatment with omalizumab results in rapid remission in chronic spontaneous and inducible urticaria. JAMA Dermatol 2014;150:288-90.
- Erdem T: Omalizumab. Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics 2014;7:102-7.
- Cox L, Platts-Mills TA, Firegold J, et al: American academy of allergy, asthma & immunology/American college of allergy, asthma and immunology joint task force report on omalizumab-associated anaphylaxis. J Allergy Clin Immunol 2007;120:1373-7.
- Tonacci A, Bilkei L, Poggio G, Navarra M, Ganegni S: Omalizumab for the treatment of chronic idiopathic urticaria: systematic review of the literature. Pharmacotherapy 2017;37:464-80.
- Scheinfeld N: Omalizumab: A recombinant humanized monoclonal IgE blocking antibody. Dermatol Online J 2005;11:2.
- Vichyanond P: Omalizumab in allergic diseases, a recent review. Asian Pac J Allergy Immunol 2011;29:209-19
- Maurer M, Altrichter S, Bieber T, et al: Efficacy and safety of omalizumab in patients with chronic urticaria who exhibit IgE against thyroperoxidase. J Allergy Clin Immunol 2011;128:202-9.
- Sahni S, Rosen KE, Hsieh HJ, et al: A randomized, placebo-controlled, dose-ranging study of single-dose omalizumab in patients with H1-antihistamine-refractory chronic idiopathic urticaria. J Allergy Clin Immunol 2011;128:567-73.
- Sahni SS, Bindlev-Jensen C, Maurer M, et al: Efficacy and safety of omalizumab in patients with chronic idiopathic/spontaneous urticaria who remain symptomatic on H1 antihistamines: a randomized, placebo-controlled study. J Invest Dermatol 2011;135:67-75.
- Tharp MJ, Bernstein JA, Kovati A, Ortiz B, MacDonald K, Denhaerynck K, Abraham I, Lee CS: Benefits and Harms of Omalizumab Treatment in Adolescent and Adult Patients With Chronic Idiopathic (Spontaneous) Urticaria: A Meta-analysis of "Real-world" Evidence. JAMA Dermatol. 2018 Nov 14.
- Bulut I, Bulbul Baskan E, Ozdemir H, Ozdemir M, Balevi A, Kocatürk Gönücü E, Altunay I, Gönül M, Ergin C, Ertaç I, Erdoglan HK, Bilgin M, Mustafa Teoman E: The efficacy and safety of omalizumab in refractory chronic spontaneous urticaria: real-life experience in Turkey. Acta Dermatovenerol Alp Pannonic Adnat. 2018 Sep;27(3):121-126.
- Maurer M, Metz M, Brehler R, et al: Omalizumab treatment in patients with chronic inducible urticaria: A systematic review of published evidence. J Allergy Clin Immunol 2017;141:638-49.
- Altrichter S, Chuamanochan M, Knoth H, Asady A, Ohyanan T, Metz M, Maurer M: Real-life treatment of cholinergic urticaria with omalizumab. J Allergy Clin Immunol. 2019 Feb;143(2):788-791.
- Gastaminza G, Asafia J, Nunez-Carbajal JM, Baeza ML, Echechigoia S, Galis P, Garcia BE, Labrador-Horrillo M, Sala-Cunill A, Bressó MS, Berstein A, Quiñones D, Dorado CD, Zubelleta JM, Ferrer M: Efficacy and Safety of Omalizumab (Xolair) for Cholinergic Urticaria in Patients Unresponsive to a Double Dose of Antihistamines: A Randomized Mixed Double-Blind and Open-Label Placebo-Controlled Clinical Trial. J Allergy Clin Immunol Pract. 2019 Jan 15. pii: S2213-2198(19)30051-0.
- Kocatürk E, Can PK, Akbas PE, et al: Management of chronic inducible urticaria according to the guidelines: A prospective controlled study. J Dermatol Sci 2017;87:60-9.
- Metz M, Schütz A, Weller K, et al: Omalizumab is effective in cold urticaria-results of a randomized placebo-controlled trial. J Allergy Clin Immunol 2017;140:864-9.
- Metz M, Schütz A, Schütz A, Weller K, et al: Omalizumab is effective in symptomatic dermographism-results of a randomized placebo-controlled trial. J Allergy Clin Immunol 2017;140:870-3.
- Ertas R, Ozyurt K, Atsoy M, Hawro T, Maurer M: he clinical response to omalizumab in chronic spontaneous urticaria patients is linked to and predicted by IgE levels and/or patients is linked to and predicted by IgE levels and their change. Allergy 2018;73:705-12.
- Asero R, Marzano AV, Ferrucci S, Cugno M: Elevated baseline D-dimer plasma levels are associated with a prompt response to omalizumab in patients with severe CSU. J Allergy Clin Immunol Pract 2017;5:1740-2.
- Palcios T, Stillman L, Borish L, Lawrence M: Lack of basophil CD203c upregulating activity as an immunological marker to predict response to treatment with omalizumab in patients with symptomatic chronic urticaria. J Allergy Clin Immunol Pract 2016;4:29-30.
- Deza G, Berthel-Collita M, Pujol RM, et al: Basophil FcβRI expression in chronic spontaneous urticaria: a potential immunological predictor of response to omalizumab therapy. Acta Derm Venereol 2017;97:698-704.
- Gericke J, Metz M, Ohyanan T, et al: Serum autoreactivity predicts time to response to omalizumab therapy in chronic spontaneous urticaria. J Allergy Clin Immunol 2017;139:1059-61.
- Türk M, Kocatürk E, Cüre K, Yılmaz I: Two-week intervals during omalizumab treatment may provide better symptom control in selected patients with chronic urticaria. J Allergy Clin Immunol Pract 2018;6:1389-90.
- Sussman G, Hebert J, Gulliver W, et al: Omalizumab Retreatment of Patients with Chronic Idiopathic Urticaria/Spontaneous Urticaria (CIU/CSU) Following Return of Symptoms: Primary Results of the OPTIMA Study. SKIN The Journal of Cutaneous Medicine 2017;1:127.
- Uysal P, Eler E, Hıncal CG, and Bindlev-Jensen C: An algorithm for treating chronic urticaria with omalizumab: dose interval should be individualized. J Allergy Clin Immunol 2014;133:914-5.
- Emek Kocatürk: Role of Biologics and Future Perspectives in the Treatment of Urticaria. Curr Treat Options Allergy (2017) 4: 428.
- Curto-Barredo L, Sertino J, Figueras-Nart I, et al: Omalizumab updosing allows disease activity control in refractory patients with chronic spontaneous urticaria. Br J Dermatol 2018;179:210-2.
- Kocatürk E, Deza G, Kızıtaç K, Giménez-Arnau AM. Omalizumab Updosing for Better Disease Control in Chronic Spontaneous Urticaria Patients. Int Arch Allergy Immunol. 2018;177(4):360-364.
- Giménez-Arnau A, Toubi E, Marsland A, Maurer M: Clinical management of urticaria using omalizumab: the first licensed biological therapy available for chronic spontaneous urticaria. J Eur Acad Dermatol Veneriol 2016;30:25-32.



Yüksek Doz (x4 Kat) İkinci Kuşak Antihistamin Tedavisine Dirençli KRONİK SPONTAN ÜRTİKER TEDAVİSİNDE ETKİN SEÇENEK¹

Referans: 1. Kocatürk GE. ve ark. Türkiye Ürtiker Tanı ve Tedavi Kılavuzu. Türkderm - Arch Turk Dermatol Veneroloji 2016;50:92-98

Xolair® 150 mg Enjeksiyonluk Çözelti için Taz İçeren Flakon
Formülü: Bir flakon 150 mg omalizumab içerir. Kullanıma hazır duruma getirilen Xolair® 125 mg/ml omalizumab içerir (1,2 ml de 150 mg). **Yardımcı maddeler:** Bir flakon L-histidin HCl monohidrat, L-feladlin, Süksinat, Polisorbat 20 içerir; ayrıca her çözücü ampulde 2 ml enjeksiyonluk su içermektedir. **Endikasyonları:** Allerjik astım. Xolair® perenial alerjilerde tedavi için günde bir kez ve veya kronik IgE ile gösterilen, serum IgE düzeyi 30-500 IU olan; etkili kortikosteroid ve uzun süreli beta2 agonist kullanımasında rağmen bir günde semptomları, gece uyandırma ve bulaşıcı hasta ağır astımı alleviyansı yavaşlatıp sağlanan; akciğer fonksiyonları kısıtlı olan (FEV₁ < %80) perenial allerjik astımı erkeklerin ve ergelerin tedavisinde kullanılır. Xolair®in, astımın bu hastalardaki alleviyansı önlenmesinde yararlıdır ve özellikle gösterilmiştir. Diğer allerjik durumlarda etkiliği ve güvenliği saptanmış değildir. Kronik idiyopatik ürtiker (KÜİ): Xolair® (omalizumab), etiyolojik belirsiz kronik idiyopatik ürtiker olan yetişkinler ve ergenler (12 yaş ve yukarıları için emdikler). **Pozoloji/Uygulama şekli ve süresi:** Yalnızca tedaviden uygulama sırasında Allerjik astım. Yalnızca tedaviden uygulama (kg) ve bağlanırlık serum total IgE düzeylerine (IU/ml) göre (doz ve uygulama sıklığında belirtilmiş şekilde) 2-4 haftada bir, her uygulamada 1-4 enjeksiyonla 75-600 mg S.C olarak uygulanır. Kronik idiyopatik Ürtiker (KÜİ): Önerilen doz dört haftada bir süzükten enjeksiyon yoluyla 300 mg'dır. **Kontraindikasyonlar:** Ekim maddeyle, ya da yarımcı maddelerden herhangi birine karşı ağır duyarlılık kontraindikadır. **Uyarılar/Özellikler:** Xolair®in, astımın bu hastalardaki alleviyansı önlenmesinde yararlıdır ve özellikle gösterilmiştir. Akut bronkoözdem ya da şiddetli astım eklemi tedavisinde kullanılmaz. Xolair® hiperimmünglobülin E sendromu veya atipik bronkopnömonis aspergillozisi vakalarında ya da atipik dermatit, allerjik rinit ya da besin alerjisi ile provoka olan anafilaktik reaksiyonların önlenmesinde araştırılmamıştır. Xolair® tedavisi olmayan hastalarda olan hastalarda, immün kompleks aracıyla gelişen sağlık sorunlarında ya da bobrek veya karaciğer fonksiyonu bozuk olan hastalarda incelenmemiştir. Xolair®in bu gibi hasta popülasyonlarında etiyoloji kullanılması gerekir. Klinik çalışmalarında Xolair® olan hastalarda ve kontrol grubunda enjeksiyon görünme olasılığı seyrek (<1/100) bulunmuştur. Xolair® kullanılarak hastalarda anafilaksi de dahil olmak üzere idiyopatik allerjik reaksiyonlar (<1/1000) görülmüştür. Sistemik veya infüzyon kortikosteroidler, Xolair® tedavisinde bağlanmasında üzerine önlenmektedir. Kortikosteroidler, doğrudan tedavi görünümünde ve kademal olarak azaltılmamıştır. **Chung-Siklas:** Sendromu ve hiperözdemli sendromu gibi immün sistem bozukluklarında özellikle düzeyde olduğu tanı grubunda omalizumabın kullanılması önerilmemiştir. **Bübrek/Karaciğer yetmezliği:** Bübreklerin bobrek ya da karaciğer fonksiyonları omalizumabın farmakokinetik özellikleri etkileri ile ilgili herhangi bir çalışma yapılmamıştır. **Bağiri:** Bir doz ayrılmaması önerilmeyen olsa da, Xolair® bu hastalarda dikkatli uygulanmalıdır. **Gebelik kategorisi:** Etiler. Gebelik kadınlarda verilmektedir tedavisi bulunmalıdır. **Emzirme sırasında Xolair® kullanılmamalıdır.** **Araç ve makine kullanımı:** Xolair®in araç ve makine kullanma becerisi üzerinde etkili yoktur ya da göz ardı edilebilir düzeyde bir etkiye sahiptir. **Yan etkileri/Advers etkiler:** Yürüme (1/100), Ateş, baş ağrısı, ağrı, eritem, kaşıntı, şiddetli göğüs enjeksiyon yeri reaksiyonları. Yaygın olmayan (<1/1.000): Kilo artışı, halsizlik, kollarda şişme, grip benzer hastalık, ürtiker, deri döküntüsü, kabarcık, fotosenesibilite, bulantı, omal, diareze, ishal, allerjik bronkoözdem, postürel hipertansiyon, deride kızamıkçık, bağ dokusu iltihabı, semkop ve farenjitler. Seyrek (1/110.000): Arjidozdem, sinirisi ödemi, anafilaktik reaksiyon ve diğer allerjik durumlar, anji-ödemli anjioid reaksiyon, parasetil reaksiyonları. Önerilen aralıklarla tedaviye yanıt alınmazsa Xolair® tedavisinin kesilmesi düşünülmelidir. **Bilinenler (ilerik verilerden kaynaklı tahmin edilmeyen):** İdrarlık ödem, trombozopeni, serum hastalığı, allerjik granüloitoz ve reaksiyon, ekim, ekimlerde göğüs. Göğüslobes anafilaktik reaksiyonları göz önünde bulundurulacak bu durumda fotosenesibilite herman kullanılması önerilmemiştir ve hastalar uygulama sonrası uygun bir süre gözetim altında kalmalıdır. Hastalar, bu gibi reaksiyonlara gelinebileceği, belirtileri ve allerjik reaksiyonları görüldüğünde hemen doktora başvurmalıdır; gerekli olduğu konusunda bilgilendirilmelidir. **İlaç etkileşimleri:** Xolair®, hekimlik veya diğer parasetil reaksiyonların tedavisinde kullanılan tıbbi ürünlerin etkiliğini olumsuz etkilemez. Xolair®in spesifik immünolojik (hipo-sensibilizasyon tedavisi) ile birlikte kullanılması konusunda veriler sınırlıdır. **İmmünojeoetik tedavide kombinasyon halinde Xolair® kullanımı araştırılmamıştır.** **Doz ayarımı:** Doz ayarımı için bir öğe bildirilmemiştir. Xolair®in tolerans edilebilir yüksek dozu bildirilmemiştir. Eğer doz ayarımında gözetim ediliyorsa, hasta anormal bulgular ve semptomlar ayarından izlenmelidir. **Genetik:** Özellikle 3000 tedavi araması ve bağlanmalıdır. **Ticari tıbbi etiket ve ambalajı:** Xolair® 150 mg bir flakon enjeksiyonluk çözelti için 10z ve bir ampul enjeksiyonluk su içeren ambalajlarda piyasaya sürülmüştür. **Saklama koşulları:** Buzdolabında (2°C-8°C aralığında) ve orijinal ambalajında muhafaza edilmelidir. **Dondurulamamalıdır.** Ürün kullanıma hazırlandıktan sonra raf ömrü, 2°C-8°C aralığında saklanması koşulu ile 6 saat, 20°C/30% nemlilikte oda sıcaklığında ise 4 saattir. Xolair® enjeksiyonluk çözelti için 10z içeren flakonlar 2°C-8°C aralığında saklanmalıdır. **Raf ömrü:** 48 ay. **Ruhsat Sahibi:** Novartis Sağlık, Gıda ve Tarım Ürünleri San. ve Tic. A.Ş. **Kavaklıbeykozulmuşul Üretim Yeri:** Novartis Pharma Stein AG, Schaffhausenstrasse, CH-4302 Stein, İsviçre. **Ruhsat Tarihi ve No:** 14.08.2006. 12008 Ruhsat ile satılır. Ayrıca diğer için kısa süre bilgileri bakınız. **KÜB** yetkilendirme tarihi 05.06.2016 **KÜB Danış Perakende Satış Fiyatı:** Xolair® 150 mg Enjeksiyonluk Çözelti için 10z İçeren Flakon 1.125.48 TL (24.04.2016). Bir gramda fiyat bilgisi www.ttk.gov.tr adresinden ulaşabilirsiniz. Daha geniş bilgi formunda bulunabilir. **İletişim Adresi:** Novartis Ürünleri İlaç Sekтору Sunuşu & Akad. İşbirlikleri, Rüzgârhanesi Mah. Şahit Sınav Erişçi, Cad. No. 5 36055 Kavaklıbeykozulmuşul İstanbul Tel: (216) 681 20 00, Faks: 0216 681 20 77 .

NOVARTIS



Dr. M. Cüneyt SOYAL

Deri ve Zührevi Hastalıklar Uzmanı

Kent Hastanesi,
Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği,
Çiğli, İzmir

BEYAZPERDE'DE ÜRTİKER VE PSORİASİS

Sinema endüstrisi, 20. yüzyılın başlangıcından buyana sürekli gelişmekte olan bir endüstridir. Dermatoloji görseelliği zengin bir branş olduğu için, görsel şölen olan sinema ile dönem dönem yolları kesişmektedir. İstinaları olmakla beraber, deri hastalıkları bulunan karakterler genellikle senaryolarda yan roller bulmuşlardır. Bugün bunlardan iki tanesini inceleyeceğiz

ÜRTİKER / ANJİÖDEM

Yıl 1992, "Kız Akadaşım (My Girl)" isimli filmle birlikte, kendisi olmasa da ürtikerin akrabası olan "Anaflaktik Şok" ilk kez sinema perdesine aktarılmış olur. Birçok alerjiden muzdarip olan Thomas J. Sennett (Macaulay Culkin) karakteri, yaşamına mal olabileceğini bile bile bir arı kovanına savaş açar.

Günlük koşullarda gördüğümüz ürtiker ve Anjioödem, bize olduğu gibi sunan ilk film 1997 yapımı "Aşk Tutkunu (Addicted to Love)"dır. Griffin Dunne tarafından yönetilen romantik-komedi tarzı filmde, yan karakterlerden biri olan Anton (Tchéky Karyo)'un deniz ürünleri allerjisi vardır. Filmin ana karakterlerinden biri olan Maggie (Meg Ryan), karşısına taşınan ve eski sevgilisi olan Anton (Tchéky Karyo)'dan kaçmak için, bu alerjisinden faydalanarak, yastık altına karidesler saklayarak tekrarlayan ürtiker atakları geçirmesine sebep olur.

2013 yapımı "Ah Mary, Vah mary (There's Something about Mary)" de filmin düğüm karakterlerinden biri olan Dom "Woogie" (Chris Elliott) film boyunca , en büyüğü finalde olmak üzere ürtikeratakları atlatır.

2005 yapımı "Aşk Doktoru (The Hitch)" filminde ise başrol oyuncusu Will Smith'in atlattığı gerçeğe çok yakın bir ürtiker / Anjioödem sahnesi izleriz. (Resim 1) Bu üç filmde de orak özellik ürtiker ataklarının komedi malzemesi olarak kullanılmasıdır.

"Şirinler 2 (The Smurfs 2)" filminde, ufaklığımızın dedesinin işgüzarlığı sonucu yağşunüne gelen çocuklardan birine fıstıkyağında kızartılmış sosis yedirir ve dudakları tutan bir anjioödem tablosu gelişir.

Beyazperdedeki En şiddetli Anjioödem sahnesini,2009 yılında J.J. Abrams tarafından çekilen "Uzay Yolu: Gelecek başlıyor (Star Trek: The Future Begins)" de izleriz. Dr. McCoy'un kaptan Kirk'e yaptığı bir aşı; elde şişlik, dilde uyuşuklukla ilerleyen bir anjioödem yol açar. (Resim 2)

PSORİASİS

Günlük rutinimizde çok sık gördüğümüz bir hastalık olmasına karşın, ne yazık ki, senaristler ve yönetmenlerin pek rağbet etmediği bir hastalıktır. Bugüne kadar üç filmde psoriasis'li karakterler vardır.

Bunlardan biri 2014 yılında Mike Leigh tarafından beyazperdeye aktarılan; ressam J.M.W.Turner'ın hayatının son 25 yılının anlatıldığı "Bay Turner (Mr. Turner)" isimli biyografik drama filmidir. Filmde yan karakterlerden biri; Bay Turner'ın hizmetçisi olan kadında psoriasis bulunmaktadır.

Diğer film 2016 yılında Alastair Clayton tarafından filme alınmış "Millefeuille" isimli kısa filmidir. Film, yaşadığı aile trajedisi ve psoriasis progresyonu nedeni ile şehirden kaçıp Londra'ya gelen Elodie'nin yaşamından bir kesit sunar.

Hem jeneralize hem de artropatik psoriasis'in başrolde, "The Singing Detective" isimli müzikal filmde görürüz. Senaryosu kendisi de artropatik psoriasis hastası olan Denis Potter tarafından yazılan "The Singing Detective", ilk olarak 1986 yılında Jon Amiel tarafından 6 bölümlük bir mini-dizi şeklinde BBC için çekilmiştir. Psoriatik başrol karakterimizi Michael Gambon canlandırmıştır. Projenin film olarak tekrar çekimi 2003 yılında Keith Gordon tarafından yapılmış ve başrolde Robert Downey Jr. oynamıştır. (Resim 3) Hastanede eritrodermik ve artropatik psoriasis nedeniyle acılar içinde yatmakta olan baş kahramanımız, çocukluğundan gelen korkular ve koşullanmalarının doğrultusunda, normal hayatta çevresinde olan insanlardan örölü, gizemli ve fantastik bir dünya hayal etmeye başlar. Bu dünyada bolca müzik vardır ama psoriasis yoktur.



Resim 1: The Hitch (2005) Will Smith / Ürtiker - Anjioödem



Resim 2: Star Trek: The Future Begins(2009) Chris Pine - Anjioödem



Resim 3: The Singing Detective (2003) Robert Downey Jr. / Eritrodermik ve artropatik psoriasis