

Allerjik Kontakt Dermatitler

Allergic Contact Dermatitis

Meltem Önder

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Özet

Allerjik kontakt dermatit dışardan temas edilen ajanlara karşı gelişen gecikmiş tip (Tip IV) reaksiyondur. Alerjene maruz kaldıktan ve duyarlandıktan sonra ortaya çıkan klinik tablodur. Akut evrede eritemli, kepekli plaklar, ciddi olgularda ise temas yerlerinde vezikül ve büllerle karakterizedir. Duyarlı kişinin alerjenle tekrarlayan ve devamlı teması hastalığın kronikleşmesine neden olur. Kronik olgularda likenifikasyon, eritemli plaklar, hiperkeratoz, fissür tablosu ortaya çıkar. Allerjik kontakt dermatit dermatoloji alanının çok sık rastlanan hastalık grubudur. Allerjik kontakt dermatit tanısı hasta öyküsü, fizik muayene ve yama testi ile konur. Değişik kontakttan maddelere karşı deri reaksiyonlarının bilinmesi allerjik kontakt dermatit tanısının doğru konulmasını sağlar. Her yaşta görülebilen bu hastalıkta çocuklarda temas edilen malzemeler, giysi malzemeleri ve aksesuarları rol oynarken, erişkin olgularda kontakt dermatit kullanılan kozmetikler ve topikal ilaçlar ile ilişkili olabilir. Kontakt madde yapısı güncel kullanılan ajanlar veya geleneksel maddelerle de ilişkili olabilir. Alerjenin yerleşim yeri iyi değerlendirilmelidir. Hastanın mesleği, hobileri iyi sorgulanmalıdır. Bu derlemede allerjik kontakt dermatit ile ilgili ülkemizde ve dünyadaki son literatür bilgileri sunulmak istenmiştir. (*Turkderm 2009; 43: 3-9*)

Anahtar Kelimeler: Allerjik Kontakt Dermatit, yama testi

Summary

Allergic contact dermatitis is the delayed type hypersensitivity reaction to exogenous agents. Allergic contact dermatitis may clinically present acutely after allergen exposure and initial sensitization in a previously sensitized individual. Acute phase is characterized by erythematous, scaly plaques. In severe cases vesiculation and bullae in exposed areas are very characteristic. Repeated or continuous exposure of sensitized individual with allergen result in chronic dermatitis. Lichenification, erythematous plaques, hyperkeratosis and fissuring may develop in chronic patients. Allergic contact dermatitis is very common dermatologic problem in dermatology daily practice. A diagnosis of contact dermatitis requires the careful consideration of patient history, physical examination and patch testing. The knowledge of the clinical features of the skin reactions to various contactants is important to make a correct diagnosis of contact dermatitis. It can be seen in every age, in children textile product, accessories and touch products are common allergens, while in adults allergic contact dermatitis may be related with topical medicaments. The contact pattern of contact dermatitis depends on fashion and local traditions as well. The localization of allergic reaction should be evaluated and patients' occupation and hobbies should be asked. The purpose of this review is to introduce to our colleagues up dated allergic contact dermatitis literatures both in Turkey and in the World. (*Turkderm 2009; 43: 3-9*)

Key Words: Allergic Contact Dermatitis, patch test

Giriş

Allerjik kontakt dermatit (AKD), alerjen madde ile daha önce duyarlanmış kişinin aynı madde ile sonraki temaslarında ortaya çıkan doku yanıtıdır¹⁻⁵. AKD özellik-

le mesleki alerjenlerle geliştiğinde, el ve yüzde yerleştiğinde kişinin yaşam kalitesini bozar⁵.

AKD, inflamatuvar dermatozların yaklaşık %5-15'i oluşturur^{6,7,8,9}. Meslek hastalıklarının %90'ı mesleki kontakt dermatitlerdir, bunların çoğu ise AKD'tir^{9,10}.

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Meltem Önder, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye
E-posta: monder@gazi.edu.tr **Geliş Tarihi/Received:** 24.02.2009 **Kabul Tarihi/Accepted:** 24.02.2009

*Türkderm-Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi Dergisi, Galenos Yayıncılık tarafından basılmıştır. Her hakkı saklıdır.
Turkderm-Archives of the Turkish Dermatology and Venerology, published by Galenos Publishing. All rights reserved.*



Etyopatogenez

Kişisel faktörler: Alerjenle karşılaşan herkeste AKD gelişebilir. AKD gelişiminde etkili olduğu belirlenen faktörler şunlardır:

Genetik faktörler: AKD'li kişilerin çocuklarında ve kardeşlerinde görülme olasılığı daha fazladır. HLA-A3 ve HLA-B7 birlikteliğinin AKD'e yatkınlığı artırdığı gösterilmekle birlikte, belli bir antijene duyarlılığı gösteren spesifik bir HLA grubu tanımlanmamıştır¹. Nikel allerjik olgularda HLA doku grupları araştırılmış, Türk populasyonunda HLA DQA belirgin bulunmuştur¹¹.

Primer duyarlanma ve tolerans gelişimi: Alerjenle ilk karşılaşma şekli alerjene tolerans gelişimine neden olabilir. Tolerans gelişimi, haptene özgü baskılayıcı T hücrelerinin uyarılması ya da T hücrelerinin klonal azalmaları ile ilişkili olabilir¹.

Yaş, cinsiyet ve ırk: Yaşlılarda ve yenidoğanda AKD daha az görülür. Bu, her iki yaş grubunda alerjen maddelerle temasın az olmasıyla ilişkili olabilir¹. Alerjene karşı gelişen immünojenik yanıt, cinsler arasında farklılık göstermez. Ancak cinsler arasında çevresel koşullar nedeniyle belirli alerjenlerle temas AKD gelişmesi açısından farklılık gösterebilir⁹. Gebelik ve oral kontraseptif kullanımı duyarlılığı arttırabilir¹⁰. AKD, beyaz ırkta daha fazla görülür^{3,9}.

Bölgesel faktörler: Göz kapakları, skrotum ve aksilla gibi derinin ince olduğu bölgeler alerjene çok duyarlı, avuç içi, ayak tabanı ve saçlı deri gibi derinin kalın olduğu bölgeler daha az duyarlıdır. Deri bütünlüğünün bozulduğu tüm durumlarda AKD daha sık görülür^{1,3,5}.

Eşlik eden hastalıklar: Tüm immün yetmezlik durumlarında ve lenfoma, mikozis fungoides, sarkoidoz, lepramatöz lepra, atopik dermatit ve psoriasis gibi hastalıklar varlığında kişinin kontakt duyarlılığı azalır^{1,2,8}.

Kimyasal faktörler: Glukokortikoidler, siklosporin, azatiyopurin, UVB ve PUVA allerjik kontakt dermatiti güçlü olarak baskılar¹⁻⁹. Pentoksifilin baskılayıcı etkisi daha azdır¹. Anti-histaminikler ve sodyum kromoglikatın reaksiyon çıkışı üzerine etkili olmadığı düşünülmeyle birlikte tanı testleri sırasında tüm ilaçların kesilmesi uygun olur.

Çevresel faktörler: Yüksek ısı ve nem kontakt duyarlılığı arttırabilir².

Alerjenler: AKD'e neden olabilen alerjen sayısı gün geçtikçe artmaktadır. Bugün için bilinen 3000'e yakın alerjen vardır^{1,8,9}. Kontakt alerjenin duyarlandırma yeteneği reaksiyonun akut ya da kronik seyirinde etkili olur. Alerjenin konsantrasyonu, taşıyıcısı, temas sıklığı ve süresi ile penetrasyon gücü AKD cevabında etkili olur^{4,5}. Zehirli sarmaşık, benzol türevleri, bitkisel alerjenler ve antibiyotikler (neomisin) gibi güçlü duyarlandırıcılar akut; nikel, kromat ve tiuram gibi zayıf duyarlandırıcılar ise kronik AKD'ye neden olurlar⁷.

Bu immünojenik reaksiyonun gelişmesi için dört faktör gereklidir.

- 1- Haptenler
- 2- Epidermal hücreler: keratinositler ve Langerhans hücreleri
- 3- CD4+T hücreleri
- 4- Reaktif hücreler: monositler, makrofajlar ve nötrofiller

Alerjenler düşük molekül ağırlıklı (500-1000 dalton) maddeler olup hapten yapısındadırlar⁹. Haptenlerin çoğu duyarlandırma için tekrarlayan temaslar gerektiren zayıf alerjenlerdir^{2,5}. Tek başına antijenik özellikte olmayan haptenler, epidermal hücrelerin sitoplazmik membran proteinlerine bağlanır ve antijenik özellik kazanırlar^{1,5}. Oluşan hapten-protein kompleksi aktif ve immünojenik özellikte olup, antijen sunan hücrelerdeki Klas II antijenleriyle birleşirler. Derideki antijen sunucu hücreler Langerhans hücreleridir. Bağlantı bölgesi Langerhans hücre yüzeyindeki HLA-DR molekülünün zinciridir⁹. Bağlanmanın ardından bu hapten-protein kompleksleri pinositoz ya da reseptör aracılı endositoz yoluyla hücre içine alınır^{1,12,13}. Antijen Langerhans hücreleri içinde çeşitli işlemlere tabi tutulur. Antijen temasıyla keratinositlerden salınan çeşitli sitokinler, Langerhans hücrelerini aktive eder. Langerhans hücreleri 4-6 saat içinde lenfatikler aracılığıyla bölgesel lenf nodlarına göçerler¹. Langerhans hücreleri lenf nodlarında parakortikal bölgeye ulaştıklarında, duyarlanmamış T lenfositleri uyarma yeteneğindedirler^{12,13}. Antijen sunumunun ardından aktifleşen T hücreleri IL-2 etkisiyle klonal çoğalır ve antijene özel T hücre klonları oluşur. Bütün bu işlemler 10-14 gün sürer, bu andan itibaren duyarlanmamış T hücreleri alerjene tekrar maruz kaldığında lokalize bir dermatit tablosu oluşturmaya hazırdır¹².

Efferent faz, alerjenle sonraki temaslarda gelişir. Duyarlanma fazından daha hızlı olan bu fazda antijen, Langerhans hücreleri, makrofaj, mast hücreleri ve keratinositler tarafından sunulabilir. Dolaşımdaki bellek T hücreleri yüzeyinde spesifik moleküller eksprese olur ve dokuya özel hafıza T hücreleri oluşur. Bu hücreler antijenin ilk görüldüğü deri alanına giderek dermatit tablosuna neden olurlar. Reaksiyon alerjen maruziyetinden 12-24 saat sonra başlar, 3-5. günlerde pik yapar ve tedavi edilmezse 3-4 hafta sürer. Bu uyarılar inflamatuvar hücrelerin temas bölgesine toplanmasına yol açar¹². Araşidonik asit metabolitleri ve histaminlerin etkisiyle yerel dolaşım artar ve bütün bu süreç sonunda AKD lezyonları ortaya çıkar^{2,12}. Ancak, histaminin AKD patogenezinde primer rolü yoktur. Alerjenin gücü bu reaksiyonun oluşma sürecini tayin eder. Reaksiyon oluşması için güçlü antijenlerle bir kez temas yeterli iken, zayıf antijenler için gereken sayı genellikle birden fazladır.

Klinik

AKD kaşıntılı bir dermatit tablosudur. Klinik görünüm alerjenin gücüne ve temas süresine, reaksiyon bölgesine ve kişinin duyarlanma derecesine göre değişir^{1,2,4,5,7,8}.

Akut dönemde eritemli makül, papül, vezikül ve büller izlenir. Genital bölge ve göz kapağı gibi derinin ince olduğu alanlarda eritem ve ödem ön plandadır, vezikül görülmez. Lezyonlar keskin sınırlı olup temas bölgesine lokalizedir. 1-2 hafta sonra sulantı azalır. Subakut dönemde veziküllerin yerini krutlar alır, deskuamasyon belirgindir. Alerjenle temas devam eder ya da alerjen uzaklaştırılmazsa olay kronikleşir. Kronik dönemde tüm bölgelerde kuruluk, deride kalınlaşma, likenifikasyon ve fissürler oluşur^{1,5,8}.

En sık yerleşim yeri ellerdir. Ellerde genellikle subakut dönemde olan hastalık, akut ataklarla gider ve kronikleşmeye meyillidir. AKD parmak laterallerinden ve dorsumlarından başlar, zamanla el içine ve bilek iç kısımlarına yayılır^{2,5}. Yama testi için başvuruların %33'ünde el dermatiti bulunmaktadır¹. Olgular mesleki açıdan ve boş zamanlarındaki hobileri açısından ayrıntılı sorgulanmalıdır. Ev hanımları zayıf iritan maddelere çok maruz kalır. Kullandıkları eldiven mutlaka getirtilmeli ve bununla da test yapılmalıdır. Çiçekçi, kuaför, dişçi, tıp personeli, pastacı, sanayi işçisi gibi meslek sahipleri sıklıkla el ekzeması ile başvurabilirler.

Ayak dermatitleri de genellikle ragat ve likenifikasyonla seyrederek^{1,2,5}. Ayak dermatiti ile gelen olgularda ayırıcı tanıda tinea pedis, psoriasis akla gelmelidir. Ayak dermatiti ile gelen olgularda giydikleri ayakkabı ve terlikleri getirmeleri istenmeli bunlardan alınan küçük örneklerle yama testi yapılmalıdır. Potasyum dikromat deri boyamasında kullanılan bir maddedir. Ayrıca formaldehid, thiuram miks, kolofoni ayakkabı ve terlikte aksesuar olarak kullanılan nikel allerjinin nedeni olabilir. Eğer bir olgu ayakkabı materyaline allerjik ise test sonucuna göre saptanan allerjenden kaçınması uygun olur¹⁴. Yüz allerjilerinde, göz çevresinde belirgin eritem, skuam ve yoğun ödem bulunur. Skalp nadiren etkilenir. Saç boyalarına reaksiyon geliştiği durumlarda bile yüzdeki reaksiyon saçlı deriden daha şiddetlidir¹⁵. Yüz allerjisi şikayeti ile gelen ve 404 olgunun incelendiği araştırmada en sık rastlanan reaksiyon yeri periorbital bölge olarak saptanmıştır. Kadın olgularda yüz yerleşimli allerjik reaksiyon daha sık görülmektedir. Bazı durumlarda alerjen el ile yüze taşınmış olabilir bu konuda dikkatli sorgulama önemlidir, özellikle tırnak cilası ve primin elle taşınıp göz çevresinde allerjik reaksiyona neden olabilir¹⁶.

Mukozalarda AKD genellikle eritem ve ödemle seyrederek, vezikül görmek zordur. Lezyonlar perioral bölgeye yerleşebilir. Su ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada mukoza tutulumu olan allerjik kontakt dermatitli olgular değerlendirilmiş, mukozada reaksiyona neden olabilecek allerjenler başta dental seri ürünleri olmak üzere, gıda katkı maddeleri ve muayene eldivenlerindeki lastik kimyasalları olarak bildirilmiştir. Gargaralarda kullanılan eugenol mukoza reaksiyonuna neden olabilir. Dental yapıstırıcılardan epoksi ve dental metalleri de mukozada görülen alerjenlerin başında gelmektedir¹⁷.

Staz dermatiti ya da bacak ülseri bulunan hastalarda ve genellikle de topikal tedaviler ile ilişkili kontakt dermatit gelişmektedir. Kronik bacak ülserli olgularda patch test sonuçlarının araştırıldığı ülkemizden yapılan çalışmada %16,6 oranında lanolin, %10 oranında topikal antibiyotik allerjisi saptanmıştır. Allerjik reaksiyonların bir kısmı bandaj içerisindeki lastik maddelerle ilişkili olabilir. Bacak ülseri tedavisi ile ilgilenen pratisyen, damar cerrahı veya dermatologlar kontakt dermatit gelişme riskini göz önünde bulundurmalıdır¹⁸. Günlük pratikte çok sık olarak kullanılan topikal antibiyotikler allerjik kontakt dermatite neden olabilir. Özellikle cerrahi işlemlerden sonra topikal antibiyotik kullanımı plastik cerrahlar ve genel cerrahlar tarafından tercih edilmektedir. Cerrahi sonrası topikal antibiyotik kullanımı gerçek endikasyonları ile sınırlandırılmalıdır¹⁹.

Kulak kepçesi ve etrafında gelişen ekzema tablosunun seboreik dermatit ile ayırıcı tanısı mutlaka yapılmalı hastanın kulak etrafına uyguladığı topikal ajanlar, kullandığı kozmetik içerikleri iyi sorgulanmalıdır²⁰.

Foto allerjik kontakt dermatit (FAKD) kişinin daha önce karşılaştığı ve duyarlandığı bir fotoalerjenle sonraki karşılaşmalarında deride ortaya çıkan gecikmiş tip hipersensitivite yanıtıdır. Fotoallerjik kontakt dermatit AKD ile aynı mekanizmayla gelişir, ancak FAKD ultraviyole etkisinde oluşur. Genel popülasyonda FAKD insidansı bilinmemektedir²¹. Hastalık en çok güneşten koruyucu ürünler ve steroid dışı anti-inflamatuvar ajanlarla gelişmektedir^{22,23}.

UVA filtreli ürünlerin kullanımı son yıllarda yaygınlaşmıştır ancak güneşten koruyucular UVB'den korunmada daha etkindirler. Bu nedenle de güneşten koruyucular bazı hastaları fotokimyasal sensitiviteden koruyamaz²¹.

Son yıllarda güneşin zararlı etkilerinin anlatılması güneşten koruyucuların yaygın kullanımını sağlamıştır. Koruyucu kremlerin aktif içerikleri ile FAKD gelişen bir çok olguya literatürde rastlanmaktadır^{24,25}. Güneşten koruyucular içindeki paraaminobenzoik asit sık bildirilen AKD reaksiyonları nedeniyle kullanımdan kaldırılmıştır. Sonraki yıllarda benzophenon içeren ürünlerin kullanımı yaygınlaşmıştır. Oxybenzone, benzophenonlar dibenzoylmetan türevleri (avobenzone ya da PARSOL 1789) ve metoxycinnamate FAKD'e yol açan maddelerdir. Bugün, bu maddelere olduğu kadar koruyucunun bazının da fotoallerjik reaksiyonlara neden olabileceği bilinmektedir²³.

Antibakteriyeller sabun ve şampuanların içerisinde bulunan tetrachlorosalicylanilide ve tetrabromosalicylanilide çok güçlü fotosensitizan maddelerdir. Bu maddeler dünyanın pek çok yerinde FAKD endemilerine neden olduklarından kullanım alanları daraltılmıştır. Triclosan, dichlorophene FAKD açısından daha az risklidir. Bithionol, fenticlor, hexachlorophene ve chlorhexidine çeşitli temizlik ürünlerinde kullanılan antibakteriyel ajanlardır. Bu ürünlerle de FAKD gelişebilmektedir²¹.

Fragrance içinde bulunan musk ambrette, 6-methylcoumarin ve sandalwood oil ile FAKD tanımlanmıştır. Musk ambrette özellikle erkek kozmetiklerinde bulunur. FAKD ve kronik aktinik dermatit geliştirme riski nedeniyle sadece %4'ün altındaki konsantrasyonlarda kullanımına müsaade edilmektedir. 6-Methylcoumarin bronzlaştırıcı losyon olarak ün yapmış ve yaygın olarak kullanıldığı dönemlerde şiddetli FAKD tablolarına neden olmuştur. Diğer fotoalerjenlerden farklı olarak, bu losyon sürüldükten kısa süre sonra (30-60 dakika) UV teması olmuşsa reaksiyon gelişmektedir. Fotopatch test ile bu ajanın tespit edilebilmesi için de aynı şartların sağlanması gereklidir^{22,22}.

Quindoxin ve olaquindoz hayvan yemlerinde bulunan büyümeyi hızlandırıcı bir maddedir. Bu iki madde hayvanları elle besleyen çiftçilerde FAKD'ye neden olmuşlardır²⁶.

Fotosensitizan olduğu bilinen pek çok ilaç topikal olarak kullanıldığında FAKD'ye neden olur. Ketoprofen, fenotiazinler, klompromazin hidroklorid ve prometazin bunun en iyi örnekleridir.

AKD'de olduğu gibi FAKD'de de alerjenin uzaklaştırılması çoğu olguda tablonun gerilemesini sağlar. Bazı durumlarda ise reaksiyon devam eder ve persistan ışık erüpsiyonu denilen durum ortaya çıkar. İlaç kesildikten sonra UV maruziyeti devam ediyorsa, risk artar.

Kontakt alerjenler bazı durumlarda UV ile şiddetlenirler. Fotoagrevasyon denilen tablo genellikle tio üre, steroid dışı anti-inflamatuvar ilaçlar, tosilamid/formaldehid reçineleri, fragrance ile ortaya çıkar. Kronik kontakt allerji bazı durumlarda devamlı fotosensitiviteye neden olabilir. Colophony, ketoprofen, fragrance, likenler, sesquiterpene laktonlar sorumlu alerjenlerdir.

Fotoallerjik reaksiyonlar genellikle yüz, boynun V-bölgesi, el sırtı, kolların dış kısımları ve bazen de bacakların ön kısımları gibi güneş gören yerlerde dağılım gösterirler²². Unilateral yerleşim ancak maddenin temasını takiben sadece bir tarafın UV görmesi ya da bir tarafın daha yoğun UV maruziyeti ile ortaya çıkar. Bazen çok zıt yerleşimde lezyonlar görülebilir, bu durumda alerjenin elle taşındığı düşünülmelidir. Alerjen uzaklaştırıldığında lezyonlar geriler. Ancak alerjen uzaklaştırıldığı halde bazı hallerde güneş teması devam ediyorsa yeni lezyonlar oluşmaya devam edebilir. Bu durum devamlı bir hal alırsa kronik aktinik dermatit denilen tablo ortaya çıkar.

Histopatoloji

Histopatolojik bulgular, biyopsinin alındığı klinik evreye göre değişir. Erken lezyonlarda akut spongiotik dermatit bulguları görülür. Subakut dönemde daha küçük veziküller ve spongiolla birlikte orta derecede akantoz ve parakeratoz vardır. Kronik dönemde ise yoğun ve düzensiz akantoz, hiperkeratoz ve parakeratoz görülür. İnflamatuvar infiltrat azalır ve papiller dermal fibrozis ortaya çıkar. Sistemik ilaçlarla gelişen FAKD tablosunda eozinofiller bulunabilir¹.

Tanı ve Ayırıcı Tanı

İyi bir Anamnez tanıya çoğu kez yardımcı olur. Hastanın mesleği, hobileri, giysileri, şimdiki-önceki tedavileri hem tanıda hem de tedavide yol gösterici olabilir. Hastalığın en önemli ayırıcı tanısı iritan kontakt dermatitlerdir. Lezyonun yerleşimine yönelik sorularla olası antijen tespit edilebilir (Tablo 1)⁵. AKD'de kesin tanı ve sorumlu antijenin gösterilmesi için yama testi yapılmaktadır.

Yama testi (patch test), alerjenin kontrollü koşullar altında ve irritasyon oluşturmayacak konsantrasyonlarda uygulanması esasına dayanır. Test okunurken yalancı pozitifliğe ve negatifliğe neden olabilecek faktörler bilinmelidir. FAKD tanısı öykü, klinik ve fotopatch test ile konulur. Lezyonların

Tablo 1. Yerleşim yerine göre alerjen dağılımı (47)

| Yerleşim | Olası ürün | Allergen |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Baş | Saç kozmetikleri | Parafenilendiamin |
| Periorbital | Göz, yüz kozmetikleri, Tırnak boyaları/cilaları, Kontakt lens sıvıları | Me+Cl izotiazolin, kokular Toluensülfonamid formaldehid resin EDTA, benzalkonium klorid, tiomersal Sesquiterpen laktonlar |
| Dudaklar | Rujlar, Diş Macunu, Tırnak Kozmetikleri, Topikal ilaçlar, Gıdalar | Lanolin türevleri, UV-filtreleri Cinnamol, Toluensülfonamid formaldehit resin Tromantadin Antioksidanlar |
| Kulaklar | Küpe Damlalar | Nikel Neomisin, clioquinol |
| Aksilla | Deodorantlar Antiperspirantlar Kıyafetler | Fragrance Triklolan, propantelin bromid, fragrance Formaldehit, reçineler |
| Eller | Tüm kontaktnlar | Nikel |
| Gövde | Kıyafetler Metal kısımlar Korse Kozmetikler | Formaldehit, tekstil boyaları,, plastik kimyasallar, reçineler Nikel Plastik Lanolin, fragrance, Me+Cl izotiazolin |
| Bacaklar | Staz dermatit ve bacak ülseri tedavisi için kullanılan ilaçlar | Clioquinol, lanolin, neomisin, povidon-iyot, nitrofurazon |
| Ayaklar | Ayakkabı Antiperspirantlar | Kromat, kauçuk, boya, formaldehit, tutkal Propantelin bromid, formaldehit |
| Perianal | Antipruritik içeren topikaller Hemoroid için önerilen topikaller Nemli tuvalet kağıdı Gıdalar Baharatlar | Neomisin, lokal anestezipler Me+Cl izotiazolin, Metildibromoglutaronitrit |

güneş gören bölgelerde dağılımı genellikle fotokontakt dermatit tanısına yardımcı olur. Fotopatch test ise belli maddeye duyarlı kişilerin tespitini sağlar. Fotopatch test, sırasın-da UV uygulanması dışında patch testle aynı yolla yapılır. Testte kullanılacak ışık kaynağının UVA dalga boylarını içermesi şarttır. Korunan bölgede negatif, UV uygulanan yerdeki pozitif reaksiyon kişinin FAKD geliştirdiğini gösterir²¹. Fotosensitivitesi olanlara da fotopatch test yapılmalıdır. Bu kişilerde FAKD pozitifliği çeşitli çalışmalarda %10-39 oranında bildirilmektedir²¹⁻²⁵.

Tedavi

Tedavide temel prensip, dermatit tablosunu iyileştirmek ve alerjeni tespit etmek şeklindedir. Alerjen bilinmesi, hastalığın rekürrensini önlenmesi bakımından da gereklidir. Yama testi ile şüphelenilen antijen saptanmalı ve hasta bilgilendirilmelidir. Hastaya dermatite neden olan kimyasal maddelerin ne olduğu açık bir şekilde anlatılmalı ve bu kimyasal maddelerin bulunabileceği ürünlerin listesi verilmelidir.

AKD'nin medikal tedavisinde akut dönemde sulantılı lezyonlar için ıslak pansumanlar kullanılır. Sonrasında krem bazında kortikosteroidler tercih edilir. Akut alevli dönemde prednizolon enjektabl uygulanabilir. Kronik dönemde topikal steroidlerin merhem ve pomad formları kullanılmalıdır. Kortikosteroidler AKD'yi kontrol altına almada çok yararlı olurlar. Kortikosteroidler lenfositlerin antijen spesifik aktivasyon, proliferasyon ve sitokin salınımını önler, kapiller permeabilityi azaltır ve inflamasyonu baskılar. Kullanılacak steroidin potansi lezyonların yerleşimi dikkate alınarak belirlenir. Erişkinde %25¹, çocukta %10'dan fazla alan tutulmuşsa sistemik steroid endikasyonu vardır. Sistemik steroidler yaygın ve şiddetli olgulara saklanmalıdır²⁷. Topikal kortikosteroidlere karşı aşırı duyarlılık %0,2-5 oranında bildirilmektedir^{28,29}. Yanma ve kaşıntıyı azaltmak için antihistaminiklerden faydalanılabilir. Ancak histamin hücrel immünitede major medyatör olmadığı için çok etkili değildir. Antihistaminik içeren topikal ürünler duyarlandırıcı özellikleri nedeniyle önerilmez¹.

Alternatif tedaviler arasında T hücrelerine etkili olan pimekrolimus ve takrolimus yer almaktadır¹³. AKD tedavisinde fototerapi dirençli olgularda kullanılabilir. UVB ve PUVA immünsüpresif etkileriyle yüz güldürücüdür. Siklosporin AKD'de kullanılabilecek bir diğer immünsüpresif ilaçtır¹.

Tartışma ve Öneriler

Allerjik kontakt dermatit her yaş grubunda sık görülen bir dermatozdur. Günümüzde çocuklarda allerjik kontakt dermatit giderek artmaktadır. Gazi Üniversitesi Kontakt Dermatit Ünitesinde 360 çocuk olgu değerlendirildiğinde 118 olguda (%32) bir veya daha fazla oranda pozitif reaksiyon saptanmıştır³⁰. Olgular grup 1 de (2-8 yaş) grup 2 de ise (9-16 yaş) olarak değerlendirmeye alınmıştır. Her iki grupta da nikel en sık alerjen olarak saptanmıştır. Parafenilen diamine (PPD) ikinci sık rastlanan alerjendir. PPD geçici dövmelede

kına ile karıştırılarak hint kınası adı altında uygulanmaktadır. Özellikle yaz aylarında gençler arasında kullanımı çok yaygındır. Ülkemizde PPD allerjik olgular artan sayıda bildirilmektedir. Aileler ve allerjik olgular PPD reaksiyonu açısından bilgilendirilmelidir^{31,32,33}.

Diğer ülkelerdeki çalışmaların sonuçlarına benzer şekilde ayak ekzeması potasyum dikromat ve formaldehit allerjisi ile ilişkilidir¹⁴. Almanya'dan yapılan bir çalışmanın sonuçları thiomerasal allerjisinin en sık rastlanan allerjen listesinde olduğunu göstermektedir ancak ülkemizde thiomersal allerjisi daha düşük orandadır³⁴.

Yaşlı popülasyondaki allerjenler arasında bitkisel topikal uygulanan maddeler mutlaka sorgulanmalıdır. Kullanılan medikal topikal ilaçların yanı sıra özellikle eklem ağrısını dindirmek amacı ile ülkemizde yaygın kullanılan *Laurus nobilis* (Defne yağı) ile allerjik olgulara rastlanmaktadır^{35,36}.

Tüm dünyada ve ülkemizde nikel allerjisi en sık kontakt dermatit sebebidir. Yapılan çalışmalar nikel allerjisi ile atopi arasında ilişkiye dikkat çekmektedir. Nikel allerjisi kadınlarda daha sık görülür. Bu durum kullanılan imitasyon takılarla ilişkilidir. Düşük ayar altın nikel içerebilir. Bozuk para, zımba, makas çakmak kozmetikler nikel içerebilir. Bazı olgularda yazın nikel allerjisi kışa göre daha şiddetli olabilir. Bu durum yazın nikelin ter ile absorpsiyonunun artması şeklinde yorumlanabilir. Nikel doğal olarak yiyeceklerde de bulunabilir, oral nikel alınımı kontakt dermatiti alevlendirebilir. Yiyeceklerdeki nikel miktarı her ülkede farklı olabilir. Nikel allerjik olgularda konserve, ıspanak, kolalı içecekler şikayeti alevlendirebilir. Bu olgularda ana hedef nikel içeren maddelerden uzaklaştırılmasıdır. Nikel eşyaların cilalanması, nikel objenin steroidle kaplanması önerilebilir³⁷.

Ülkemizden pek çok merkezde değişik sayıda olguda allerji testi sonuçları ve alerjen listeleri yayınlanmaktadır^{38,39,40,41}.

Son yıllarda yapılan bir araştırmada ise maliyeti düşürmek ve kontakt duyarlanmayı azaltmak amacı ile en sık alerjenlerden küçük bir alerjen serisi ile oluşan maddelerle allerji testi yapılması önerilmektedir⁴².

Tablo 2. Kişisel ürünlerle yama testi sırasında yapılacaklar (46)

| Ürün | Yama testindeki Dilusyonu |
|------------------------|-----------------------------------------|
| Aftershave losyon | Olduğu gibi |
| Antiperspirant | Olduğu gibi |
| Deri temizleyiciler | %1 su içinde |
| Kremler | Olduğu gibi |
| Gözfari,kalem,maskara | Olduğu gibi |
| Yüz krem pudra | Olduğu gibi |
| Saç boyası | %2 su içinde |
| Saç spreyi | Olduğu gibi |
| El kremi | Olduğu gibi |
| Ruj | Olduğu gibi |
| Tırnak cilası | Olduğu gibi kurumaya bırakılmalı |
| Parfüm | Olduğu gibi(irritan reaksiyon olabilir) |
| Bitkiler(yaprak,çiçek) | Olduğu gibi |
| Şampuan | %5 su içinde |
| Diş macunu | %1 su içinde |

Ancak bu konu iyi tartışılmalıdır. Örneğin Birleşik Arap Emirlikleri ve Hindistan'da kolofoni allerjisi yüksek oranlarda bildirilmiştir^{43,44}. Ülkemizde yapılan çeşitli çalışmalarda, nikel en sık rastlanan alerjen olarak görülmekte kolofoni ise sık rastlanan alerjen listelerine girmeyebilmektedir. Ancak nadir de olsa rastlanan kolofoni allerjik olgular eğer test ile bakılmamış ise atlanabilir. Bu nedenle Avrupa standart serinin kullanılması esastır.

Ouain ve arkadaşları⁴⁵, sık kullanılan epilasyon ürünlerinin, rosin ve kolofoni içermesi nedeniyle potansiyel alerjen olabileceğini vurgulayarak, yama testi ile hastaların kişisel ürünleri ve alerjen serilerinde kolofoni bakılmasının önemi-ne dikkat çekmişlerdir.

Hastaların kendi kullandıkları ürünlerle nasıl test yapılacağı sorusu da çok sorulmaktadır. Burada hastanın kişisel ürünlerinden iritan olanların iyi belirlenmesi ve bunlarla test yapmamak önemlidir. Günlük kullanımdaki şüpheli alerjenler ile ilgili olarak Tablo 2'de önerilen dilusyonlar yardımcı olabilir⁴⁶. Ancak bilinmeyen ürünlerle test ile pigmentasyon riski olabilir. İdeali ürünün tam içerik listesinin bilinmesidir. Bazı durumlarda seri dilusyonlar ile reaksiyon şiddeti bakılabilir. Açık test veya kullanım testi kol iç yüzüne uygulanarak incelenebilir. İlk okuma 30-60 dakika sonra ikinci okuma ise 2-4 gün sonra yapılır.

Sonuç olarak yama testi, allerjik kontakt dermatit tanısını doğrulayan ve kontakt alerjinin sebebini bulmamızı sağlayan en önemli tanısal yöntemdir. Alerjen serileri kuaför, güneş koruyucu, preservatif, kortikosteroid kozmetik serilerini de gerekirse içerebilir⁴⁷.

Gelecekte Ülkemizde sık rastlanan alerjenlerin bilinmesi ve kontakt dermatite ilgi duyan meslektaşlarımızın işbirliği içinde olması, çalışma grupları kurulması, Amerikan Kontakt Dermatit grubu (www.contactderm.org) ve Avrupa Kontakt Dermatit grubunun düzenlediği (www.escd.org) toplantılarda ülkemizde sık görülen alerjenlerin bildirilmesi uygun olacaktır.

Kaynaklar

1. Belsito DV: Allergic Contact Dermatitis. In: Fitzpatrick TB, Fredberg TM, Eisen AZ, Wolff K, Austen FK, Goldsmith LA, Katz S editors. *Dermatology in General Medicine*, 5th ed. New York: Mc Graw Hill 1999; p. 1447-61.
2. Marks JG, Elsner P, Deleo VA: *Contact & Occupational Dermatology*. 3rd ed. St.Louis: Mosby 2002; p.3-15.
3. Frosch PJ, Menne T. *Contact Dermatitis*. 4th ed New York Springer 2006; p. 215-35.
4. Krasteva M, Kehren J, Sayag M et al: Contact dermatitis II. Clinical aspects and diagnosis. *Eur J Dermatol* 1999;9:144-59.
5. Kadyk DI, McCarter K, Achen F, Belsito DV. Quality of life in patients with allergic contact dermatitis. *J Am Acad Dermatol* 2003;49:1037-48.
6. Schnuch A, Uter W, Geier J et al: Epidemiology of contact allergy: an estimation of morbidity employing the clinical epidemiology and drug-utilization research (CEDUR) approach. *Contact Dermatitis* 2002;47:32-9.
7. Li LY, Cruz PD: Allergic contact dermatitis: pathophysiology applied to future therapy. *Dermatologic Therapy* 2004;17:219-23.
8. Aydemir EH: Allerjik kontakt dermatit. *Türkiye Klinikleri* 2005;1:19-21.
9. Belsito DV: The pathophysiology of allergic contact hypersensitivity. *Clinical Reviews in Allergy* 1989;7:347-79.
10. Önder M: Kontakt Dermatit tanı ve tedavisi. *Galenos* 2001; 5:7-11.
11. Önder M, Aksakal B: HLA DR, DQB, DP antigens in patients allergic to nickel. *Contact Dermatitis* 1995;33:433-35.
12. Kondo S, Sauder DN: Epidermal cytokines in allergic contact dermatitis. *J Am Acad Dermatol* 1995;33:786-800.
13. Holiková Z, Hercogová J, Plzák J et al: Dendritic cells and their role in skin-induced immune responses. *J Eur Acad Dermatol* 2001;15:116-20.
14. Önder M, Atahan C: Foot Dermatitis from the shoes. *Int J Dermatol* 2004;43:565-67.
15. Öztaş M, Önder M: Contact allergy to henna. *J Eur Acad Dermatol* 2001;15:77-2.
16. Adışen E, Önder M: A retrospective study of patients with facial allergic contact dermatitis patch tested with the European Standard series in Turkey. *J Eur Acad Dermatol* 2008 (baskıda Early View).
17. Su Ö, Onsun N: Allerjik Kontakt Dermatit/Mukoziti olan hastaların yama testi sonuçları. *Türkderm* 2008;42:13-7.
18. Önder M, İlter N: Kronik bacak ülserli olgularda patch test. *T Klin Dermatol* 1999;9:65-7.
19. Adışen E, Önder M: Allergic contact dermatitis to terramycin after reduction mammoplasty. *Gazi Medical Journal* 2008;19:48-9.
20. Önder M, Önder T: An investigation of contact dermatitis in patients with chronic otitis externa. *Contact Dermatitis* 1994;31:116-18.
21. Deleo VA: Photocontact Dermatitis. *Dermatol Therapy* 2004;17:279-88.
22. Cook N, Freeman S: Report of 19 cases of photoallergic contact dermatitis to sunscreens seen at the Skin and Cancer Foundation. *Australasian J Dermatol* 2001;42:257-59.
23. Goossens A: Photoallergic contact dermatitis. *Photodermatol Photoimmunol Photomed* 2004;20:121-25.
24. Thune P: Contact and photocontact allergy to sunscreens. *Photodermatology* 1984;1:5-9.
25. Deleo VA, Suarez SM, Maso MJ: Photoallergic contact dermatitis: results of photo-patch testing in New York 1985-90. *Arch Dermatol* 1992;128:1513-8.
26. Schauder S, Schroder W, Geier J: Oloquinox-induced airborne photoallergic contact dermatitis followed by transient or persistent light reactions in 15 pig breeders. *Contact Dermatitis* 1996;35:344-54.
27. Akyol A: Alerjik kontakt dermatit tedavisi. *T Klin Alerji-Astım* 1999;1:22-6.
28. Gönül M, Gül Ü, Karabay Y: Topikal kortikosteroid tedavisine cevap vermeyen alerjik kontakt dermatitli hastalarda kortikosteroidlere kontakt duyarlılığın araştırılması. *T Klin Dermatol* 1997;7:100-6.
29. Tenekeci HÖ, Yıldırım M: Kortikosteroidler de alerji yapabilir. *T Klin Alerji-Astım* 2002;4:143-8.
30. Önder M, Adisen E: Patch test results in a Turkish paediatric population. *Contact Dermatitis*. 2008;58:63-5.
31. Önder M: Temporary holiday tattoos may cause lifelong allergic contact dermatitis when henna is mixed with PPD. *J Cosm Dermatol* 2004;2:126-30.
32. Önder M, Atahan C: Temporary henna tattoo reactions in children. *Int J Dermatol* 2001;40:577-79.
33. Karaca Ş, Kulaç M: Geçici kına dövmesine bağlı alerjik kontakt dermatit. *T Klin J Dermatol* 2008;18:138-40.

34. Heine G, Schnuch A, Uter W et al: Frequency of contact allergy in German children and adolescents patch tested between 1995 and 2002: results from the Information Network of Departments of Dermatology and the German Contact Dermatitis Research Group. *Contact Dermatitis* 2004;51:111-17.
35. Önder M, Öztas M: Contact dermatitis in the elderly. *Contact Dermatitis*. 2003;48:232-3.
36. Ozden MG, Oztaş P: Allergic contact dermatitis from *Laurus nobilis* (laurel) oil. *Contact Dermatitis*. 2001;45:178.
37. Önder M: En sık rastlanan allerji nikel ve nikel alerjik hastalara yaklaşım. XV. Ulusal dermatoloji kongresi bildiri kitabı 1992; İzmir.
38. Doğramacı AC, Gürer MA: Kontakt Dermatitli Hastalarda Yama Testi sonuçları: Beş Yıllık Retrospektif Çalışma. *Türkiye Klinikleri J Dermatol* 2008;18:215-22.
39. Akasya-Hillenbrand E, Özkaya Bayazıt E: Patch test results in 542 patients with suspected contact dermatitis in Turkey. *Contact Dermatitis* 2002;46:17-23.
40. Tunalı S, Acar A, Sarıcaoğlu H: Kontakt dermatitli 400 hastada yama testi sonuçları. *T Klin Dermatoloji* 1995;5:71-7.
41. Akyol A, Gurgey E, Erdi H: Evaluation of patch test results with standart antigens in various type of eczema. *Contact Dermatitis* 1996;35:303-06.
42. Demirgüneş FE, Ersoy Evans S ve ark: Deri yama testi: Daha az madde içeren ön yama testi serisi daha pratik olabilir mi? *Türk Derm* 2007;41:7-10.
43. Sharma VK, Chakrabarti A: Common contact sensitizers in India. A study of 200 patients with the European standart series. *Contact Dermatitis* 1998;38:127-31.
44. Lestringart G, Bener A: Allergic contact dermatitis in the United Arab Emirates. *Int J Dermatol* 1999;38:181-6.
45. Ouain RD, Militello G, Crawford GH: Allergic contact dermatitis caused by colophony in an epilating product. *Dermatitis* 2007;18:96-8.
46. www.allerdem.com
47. Adışen E, Önder M: Akut allerjik kontakt dermatit ve foto kontakt dermatit. *T Klin J Surg Med Sci* 2006;2:37-44.