

Non-Ekzematöz Kontakt Dermatitler

Esen Özkaya-Bayazıt

İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı

Özet

Kontakt dermatitler en sık ekzematöz morfolojikle ortaya çıktığı halde nadiren non-ekzematöz tablolarla da kendini gösterebilir. Ürtikeryal (eritema multiforme benzeri), likenoid, papüler / folliküler, büllöz, dizhidroziform, püstüler, pigmente, purpurik, lenfomatoid ve granülatöz kontakt dermatit şeklinde sıralayabileceğimiz bu tablolar allerjik kontakt dermatit, iritan kontakt dermatit veya fotokontakt dermatitle ilişkili olabilir.

Anahtar Kelimeler: Nonekzematöz, allerjik kontakt dermatit, likenoid, ürtikeryal, pigmente, purpurik, püstüler

Özkaya Bayazıt E. Non-ekzematöz kontakt dermatitler. TÜRKDERM 2003; 37: 245-252

Summary

The classic presentation of contact dermatitis is an eczematous reaction but there are less common non-eczematous patterns such as erythema multiforme-like (urticarial) eruption, lichenoid, papular / follicular, bullous, dyshidrosiform, pustular, pigmented, purpuric, lymphomatoid, and granulomatous reactions. They are frequently associated with allergic / irritant contact dermatitis or photocontact dermatitis.

Key Words: Noneczematous, allergic contact dermatitis, lichenoid, urticarial, pigmented, purpuric, pustular

Özkaya Bayazıt E. Noneczematous contact dermatitis. TÜRKDERM 2003; 37: 245-252

Kontakt dermatitler ön planda ekzematöz reaksiyona yol açarlar; ancak bazı durumlarda non-ekzematöz tablolarla da ortaya çıkabilirler. Ürtikeryal (eritema multiforme benzeri), likenoid, papüler / folliküler, büllöz, dizhidroziform, püstüler, pigmente, purpurik, lenfomatoid ve granülatöz kontakt dermatit şeklinde sıralayabileceğimiz bu tablolar allerjik, iritan, fotoiritan veya fotoallerjik kontakt dermatitle ilişkili olabilir.

Ürtikeryal (Eritema Multiforme Benzeri) Kontakt Dermatit

1. Allerjik ürtikeryal kontakt dermatit

Genellikle allerjik kontakt dermatite bağlı ekzematöz bir reaksiyondan 1-14 gün sonra ekzematöz reaksiyon yerinde veya daha uzağında ortaya çıkan kaşıntılı, eritemli ürtikeryal papül ve /veya plaklarla karakterize-

dir. Bu tabloya "ürtikeryal papül ve plak tipi kontakt dermatit" denmesi önerilmektedir¹. Arada hedef tahtası tarzı (target like) lezyonlar da görülürse tablo "eritema multiforme benzeri kontakt dermatit" adını alır.

Başlıca etkenler tropikal (ekzotik) ağaçlar ve bitkiler², nikel ve kobalt gibi metaller³, çeşitli topikal ilaçlar (Sülfonamid, etilendiamin, Peru balzamu, kliokinol gibi)^{4,6} ve çeşitli kimyasal maddelerdir (epoksi, formaldehid gibi)⁴.

Histopatolojik olarak epidermis normal veya hafif spongiotik olup üst dermiste hafif ödem ve hafif perivasküler lenfositik infiltrasyon görülür. Nadiren bazal hücrelerde vakuoler dejenerasyon saptanabilir. Ancak eritema multiforme'de görülmesi beklenen epidermal diskeratotik hücrelere veya interface dermatite rastlanmaz⁴.

Alındığı Tarih: 25.09.2002 **Kabul Tarihi:** 05.08.2003

Yazışma Adresi: Doç. Dr. Esen Özkaya Bayazıt, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, 34390 Çapa-İstanbul
Tel: 0212 635 29 39, Fax: 0212 531 09 86, e-mail: bayazit@turk.net, ebayazit@istanbul.edu.tr

Not: 19. Ulusal Dermatoloji Kongresi'nde (3-7 Eylül 2002, Kapadokya) Kontakt Dermatitler panelinde panel konuşması olarak sunulmuştur.

Tanı şüpheli alerjenle yama testinin pozitif bulunması ile konur. Yama testi reaksiyonu genellikle ekzematöz tiptedir; nadiren ürtikeryal olabilir.

Ön planda eritema multiforme, klasik ürtiker / kontakt ürtiker, protein kontakt dermatiti ile ayırıcı tanı yapılmalıdır^{7,8}.

Likenoid (Liken Planus Benzeri) Kontakt Dermatit

1. Allerjik likenoid kontakt dermatit

Başlıca allerjik likenoid kontakt dermatit şeklinde görülen bu tablo deride alerjenle temas yerinde veya uzağında kaşıntılı liken planus benzeri papüller, oral mukozada da oral likeni andıran lezyonlarla karakterizedir.

Deride en sık p-fenilendiamin türevlerine bağlı olarak meydana gelir. P-fenilendiamin içeren çeşitli renkli film banyo sıvıları (Kodak CD2, Kodak CD3, Agfa TSS, Ilford MI 210, Kodak CD4) likenoid kontakt dermatitin başlıca sebebidir⁹⁻¹¹. Son yıllarda p-fenilendiamin içeren Hint kınası ile tatuaj sonrası da sıklıkla bildirilmektedir¹². Nikel, neomisin ve epoksi reçinesine bağlı likenoid reaksiyonlar da bildirilmiştir¹³⁻¹⁵. Diş metalleri (amalgam, altın, palladyum, bakır gibi), diş protez maddeleri (metakrilat) ve mentol, nane esansları gibi koku maddeleri ise oral likenoid kontakt dermatitin en önemli sebepleridir^{16,17}.

2. Fotoallerjik likenoid kontakt dermatit

Koku maddeleri (musk ambrette) ile fotoduyarlanmaya bağlı yüzde ve el sırtında pigmente likenoid dermatit şeklinde bildirilmiştir¹⁸.

Likenoid kontakt dermatit lezyonlarının histopatolojisi genellikle nonspesifik kronik dermatitle uyumlu bulunmaktadır⁴. Nadiren liken planus benzeri değişiklikler gözlemlenebilir. Ancak likenoid bant tarzı infiltrasyona rağmen spongiöz ve eozinofili olması, ayrıca inflamatuvar infiltrasyonun azlığı gerçek liken planus lezyonlarından ayırmada kolaylık sağlar.

Tanı şüpheli alerjenle yama / fotoyama testinin pozitif bulunması ile konur. Yama testi reaksiyonu genellikle ekzematöz tiptedir; nadiren likenoid olabilir. Allerjik fotokontakt dermatitli bir olgunun fotoyama testinde test yerinde 1 ay sonra pigmente likenoid tipte geç pozitiflik saptanmıştır¹⁸.

Ön planda liken planus ve likenoid ilaç reaksiyonu ile ayırıcı tanı yapılmalıdır. Lezyonlar el sırtı, yüz gibi güneş gören bölgelerde yerleşmişse allerjik – fotoallerjik likenoid kontakt dermatit arasında ayırım yapmak gerekebilir¹⁸. Bu durumda tanı için hem yama hem de fotoyama testi yapılmalıdır.

Papüler / Foliküler Kontakt Dermatit

1. Allerjik papüler kontakt dermatit

Nikel duyarlanmasına bağlı olarak kolye temas yerinde ve periumbilikal bölgede gelişen papüler tipte allerjik kontakt dermatit olguları bildirilmiştir^{19,20}.

Kozmetik ürünlerin içindeki polioksietilen lauril eter²¹, E vitamini²² ve tekstil ürünleri içindeki formaldehidin de folliküler papüler tipte kontakt dermatite yol açtığı bildirilmiştir²³.

Büllöz Kontakt Dermatit

1. Fotoiritan büllöz kontakt dermatit

Başlıca furanokumarin içeren bitkilerle teması takiben güneş ışınlarına maruz kalmaya bağlı olarak temas yerinde gelişen hafif eritem, lineer yerleşimli büller ve postinflamatuvar pigmentasyonla karakterize bu tablo fitofotodermatit veya dermatitis büllöza striata pratensis adını alır. Psoralen ve bergamut esansı da aynı tabloya yol açar²⁴.

2. Allerjik büllöz kontakt dermatit

Allerjenle temas yerinde gelişen büllöz erüpsiyonla karakterizedir. Bazen büllöz pemfigoid benzeri lezyonlar görülebilir.

Cinnamic aldehid ve cinnamic alkol içeren tarçın tozu ile yara tedavisine bağlı olarak büllöz pemfigoid benzeri kontakt dermatit bildirilmiştir²⁵. Bufexamac (akut perianal büllöz kontakt dermatit), Kathon CG ve timerosal de büllöz kontakt dermatite yol açan etkenler arasındadır²⁶⁻²⁸.

Klinik ve histopatolojik olarak büllöz pemfigoidi taklit edebilir^{4,25}, bu nedenle direkt immunfluoresan tetkik ve "split skin" incelemeleri gerekebilir.

Tanı şüpheli alerjenle yama testinin pozitif bulunması ile konur. Yama testi reaksiyonu genellikle ekzematöz (veziküler) tiptedir⁴.

Ayırıcı tanıda lokalize büllöz pemfigoid, büllöz pikür reaksiyonu ve büllöz impetigo da akla gelmelidir.

3. Büllöz yama testi reaksiyonu

Yama testi yerinde öncesinde eritem, ödem, papül, vezikül olmaksızın gelişen büllöz reaksiyonun genellikle iritan tipte olduğu kabul edilir²⁹.

Dizhidroziform Kontakt Dermatit

1. Allerjik dizhidroziform kontakt dermatit

Genellikle ellerde eritemsiz zeminde minik dizhidroziform tipte lezyonlarla karakterizedir. Lezyonlar dizhidroziform pemfigoidi taklit edebilir.

En sık nikel kontakt duyarlanması olanlarda nikelden zengin yiyeceklerin aşırı tüketilmesine bağlı olarak gelişir³⁰. Öte yandan, dizhidroziform pemfigoidli bir olguda yiyeceklerle alınan nikelin lezyonları indüklediği bildirilmiştir³¹. Çok nadiren bazı gıdalara ve gıda katkı maddelerine bağlı dizhidroziform kontakt dermatit olguları da bildirilmiştir³².

Şüpheli alerjenle yama testinin pozitif bulunması ile tanı konur. Yama testi reaksiyonu ekzematöz (veziküler) tiptedir³³.

Dizhidroz ve dizhidroziform pemfigoid ile ayırıcı tanı yapılmalıdır.

2. İritan dizhidroziform kontakt dermatit

Metal endüstrisinde çalışanlarda makine yağı, madeni yağ gibi sıvılarla temasa bağlı olarak bildirilmiştir³³.

Püstüler Kontakt Dermatit

1. İritan püstüler kontakt dermatit

Başlıca etkeni kroton yağıdır³⁴. Ülkemizde Aydın ve Çukurova bölgelerinde Paederus böceklerinin sekresyonu olan pederine bağlı küçük çapta akut iritan püstüler kontakt dermatit epidemileri bildirilmiştir^{35,36}.

2. Allerjik püstüler kontakt dermatit

Allerjenle temas yerinde gelişen eritemli zeminde kaşıntılı steril püstüllerle karakterizedir³⁷. Tekstil dermatitinin sık görülen klinik formlarından biri olup "Disperse Blue", "Disperse Red" gibi kumaş boyaları ile duyarlanmaya bağlı olarak gelişir³⁸. Nitrofura-

zon³⁷, izokonazol³⁹, minoksidil⁴⁰ ve merbromin⁴¹ gibi topikal ilaçlara bağlı olarak da püstüler kontakt dermatit bildirilmiştir. Bir çalışmada, kronik palmoplantar püstülozis'li olguların %60'ında başta koku maddeleri olmak üzere çeşitli maddelerle yama testi pozitiflikleri saptanmış, ancak test sonuçlarının klinik relevansı hakkında bir değerlendirme yapılmamıştır⁴². Trikloretilen kontakt duyarlanmasına bağlı subkorneal püstüler erüpsiyon da bildirilmiştir⁴³.

Şüpheli alerjenle yama testinin pozitif bulunması ile tanı konur. Yama testi reaksiyonunun genellikle püstüler tipte olması beklenir; ancak ekzematöz (veziküler) de olabilir.

Ayırıcı tanıda sekonder infeksiyon, subkorneal püstüler dermatit, kronik palmoplantar püstülozis, püstüler ilaç reaksiyonu, akut generalize ekzantematöz püstüloz (AGEP) ve püstüler psoriasis akla gelmelidir^{42,43}.

3. Püstüler yama testi reaksiyonu

Yama testinde püstüler reaksiyonun genellikle iritan tipte olduğu kabul edilir. Özellikle atopiklerde nikel, bakır, civa tuzları gibi metal tuzlarına bağlı olarak püstüler tipte iritan yama testi reaksiyonları sık görülür⁴⁴. Ancak allerjik yama testi reaksiyon formu olarak da test yerinde püstüller gelişebilir. Bu durumda reaksiyon önce eritemli zeminde veziküllerle başlar, püstüller daha sonra tabloya eklenir³³.

Pigmente Kontakt Dermatit

1. Fotoiritan pigmente kontakt dermatit

Kolonya gibi parfümlü maddelerin ultraviyole ışınları ile birlikte oluşturduğu fotoiritan pigmente kontakt dermatit "Berloque dermatiti" adını alır⁴⁵.

2. Allerjik pigmente kontakt dermatit

Allerjenle temas yerinde net sınırlı olmayan, bazen benekli ya da retiküler tipte hiperpigmentasyonla karakterizedir. Beyaz ırkta nadir olup, sarı ırkta ve koyu tenli kişilerde daha sık görülür⁴⁶. En iyi bilinen tipi yüzde başlıca yanaklarda ve dudakta görülen pigmente kozmetik dermatitidir^{47,48}. Riehl melanozu, pigmente kozmetik dermatitinin boyunda görülen varyantı olarak kabul edilmektedir⁴⁹. Eritema diskromikum perstans (ashy dermatoz) da pigmente kontakt dermatitin bir tipi olarak karşımıza çıkabilmektedir⁵⁰.

Pigmente kozmetik dermatitinde başlıca etken kozmetik ürünlerin içindeki koku maddeleri (özellikle cinnamic alkol türevleri), boyalar ve karbanilid gibi bakterisit içeren sabunlardır⁴⁶. Bunların dışında çamaşır deterjanları içindeki optik beyazlatıcılar (“beyazdan daha beyaz” sloganı ile tanıtımı yapılan Tinopal veya CH3566), tekstil boyaları (azo türevleri) ve lastik bileşenleri de (özellikle iç çamaşırı lastiğinin temas ettiği bel bölgesinde) pigmente kontakt dermatit etkenleri arasındadır^{4,33,51}. Topikal minoksidil⁵², dudak boyası⁵³ ve “musk ambrette”⁵⁴ ile de pigmente kontakt dermatit olguları rapor edilmiştir. Kliniğimizden de saat kayışı temas yerinde gelişen ve deri kayış içindeki yapıştırıcı reçine olan p-tert-bütilfenol-formaldehid reçinesine (PTBP-FR) bağlı pigmente kontakt dermatitli bir olgu bildirilmiştir⁵⁵. PTBP-FR kontakt depigmentasyon (lökoderma) yapan bir madde olup hiperpigmentasyona yol açtığı daha önce hiç bildirilmemiştir. Bir çalışmada 39 eritema diskromikum perstans tanılı hastanın tamamında temas ettikleri pestiside (klortalonil) karşı yama testi pozitifliği saptanmıştır⁵⁰. Pigmente kontakt dermatitin histopatolojisinde karakteristik olarak bazal hücrelerde vakuoler dejenerasyon ve pigment inkontinansı görülür. Epidermis genellikle atrofik olup üst dermiste hafif perivasküler lenfositik infiltrasyon saptanır⁴⁶. Şüpheli allerjenle yama testinin pozitif bulunması ile tanı konur. Yama testi reaksiyonu genellikle ekzematöz tiptedir, bazen test yerinde pigmentasyon gelişebilir³³.

Pigmente kontakt dermatitin ayırıcı tanısında friksiyon melanozu, primer kutane amiloidoz, fiks ilaç reaksiyonu, pigmente liken planus, atopik dermatit, yaygın lezyonların varlığında da Addison hastalığı akla gelmelidir⁴⁶.

3. Fotoallerjik pigmente kontakt dermatit

Koku maddeleri ile fotoduyulanmaya bağlı olarak da pigmente kontakt dermatit gelişebilir. Bu durumda yama testinin yanı sıra fotoyama testi de yapılmalıdır.

İritan veya allerjik kontakt dermatit, idyopatik vitiligo ile ayırıcı tanıya giren kontakt lökoderma lezyonları da yapabilir. İritan etkenler arasında fenol, katekol türevleri, lastik sanayiinde kullanılan hidrokinonun monobenzen eteri ve 4-tert-butilkatekol sayılabilir⁴⁶. Yapıştırıcı bir reçine olan PTBP-FR, skuarik asit dibütilester (SADBE), alstromeria, Carbyne R (herbisid), “musk

ambrette” allerjen etkenler arasındadır⁴⁶. TENS elektrodlarının temas yerinde nikel bağı lökoderma⁵⁶, dental akrilik reçinelerle yama testi yerinde kalıcı lökoderma⁵⁷, Hintli kadınların ‘Bindi’ yapıştırdıkları bölgede⁵⁸ ve sualtı gözlüğü temasına bağlı periorbital rakun gözü benzeri lökoderma⁵⁹ olguları da bildirilmiştir. Allerjenlerle yama testi ekzematöz tipte pozitifdir, daha sonra test yerinde lökoderma gelişebilir.

Purpurik Kontakt Dermatit

1. İritan purpurik kontakt dermatit

Basınca veya giysilerin içindeki fiberglas partiküllerinin temasına bağlı mekanik travma iritan tipte purpurik kontakt dermatite neden olabilir³³.

2. Allerjik purpurik kontakt dermatit

Kontakt allerjinin nadir görülen bu formunda allerjenle temas yerinde genellikle asemptomatik olan maküler peteşiyal purpurik lezyonlarla karakterizedir. Bazen başlangıç lezyonları kaşıntılı ve eritemli olabilir. Zamanla purpurik erüpsiyonun rengi kahverengiye dönüşür ve solarak kaybolur. Olguların kan tablosu normaldir.

En sık etken bir lastik antioksidanı olan izopropil-N-fenil-p-fenilendiamin (IPPD)'dir^{60,61}. IPPD başlıca elastik iç çamaşırı ve kıyafetlerde, çamaşır lastiğinde, dalgıç kıyafeti, bot ve elastik bandajlarda bulunur^{62,63}. İkinci sıklıkta tekstil boyaları ve kimyasalları gelmektedir⁶⁴. Havacı üniformalarındaki “Disperse Blue 85” ile duyarlanmaya bağlı purpurik kontakt dermatit olguları bildirilmiştir⁶⁵. Şapka satan bir olguda siyah şapka boyasında bulunan p-fenilendiamine bağlı purpurik kontakt dermatit saptanmıştır⁶⁶. Topikal ilaçlar içindeki Peru balzamu, proflavin, oksikinoлин ve benzoil peroksit^{4,33,67,68}, işlenmemiş ham yün⁶⁹, epoksi reçinesi⁷⁰ ve çamaşır deterjanları içindeki optik beyazlatıcılar³³ da bildirilen etkenler arasındadır.

Histopatolojik olarak epidermiste spongiöz, ekzozitoz, dermal vazodilatasyon ve perivasküler lenfositik infiltrasyonun yanı sıra eritrosit ekstrasvazasyonu görülür. Vaskülit bulgularına rastlanmaz.

Şüpheli allerjenle yama testinin pozitif bulunması ile tanı konur. Yama testi reaksiyonu genellikle ekzematöz tiptedir. IPPD, p-fenilendiamine ve azo boylarına bağlı purpurik tipte reaksiyon da bildirilmiştir^{33,66,71}.

Kanama-pıhtılaşma bozuklukları ve progresif pigmente purpurik dermatozlar ayırıcı tanıda akla gelmelidir. Progresif pigmente purpurik dermatoz sanılan bazı olguların purpurik kontakt dermatit olduğu ortaya çıkmıştır. Başlıca lastik bot ya da elastik çorap içindeki IPPD ya da "Disperse Blue" gibi kumaş boyaları ile duyarlanmaya bağlı olarak alt ekstremitelerde Schamberg hastalığı benzeri purpurik kontakt dermatit olguları bildirilmiştir^{4,72,73}. Bu olgularda tekstil boyaları ile yama testinin lezyonlu bölgeye de yapılması önerilmektedir⁷².

3. Purpurik yama testi reaksiyonu

Purpurik yama testi reaksiyonunun genellikle iritan tipte olduğu kabul edilir. En sık görüleni %1'lik kobalt klorür ile yama testi yerinde gelişen peteşiyal reaksiyondur⁷⁴. Ayrıca apronalide (Sedormid) ve kinidin içeren ilaçların sistemik alımına bağlı olarak purpurik ilaç reaksiyonu gelişen olgularda bu ilaçlarla yama testinin de purpurik tipte olduğu bildirilmiştir³³.

Lenfomatoid Kontakt Dermatit

1. Allerjik lenfomatoid kontakt dermatit

Allerjenle temas yerinde gelişen kaşıntılı, eritemli skuamli papül / plak ya da nodüllerle karakterizedir.

Altın küpelerdeki altın tuzlarına bağlı olarak kulak memesinde⁷⁵, göz damlalarına bağlı olarak göz kaşığında⁷⁶, alüminyum hidroksitle çöktürülmüş antijen içeren aşı veya hiposensitizasyon sıvılarına bağlı olarak injeksiyon yerinde⁴ lenfomatoid kontakt dermatit bildirilmiştir. Nikel¹⁹, kobalt⁷⁷, diaminodifenilmetan⁷⁸ ve etilendiamin dihidroklorür⁷⁹ de lenfomatoid kontakt dermatite yol açabilir. Dental amalgam alerjisine bağlı olarak da oral karsinomu taklit eden nodüler kontakt reaksiyonlu bir olgu saptanmıştır⁸⁰. Etkenle temas kesilse bile lezyonlar aylarca devam edebilir.

Histopatolojik olarak epidermal ekzematöz değişikliklerin yanısıra dermiste mikozis fungoidesi taklit eden yoğun lenfomonositik infiltrasyon görülür⁸¹. İnfiltrasyon ağırlıklı olarak süpresör / sitotoksik T-lenfositlerden oluşur ve atipik mikozis fungoides hücrelerine rastlanmaz.

Şüpheli allerjenle yama testinin pozitif bulunması ile tanı konur. Yama testi reaksiyonu genellikle ek-

zematöz tiptedir. Bazen yama testi bölgesinde de aylarca sebat edebilen yoğun lenfoblastik reaksiyon oluşabilir, ancak infiltrasyon ön planda süpresör / sitotoksik tipte benign reaktif T-lenfositlerden oluşur⁴.

Mikozis fungoides başta olmak üzere diğer deri lenfomaları ve metastatik deri lezyonları ile ayırım yapılmalıdır.

Granülomatöz Kontakt Dermatit

1. İritan granülomatöz kontakt dermatit

Talk, çinko, stearat, silisyum ve magnezyumun deriye inokülasyonuna bağlı olarak gelişen iritan tipte granülomatöz kontakt dermatit bildirilmiştir³³. Lezyonlar temas yerinde gelişen soliter veya grupe papül veya nodüller şeklindedir.

2. Allerjik granülomatöz kontakt dermatit

Allerjenin hasarlı deriye temas yerinde genellikle ekzematöz bir reaksiyonu takiben 4-6 hafta içinde gelişen soliter veya grupe, kalıcı, sert, eritemli veya kırmızımsı kahverengi renkte parlak yüzeyli papül veya nodüllerle karakterizedir³³. Kaşıntı çok azdır veya hiç yoktur.

En iyi bilineni zirkonyum içeren deodorant kullanımına bağlı olarak gelişen ve aksiller bölgeye sınırlı lezyonların görüldüğü allerjik granülomatöz reaksiyondur⁸². Çözünebilir zirkonyum tuzları ile oluşan reaksiyon birkaç ay içinde kaybolurken çözünmeyen tuzlarla oluşan reaksiyon kalıcı olabilir. Bunun dışında çeşitli metal ve metal tuzları da granülomatöz kontakt dermatit oluşturmaktadır. Aşıların içindeki alüminyum hidroksit⁸³, civa, krom, kobalt, kadmium gibi tatuaj boyaları^{4,84}, pacemaker içindeki titanyum⁸⁵, kalıcı kaş boyasındaki demir oksit⁸⁶, küpe ve body-piercing takılarındaki altın ve paladyum^{87,88} ile bu tip reaksiyon bildirilmiştir. Berilyum da allerjik granüloma yol açabilir³³. İntravenöz uygulanan hirudinin ekstrasvazasyonu sonucu gelişen allerjik granülomatöz reaksiyon⁸⁹ ve propolise bağlı granülomatöz kontakt dermatit de bildirilmiştir⁹⁰.

Histopatolojik olarak epiteloid hücrelerden oluşan sarkoid tipi granülom görülmesi tipiktir. Histopatolojik değerlendirme sonucunda sarkoidozla ayırım yapılamayabilir⁴.

Tanı için şüpheli allerjenle çizik-yama testi (scratch-chamber test) yapılır. Bir lanset yardımıyla kanatmadan çizilmiş deriye alerjen kapalı yama testindeki gibi 48 saat süreyle uygulanır. 4 hafta içinde test yerinde kırmızimsı-kahverengi papül gelişirse test pozitif olarak değerlendirilir. Bu papüllerin histopatolojik değerlendirmesinde de sarkoid tipi granülomlar görülür³³. Zirkonyum için bu testin yanı sıra intradermal test de yapılabilir³³. Metal tuzları ile klasik yama testi de genellikle ekzematöz tipte pozitif reaksiyon verir⁴. Alüminyum hidroksitle duyarlanması olanlar alüminyum klorür ve alüminyum test odacıklarına da (Finn Chambers) yama testinde pozitif reaksiyon verirler⁴.

Klinik ve histopatolojik olarak başlıca sarkoidozla ayırıcı tanı yapılmalıdır. Bunun dışında granülomla seyreden diğer hastalıklar da ayırıcı tanıya girer.

Sonuç olarak, kontakt dermatitin nadir de olsa ekzematöz morfoloji dışındaki tablolarla karşımıza çıkabileceğini, birçok elementer lezyonun kontakt dermatitin de göstergesi olabileceğini bilmek ve temas edilen maddelerle ilgili ayrıntılı bir anamnez alarak gerekli durumlarda yama testine başvurmak en uygun yaklaşım olacaktır.

Kaynaklar

- Goh CL: Urticarial papular and plaque eruptions. A noneczematous manifestation of allergic contact dermatitis. *Int J Dermatol* 1989; 28: 172-176.
- Fisher AA: Erythema multiforme-like eruptions due to exotic woods and ordinary plants. Part I. *Cutis* 1986; 37: 101-104.
- Cook LJ: Associated nickel and cobalt contact dermatitis presenting as erythema multiforme. *Contact Dermatitis* 1982; 8: 280-281.
- Goh CL: Noneczematous contact reactions. *Textbook of Contact Dermatitis*'de. Ed. Rycroft RJG, Menne T, Frosch PJ. 2'inci baskı. Berlin, Springer Verlag, 1995; 221-236.
- Fisher AA: Erythema multiforme-like eruptions due to topical medications. Part II. *Cutis* 1986; 37: 158-161.
- Koch P, Bahmer FA: Erythema-multiforme-like, urticarial papular and plaque eruptions from bufexamac: report of 4 cases. *Contact Dermatitis* 1994; 31: 97-101.
- Wakelin SH: Contact urticaria. *Clin Exp Dermatol* 2001; 26: 132-136.
- Hjorth N, Roed-Petersen J: Occupational protein contact dermatitis in foodhandlers. *Contact Dermatitis* 1976; 2: 28-42.
- Canizares O: Lichen planus-like eruption caused by colour developer. *Arch Dermatol* 1959; 80: 81-86.
- Goh CL, Kwok SF, Rajan VS: Cross sensitivity in colour developers. *Contact Dermatitis* 1984; 10: 280-285.
- Kersey P, Stevenson CJ: Lichenoid eruption due to colour developer. A new occupational hazard of automatic self-photographing machines. *Contact Dermatitis* 1980; 6: 503-504.
- Chung WH, Chang YC, Yang LJ, Hung SI, Wong WR, Lin JY, Chan HL: Clinicopathologic features of skin reactions to temporary tattoos and analysis of possible causes. *Arch Dermatol* 2002;138:88-92.
- Lombardi F, Campolmi P, Sertoli A: Lichenoid dermatitis caused by nickel salts? *Contact Dermatitis* 1983; 9: 520-521.
- Lembo G, Balato N, Patrupo C, Pini D, Ayala F: Lichenoid contact dermatitis due to aminoglycoside antibiotics. *Contact Dermatitis* 1987; 17: 122-123.
- Lichter M, Drury D, Remlinger K: Lichenoid dermatitis caused by epoxy resin. *Contact Dermatitis* 1992; 26: 275.
- Yiannias JA, el-Azhary RA, Hand JH, Pakzad SY, Rogers RS 3rd: Relevant contact sensitivities in patients with the diagnosis of oral lichen planus. *J Am Acad Dermatol* 2000; 42 (2 Pt 1): 177-182.
- Camisa C, Taylor JS, Bernat JR Jr, Helm TN: Contact hypersensitivity to mercury in amalgam restorations may mimic oral lichen planus. *Cutis* 1999; 63: 189-192.
- Parodi G, Guarrera M, Rebora A: Lichenoid photocontact dermatitis to musk ambrette. *Contact Dermatitis* 1987; 16: 136-138.
- Houck HE, Wirth FA, Kauffman CL: Lymphomatoid contact dermatitis caused by nickel. *Am J Contact Dermat* 1997; 8: 175-176.
- Sharma V, Beyer PJ, Paruthi S, Napper AJ: Prominent pruritic periumbilical papules: allergic contact dermatitis to nickel. *Pediatr Dermatol* 2002; 19: 106-109.
- Kimura M, Kawada A: Follicular contact dermatitis due to polyoxyethylene lauryl ether. *J Am Acad Dermatol* 2000; 42(5 Pt 2):879-880.
- Perrenoud D, Homberger HP, Auderset PC, Emmenegger R, Frenk E, Saurat JH, Hauser C: An epidemic outbreak of papular and follicular contact dermatitis to tocopheryl linoleate in cosmetics. *Swiss Contact Dermatitis Research Group. Dermatology* 1994;189: 225-233.
- Uehara M: Follicular contact dermatitis due to formaldehyde. *Dermatologica* 1978;156(1):48-54.
- Bowers AG: Phytophotodermatitis. *Am J Contact Dermat* 1999; 10: 89-93.
- Goh CL, Ng SK: Bullous contact allergy from cinnamon. *Derm Beruf Umwelt* 1988; 36: 186-187.
- Bauer A, Greif C, Gebhardt M, Elsner P: A severe epicutaneous test reaction to the bufexamac in a hemorrhoidal therapeutic preparation. *Dtsch Med Wochenschr* 1999;124: 1168-1170.
- Kujala V, Niinimäki A: Occupational induction of hypersensitivity after an accidental exposure to chloromethylisothiazolinone and methylisothiazolinone (CMI/MI) in an industrial worker. *Occup Med (Lond)* 1999; 49: 51-53.
- Zemtsov A, Bolton GG: Thimerosal-induced bullous contact dermatitis. *Contact Dermatitis* 1994; 30: 57.

29. Wahlberg JE: Patch testing. Textbook of Contact Dermatitis'de. Ed. Rycroft RJG, Menne T, Frosch PJ. 2'inci baskı. Berlin, Springer Verlag, 1995; 239-268.
30. Roduner J, Haudenschild-Falb E, Kunz E, Hunziker T, Krebs A: Peroral nickel provocation in nondyshidrosiform and dyshidrosiform nickel eczema. *Hautarzt* 1987; 38: 262-266.
31. Atakan N, Tüzün J, Karaduman A: Dyshidrosiform pemphigoid induced by nickel in the diet. *Contact Dermatitis* 1993; 29: 159-160.
32. Wuthrich B: Food-induced cutaneous adverse reactions. *Allergy* 1998; 53(46 Suppl):131-135.
33. Rietschel RL, Fowler Jf Jr: Fisher's Contact Dermatitis. 4'üncü baskı. Baltimore. Williams & Wilkins, 1995; 92-113.
34. Torinuki W, Tagami H: Pustular irritant dermatitis due to croton oil. Evaluation of the role played by leukocytes and complement. *Acta Derm Venereol* 1988; 68: 257-260.
35. Sendur N, Savk E, Karaman G: Paederus dermatitis: a report of 46 cases in Aydin, Turkey. *Dermatology* 1999; 199: 353-355.
36. Uslular C, Kavukcu H, Alptekin D, Acar MA, Denli YG, Memisioglu HR, Kasap H: An epidemicity of Paederus species in Cukurova region. *Cutis* 2002; 69: 277-279.
37. Burkhart CG: Pustular allergic contact dermatitis: a distinct clinical and pathological entity. *Cutis* 1981; 27: 630-638.
38. Lazarov A, Trattner A, David M, Ingber A: Textile dermatitis in Israel: a retrospective study. *Am J Contact Dermat* 2000; 11:26-29.
39. Lazarov A, Ingber A: Pustular allergic contact dermatitis to isocanazole nitrate. *Am J Contact Dermat* 1997; 8: 229-230.
40. Sanchez-Motilla JM, Pont V, Nagore E, Rodriguez-Serna M, Sanchez JL, Aliaga A: Pustular allergic contact dermatitis from minoxidil. *Contact Dermatitis* 1998; 38: 283-284.
41. Barraza V, Ollivaud L: Merbromine-induced pustular contact dermatitis. *Contact Dermatitis* 1999; 40: 219.
42. Yiannias JA, Winkelmann RK, Connolly SM: Contact sensitivities in palmar plantar pustulosis (acropustulosis). *Contact Dermatitis* 1998; 39: 108-111.
43. Conde-Salazar L, Guimaraens D, Romero LV, Yus ES: Subcorneal pustular eruption and erythema from occupational exposure to trichloroethylene. *Contact Dermatitis* 1983; 9: 235-237.
44. Uehara M, Takahashi C, Ofuji S: Pustular patch test reactions in atopic dermatitis. *Arch Dermatol* 1975; 111: 1154-1157.
45. Ippen H, Tesche S: Freund's pigmented photodermatitis. "Berloque-dermatitis", "eau de cologne-pigmentation". *Hautarzt* 1971; 22: 535-536.
46. Nakayama H: Pigmented contact dermatitis and chemical depigmentation. Textbook of Contact Dermatitis'de. Ed. Rycroft RJG, Menne T, Frosch PJ. 2'inci baskı. Berlin, Springer Verlag, 1995; 637-656.
47. Osmundsen PE: Pigmented contact dermatitis. *Br J Dermatol* 1970; 83: 296-301.
48. Ebihara T, Nakayama H: Pigmented contact dermatitis. *Clin Dermatol* 1997; 15: 593-599.
49. Serrano G, Pujol C, Cuadra J, Gallo S, Aliaga A: Riehl's melanosis: pigmented contact dermatitis caused by fragrances. *J Am Acad Dermatol* 1989; 21(5 Pt 2):1057-1060.
50. Penagos H, Jimenez V, Fallas V, O'Malley M, Maibach HI: Chlorothalonil, a possible cause of erythema dyschromicum perstans (ashy dermatitis). *Contact Dermatitis* 1996; 35: 214-218.
51. Osawa J, Takekawa K, Onuma S, Kitamura K, Ikezawa Z: Pigmented contact dermatitis due to Naphthol AS in a pillowcase. *Contact Dermatitis* 1997; 37: 37-38.
52. Trattner A, David M: Pigmented contact dermatitis from topical minoxidil 5%. *Contact Dermatitis* 2002; 46: 246.
53. Hemmer W, Focke M, Gotz M, Jarisch R: Pigmented contact dermatitis of the lips from a lipstick. *Contact Dermatitis* 1997; 37: 244.
54. Hayakawa R, Matsunaga K, Arima Y: Airborne pigmented contact dermatitis due to musk ambrette in incense. *Contact Dermatitis* 1987; 16:96-98.
55. Özkaya-Bayazit E, Büyükbabani N: Non-eczematous pigmented interface dermatitis from para-tertiary-butylphenol-formaldehyde resin in a watchstrap adhesive. *Contact Dermatitis* 2001; 44: 45-46.
56. Al'Ajlan A, Thestrup-Pedersen K, Al'Eisa A: Contact leukoderma following nickel dermatitis elicited by TENS electrode plates. *Contact Dermatitis* 2000; 42: 172-173.
57. Kanerva L, Estlander T: Contact leukoderma caused by patch testing with dental acrylics. *Am J Contact Dermat* 1998; 9: 196-198.
58. Pandhi RK, Kumar AS: Contact leukoderma due to 'Bindi' and footwear. *Dermatologica* 1985; 170: 260-262.
59. Goette DK: Raccoon-like periorbital leukoderma from contact with swim goggles. *Contact Dermatitis* 1984; 10: 129-131.
60. Calnan CD, Peachey RDG: Allergic contact purpura. *Clin Allergy* 1971; 1: 287.
61. Fisher AA: Purpuric contact dermatitis. *Cutis* 1984; 33: 346, 349, 351.
62. Fisher AA: Allergic petechial and purpuric rubber dermatitis: The PPPP syndrome. *Cutis* 1974; 14: 25-27.
63. Roed-Petersen J, Clemmensen OJ, Menne T, Larsen E: Purpuric contact dermatitis from black rubber chemicals. *Contact Dermatitis* 1988; 18: 166-168.
64. Lazarov A, Cordoba M: Purpuric contact dermatitis in patients with allergic reaction to textile dyes and resins. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2000; 14: 101-105.
65. van der Veen JP, Neering H, de Haan P, Bruynzeel DP: Pigmented purpuric clothing dermatitis due to Disperse Blue 85. *Contact Dermatitis* 1988; 19: 222-223.
66. Shimunes E: Purpuric allergic contact dermatitis to paraphenylenediamine. *Contact Dermatitis* 1978; 4: 225-229.
67. Bruynzeel DP, van den Hoogenband HM, Koedjik F: Purpuric vasculitis-like eruption in a patient sensitive to balsam of Peru. *Contact Dermatitis* 1984; 11: 207-209.
68. van Joost T, van Ulsen J, Vuzevski VD, Naafs B, Tank B: Purpuric contact dermatitis to benzoyl peroxide. *J Am Acad Dermatol* 1990; 22(2 Pt 2):359-361.

69. Agarwal K. Contact allergic purpura to wool dust. *Contact Dermatitis* 1982; 8: 281-282.
70. Laurberg G, Christiansen JV: Purpuric allergic contact dermatitis to epoxy resin. *Contact Dermatitis* 1984; 11: 186-187.
71. Lazarov A, Cordoba M: The purpuric patch test in patients with allergic contact dermatitis from azo dyes. *Contact Dermatitis* 2000; 42: 23-26.
72. Komericki P, Aberer W, Arbab E, Kovacevic Z, Kranke B: Pigmented purpuric contact dermatitis from Disperse Blue 106 and 124 dyes. *J Am Acad Dermatol* 2001; 45:456-458.
73. Shah SA, Ormerod AD: Pigmented purpuric clothing dermatitis due to disperse dyes. *Contact Dermatitis* 2000; 43: 360.
74. Schmidt H, Larsen FS, Larson PO, Sogaard H: Petechial reaction following patch testing with cobalt. *Contact Dermatitis* 1980; 6: 91.
75. Fleming C, Burden D, Fallowfield M, Lever R: Lymphomatoid contact reaction to gold earrings. *Contact Dermatitis* 1997; 37: 298-299.
76. Braun RP, French LE, Feldmann R, Chavaz P, Saurat JH: Cutaneous pseudolymphoma, lymphomatoid contact dermatitis type, as an unusual cause of symmetrical upper eyelid nodules. *Br J Dermatol* 2000; 143: 411-414.
77. Schena D, Rosina P, Chierigato C, Colombari R: Lymphomatoid-like contact dermatitis from cobalt naphthenate. *Contact Dermatitis* 1995; 33: 197-198.
78. Nigro A, Patri P, Stradini D: Lymphomatoid contact dermatitis caused by diaminodiphenylmethane. *G Ital Dermatol Venereol* 1988; 123: 379-382.
79. Wall LM: Lymphomatoid contact dermatitis due to ethylenediamine dihydrochloride. *Contact Dermatitis* 1982; 8: 51-54.
80. Zenarola P, Lomuto M, Bisceglia M: Hypertrophic amalgam dermatitis of the tongue simulating carcinoma. *Contact Dermatitis* 1993; 29: 157-158.
81. Orbaneja JG, Diez LI, Lozano JL, Salazar LC: Lymphomatoid contact dermatitis: a syndrome produced by epicutaneous hypersensitivity with clinical features and a histopathologic picture similar to that of mycosis fungoides. *Contact Dermatitis* 1976; 2: 139-143.
82. Shelley WB, Hurley HJ: Allergic origin of zirconium deodorant granuloma. *Br J Dermatol* 1958; 70: 75-101.
83. Kaaber K, Nielsen AO, Veien NK: Vaccination granulomas and aluminium allergy: course and prognostic factors. *Contact Dermatitis* 1992; 26: 304-306.
84. Nguyen LQ, Allen HB: Reactions to manganese and cadmium in tattoos. *Cutis* 1974; 23: 71-72.
85. Viraben R, Boulinguez S, Alba C: Granulomatous dermatitis after implantation of a titanium-containing pacemaker. *Contact Dermatitis* 1995; 33: 437.
86. Rubianes EI, Sanchez JL: Granulomatous dermatitis to iron oxide after permanent pigmentation of the eyebrows. *J Dermatol Surg Oncol* 1993; 19: 14-16.
87. Jappe U, Bonnekoh B, Gollnick H: Persistent granulomatous contact dermatitis due to palladium body-piercing ornaments. *Contact Dermatitis* 1999; 40: 111-112.
88. Armstrong DK, Walsh MY, Dawson JF: Granulomatous contact dermatitis due to gold earrings. *Br J Dermatol* 1997; 136: 776-778.
89. Smith KJ, Rosario-Collazo J, Skelton H: Delayed cutaneous hypersensitivity reactions to hirudin. *Arch Pathol Lab Med* 2001; 125: 1585-1587.
90. Teraki Y, Shiohara T: Propolis-induced granulomatous contact dermatitis accompanied by marked lymphadenopathy. *Br J Dermatol* 2001; 144: 1277-1278.