



## **Kontakt Dermatit, Dishidrotik Ekzema ve Atopik Ekzema**

*Prof. Dr. Oya Oğuz*

### **KONTAKT DERMATİT**

Deriyle temas eden maddeler 2 tür dermatit oluşturabilirler:

1. İrritan kontakt dermatit
2. Allerjik kontakt dermatit

İrritan kontakt dermatit derinin pH'sını, nemini veya yapısal bütünlüğünü değiştirmek suretiyle etki eden irritan maddelerin deride meydana getirmiş olduğu, özel bir predispozisyonu veya duyarlanmayı gerektirmeyen, herkes-te görülebilen, irritanla temastan en fazla birkaç saat sonra ortaya çıkan bir inflamatuvar reaksiyondur. İritasyonun şiddetini temas bölgesindeki derinin yapısı, kalınlığı, nemi, sürtünme bölgesi olup olmaması kadar, temas eden maddenin konsantrasyonu ve temas süresi belirler. Örneğin aksilla, inguinal büküm yerleri, ayak parmak araları veya masere olmuş deri irritasyona daha şiddetle tepki verir. Buna karşılık zayıf irritanlar (su ve sabun gibi) tekrar tekrar deriye temas ettikçe kümülatif bir etkiyle deride kuruma, sertleşme gibi değişikliklere yol açarlar.

İrritan kontakt dermatite yol açabilen maddeler Tablo 1'de görülmektedir.

### **Allerjik Kontakt Dermatit**

Önceden duyarlanmış deriyle allergenin yeniden temas etmesinden sonra 48-96 saat içinde ortaya çıkan ve hücrel immüniteye bağlı geç tipte aşırı duyarlılık reaksiyonu şeklinde gelişen dermatitlerdir. Duyarlanmış bir organizmada, temas çok az veya kısa süreli olsa da birbirini izleyen ataklar olabilir.

**Tablo 1.** İrritan kontakt dermatite yol açabilen maddeler

Madde	Klinik Bulgu
Alkaliler (Su, sabun, renk açıcılar, deterjanlar, çeşitli temizleyiciler, kireç)	El ekzeması
Asitler (Hidroklorik asit, fenol, asetik asit, salisilik asit)	Bül, beyaz renkte eskar, erozyon, ülserasyon, kahverengi eskar
Metal tuzları (Bromür, iyodür, klorür ve florürler)	Eritem, vezikül, kontakt stomatit
Fiberglas	Eritemli papüller, pruritus, ekskoryasyon
Toz ve gazlar	Folikülit, pruritus, göz kapaklarında ödem, yüz, boyun ve üst ekstremitelerde eritem ve vezikülasyon
Göz yaşartıcı gaz (Kloroasetofenon)	24-72 saat sonra eritem, şiddetli vezikülasyon, konjonktivit
Hidrokarbonlar (Petrol ürünleri, makine ve endüstriyel yağlar)	Generalize pruritus, folikülit, akneiform erüpsiyonlar
Çözücüler (Alkol)	Eritem, ödem

Doğada çok çeşitli ve protein yapısında olmayan allergenler vardır. Boyalar, yağlar, reçineler, tekstil sanayiinde kullanılan kimyasal maddeler, kauçuk, kozmetikler, insektisitler, bitkiler, bakteri, mantar ve parazitlerin ürünleri allerjik kontakt dermatit nedeni olabilir.

Allerjik kontakt dermatit vücutta bazı bölgelerde sık görülürken, bazı bölgeler de allerjik kontakt dermatite özellikle direnç gösterirler. Örneğin saçlı deri ve avuçlarda özel durumlar dışında (örneğin irritan dermatinin birlikte bulunması veya şampuan, saç boyası, spreylere bağlı allerjik kontakt dermatitler) allerjik kontakt dermatit görülmez. Buna karşılık, göz kapakları, ağız çevresi, kulak arkaları, boyun, el bileği iç yüzü, ellerin dış yüzü, koltuk altları, karın çevresi, kalçalar, uyluklar, perianal bölge, dış genitalia ve ayak sırtı allerjik kontakt dermatitin sık görüldüğü alanlardır. Tutulma bölgesi ve şekli, allergen hakkında da fikir verir. Örneğin göz kapakları, tırnak cilasına bağlı dermatitin sık görüldüğü bir bölgedir. Perioral dermatit, diş macunu ve ciklet, boyun, kulak altları ve arkaları parfüm ve nikel, koltuk altları dermatiti deodoran ve tekstil boyaları, el bilekleri, takı ve saat tokası, eller, bitki ve kauçuk eldiven, perianal bölge dermatitleri supositivar, prezervatif, karın çevresinde-

ki dermatit blue-jean gibi giysilerdeki metal aksesuarların sorumlu olduğunu düşündürür. Yüzde ve boyun V'sinde diffüz eritem bulunmasına karşılık, kapalı bölgelerde hiçbir reaksiyon olmaması ise fotokontakt dermatiti akla getirmelidir.

Diş dolgusunda kullanılan maddeler, protezler ve ciklette bulunan mentol, tarçın, diklorofen, timol gibi maddeler kontakt stomatite yol açabilirler. Klinik bulgu olarak dilde yanma hissi, tat alma duyusunda kayıp veya azalma, dilde parlak bir eritem, yanak mukozasında likenoid eripsiyon ve erozyonlar, ekfoliyasyon, angular keilit saptanabilir.

### **Fotokontakt Dermatit**

Fotosensitivite reaksiyonları, akut güneş yanığına benzeyen, eritem ve ödemle karakterize ve özellikle güneş gören alanları ışıkla temas yoğunluğuna paralel şekilde tutan tablolardır. Hastalarda kaşıntı ve yanma gibi sübjektif yakınmalar, şiddetli fototoksik/fotoallerjik reaksiyonlarda ise vezikül veya büller mevcuttur. Fotoallerjik maddeyle temas süreklilyse veya sık tekrarlanıyorsa bu reaksiyonlar daha hafif şiddette, güneş görmeyen alanlara doğru yayılabilir. Sık tekrarlayan reaksiyonlar sonucu güneş gören deri ödemli, kaba ve skuamlı bir karakter alabilir.

Fotoallerjiye neden olan başlıca maddeler, topikal antibiyotikler ve anti-fungaller (kliokinol, sülfonamidler), parfümler, güneş filtreleri (PABA türevleri, benzofenonlar, sinnamatlar), NSAİ ajanlar (piroksikam, benzidamid hidroklorid), fenotiazinler trisiklik antidepresanlar, klorokin, dapson, izotretinoin, flutamid, sülfonilüreler, tiazid grubu diüretikler, triamteren, nifedipin, floresein boyası, kinindir.

### **DİSHİDROTİK EKZEMA**

Bir endojen ekzema formu olup, avuç ve tabanlarda ve özellikle parmakların yan yüzlerinde yerleşen veziküllerle karakterizedir. Tutulumun bu bölgelerde olması ekrin ter bezlerinin yerleşimi ve emosyonel değişikliklerde aktivitelerinin artmasıyla ilişkilidir. Bu kişilerde özellikle el ve ayakta aşırı terleme (hiperhidrozis) hastalığın etyolojisiyle ilişkili bulunmuş olmakla birlikte, terleme normal, hatta azalmış da olabilir

Dishidrotik ekzemanın klinik bulguları oldukça karakteristiktir. Akut dönemde kaşıntıyla başlayan ataklarda, parmakların yan yüzlerinde ve avuçlarda çok sayıda vezikül veya bunların birleşmesiyle oluşan büller görülür. Bu

bulgulara tabandaki bulgular da bazen eşlik eder. Erüpsiyonlar sıklıkla bilateral ve simetrik ve tablo tekrarlayıcı karakterdedir. Ayırıcı tanı allerjik kontakt dermatit ve dermatofit infeksiyonları ile yapılmalıdır. Dermatofit infeksiyonu deri kazıntısından hazırlanan örneklerde mikroskopik olarak doğrudan mantar elemanlarının aranması ile ayırte edilir. Kontakt dermatitler genellikle el sırtı, parmak araları, yüzük çevresi ve altı gibi bölgelerde yerleşir. Avuçta ve tabanda püstülerin bulunması ve tırnaklarda da yüksük tırnak, onkoliz, subungual hiperkeratoz gibi bulguların olması lokalize (palmoplantar) püstüler psoriazisi düşündürmelidir.

### **ATOPIK DERMATİT**

Atopik dermatit, sıklıkla bebek ve çocuklukta gözlenen, erişkin dönemde de genellikle daha az şiddette ve daha seyrek ataklarla seyreden, kronik, yineleyici bir dermatozdur. Atopik dermatite özgü bir klinik bulgu veya laboratuvar bulgusu olmadığı için hastalığın tanısı bazı morfolojik özelliklere ve atopik konstitüsyonun bulgularına göre yapılır. Atopik dermatitli kişilerde serum IgE düzeyleri genellikle yüksektir; kendilerinde ve/veya ailelerinde allerjik rinit, atopik dermatit veya astım öyküsü bulunur.

Atopik dermatitli hastaların %60'ında hastalık bulguları yaşamın ilk yılında, %30'unda da 1-5 yaş arasında ortaya çıkmaktadır. Atopik dermatitli olguların %50'sinde solunum yolu allerjisi bulunmaktadır. Atopik dermatitin genetik, immünolojik, fizyolojik ve farmakolojik öğelere dayalı oldukça kompleks bir etyopatogenezi vardır.

Atopi sözcüğü yabancı, yadırganan anlamına gelmektedir ve gıda ve solunum yoluyla alınan maddelere karşı, ekzema, astım ve saman nezlesi gibi semptomlarla kendini belli eden allerjilere kalıtımsal bir yatkınlığı ifade etmektedir. Atopik dermatit popülasyonun %10-20'sinde görülen bir dermatozdur. Ebeveyninden biri atopik olduğu takdirde atopik bir çocuğa sahip olma şansı %50'den fazladır. Ebeveynin her ikisinin de atopik olması halinde bu olasılık %80'i bulmaktadır. Bu çocuklarda atopik semptomları sıklıkla 2 yaşına kadar ortaya çıkmaktadır.

### **Atopik Dermatitin Tanı Kriterleri**

Atopik dermatitin en karakteristik bulgusu pruritustur. Kaşıma, aynı zamanda ekzema bulgularını şiddetlendiren bir özelliktir. Başarılı bir tedavinin temel prensibi kaşıma hissinin baskılanmasıdır. Bu şekilde ekzema semptomları ve komplikasyonları büyük ölçüde gerilemektedir. Atopik ekzemalı

kişilerde en sık rastlanan deri özelliği derinin kuru oluşudur (kserozis). Atopik ekzemanın vücutta yaşa göre bazı değişiklikler gösteren tipik bir dağılımı vardır. Bebeklerde, atopik ekzema yüzde, bez bölgesinde, ekstremitelerin ekstansor yüzlerinde yerleşmiştir. Çocuklarda ise boyun, antekübital ve popliteal bölgeler gibi fleksural kısımlarda görülür. Erişkinde atopik ekzemanın en sık görüldüğü bölgeler ise fleksural alanlar, göz kapakları, meme başı ve ellerdir. Atopik ekzemanın tanı kriterleri Tablo 2'de görülmektedir.

### Atopik Dermatitin Tedavisi

Atopik dermatitin tedavi prensipleri, inflamasyon ve infeksiyonun ortadan kaldırılması, stratum korneum deriyi koruyucu özelliğinin ve bütünlüğünün nemlendiriciler, kaşıntıyı önleyici ajanlarla korunması ve ekzemayı uyaran faktörlerin eliminasyonu ve kontrolüdür. Bu koşullar sağlandığı takdirde en çok 3 hafta içinde tablo kontrol altına alınırken, bunu sağlamak genelde oldukça zordur çünkü hastalar sıklıkla tedaviye uyum sağlayamaz, uygulanan topikal ajanlara karşı allerjik kontakt dermatit gelişebilir, yeterli bir sedasyon sağlanamayabilir, emosyonel stres sürebilir, ekzemanın yanısıra astım ve allerjik rinit de bulunabilir.

Topikal tedavi topikal steroidler, banyo yağları, nemlendiriciler, yağsız, losyon şeklinde temizleyiciler ve katranlı bileşikler ile uygulanır. Akut atakları kontrol etmek için güçlü kortikosteroidler, kronik likenifiye deri lezyonlarını yatıştırmak için de orta etkili steroidler kullanılır. Şiddetli akut ataklarda veya generalize ekzemada sistemik kortikoterapi endikedir. *S. aureus* infeksiyonlarını baskılamak atopik ekzema tedavisinde çok önemlidir. Bunun için zaman zaman sistemik ama genellikle topikal kortikosteroidlerle veya nemlendiricilerle dönüşümlü olarak topikal antibiyotikli krem veya pomadlar kullanılmaktadır. Antihistaminikler kaşıntının giderilmesi için atopik dermatit tedavisinde yer alan temel ajanlardandır. Bunların sedasyonu sağlaması ve uyku eğilimini arttırmaları tercih edilir. Atopik ekzemalı kişilerde atakların kontrolü da tedavi uygulamaları kadar önemlidir. Bu kişilerin aşırı soğuk ve sıcaktan kaçınmaları ve uygun nemdeki bir ortamda yaşamaları gerekir. Özellikle kışın yatak odalarının serin ve biraz nemli olması uygundur. Aşırı giyinmek de terlemeyi arttırması bakımından sakıncalıdır. Bazı gıdalardaki katkı maddeleri, ev hayvanları, aerosoller, bitkiler, halı ve battaniye gibi ev tozunu barındıran eşyalar ve bazen yaşanan coğrafik bölge atopik kişilerde atakların süregelmesinin nedeni olabilir.

**Tablo 2.** *Atopik dermatitin tanı kriterleri*

---

**Majör tanı kriterleri** (En az 3 kriterin bulunması gereklidir):

1. Pruritus
2. Tipik morfoloji ve dağılım (Erişkinde fleksural likenifikasyon, bebeklikte yüz ve ekstremitelerin ekstansor yüzlerinde tutulumu olması)
3. Kronik tipte ve kronik olarak yineleyen dermatit
4. Kişisel veya ailesel atopi öyküsü (astım, allerjik rinit, atopik dermatit)

**Minör tanı kriterleri** (En az 3 kriterin, majör kriterlere ek olarak bulunması gereklidir):

1. Kserozis
2. İktiyozis, avuç çizgilerinde artma, keratozis pilaris
3. IgE reaktivitesi (Tip I aşırı duyarlılık reaksiyonları, prick test pozitifliği)
4. Serum IgE düzeyinin artmış olması
5. Erken başlangıç yaşı
6. Deri infeksiyonlarına eğilimin artmış olması (*S. aureus* ve *H. simplex* infeksiyonları)
7. Keilitis
8. Dennie - Morgan (alt göz kapağı) büklümleri
9. Nonspesifik el ve ayak ekzemalarının sık görülmesi
10. Keratokonus
11. Anterior subkapsüler katarakt
12. Meme başı ekzeması
13. Orbita çevresinin koyu renkte görülmesi
14. Pitriyazis alba
15. Terlemeyle kaşıntının artması
16. Yün intoleransı
17. Gıda intoleransı
18. Beyaz dermografizm
19. Emosyonel ve çevresel faktörlerin ekzemayı şiddetlendirmesi

**Küçük çocuklar için modifiye tanı kriterleri** kullanılmaktadır:

1. Ailede atopik hastalık öyküsünün bulunması
  2. Yüzde veya ekstansör bölgelerde tipik dermatit
  3. Pruritus bulguları
  4. Kserozis / iktiyozis / palmar hiperlinearite
  5. Folliküler keratoz
  6. Kulak arkasında fissürler
  7. Saçlı deride kronik deskuamasyon
-

### Atopik Dermatitin Ayırıcı Tanısı

Bebeklerde atopik ekzema seboreik dermatitle oldukça karışır. Seboreik ekzema yenidoğan döneminden itibaren görülebilirken, atopik ekzema genellikle 3 aylıktan sonra başlar. Atopik bebeklerin ailelerinde atopi öyküsü genellikle bulunur ve serum IgE düzeyleri yüksek olabilir. Erişkinde gözkapaklarında ve fleksuralarda görülen allerjik kontakt dermatit atopik ekzema ile karışır.

### KAYNAKLAR

1. Leung DYM, Rhodes AR, Geha RS, Schneider L, Ring J. Atopic dermatitis. *Dermatology in General Medicine*'de. Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Freedberg IM, Austen KF (eds). 4. Baskı. New York, McGraw Hill, 1993.
2. Odom RB, James WD, Berger TG. *Andrew's Diseases of the Skin*. 9. Baskı, Philadelphia, WB Saunders, 2000.
3. Giannotti B, Haneke E. *Eczema*. Chester, Adis International, 1995.
4. Habif TP. *Clinical Dermatology*. 3.Baskı. St. Louis, Mosby, 1996.