

ALLERJİK KONTAKT DERMATİT: TANIDA GÜÇLÜKLER VE YENİ ALLERJENLER

Dr.Oktaý Tařkapan

Çevresel antijenlerle karşılaşmayı izleyerek, geç-tip aşırı duyarlılık reaksiyonu sonucu gelişen inflamatuvar bir deri hastalığı olan allerjik kontakt dermatit (AKD), oldukça sık görülmekte ve önemli sosyo-ekonomik sorunlara yol açmaktadır. Avrupa’da yaklaşık dört erişkinden birinin en az bir kontakt allerjene duyarlılık gösterdiği, AKD’nin, dermatoloji kliniklerinde izlenen inflamatuvar deri hastalıklarının %5-15’ini oluşturduğu belirtilmekte ve (özellikle çok sayıda allerjene duyarlılık gösteren) bazı hastaların yaşam kalitelerinin ileri derecede düştüğü bilinmektedir. AKD’de duyarlanmayı kolaylaştıran bir dizi etmen vardır. Çeşitli allerjenlerle karşılaşma ve duyarlanma olasılığının yaş, meslek, sosyokültürel ve çevresel özellikler, alışkanlıklar ve hobiler gibi bir dizi değışkene bağlı olarak değışim göstereceği açıktır. Cinsiyet, yaş, etnisite, atopi ve genetik etmenler, endojen değışkenleri oluştırmakta; bireysel, çevresel ve karşılaşılan allerjenlerin yapısından kaynaklanan etmenler, duyarlanma olasılığını ve hızını belirlemektedir. İrritan kontakt dermatit, atopik dermatit, numuler dermatit, seboreik dermatit, dishidrotik ekzema, psoriasis ve kutanöz T hücreli lenfoma (mikozis fungoides), AKD’nin ayırıcı tanısında öncelikle düşünülmesi gereken hastalıklardır.

Allerjik kontakt dermatitte klinik tablodan sorumlu olan allerjeni saptayabilmek her zaman kolay değildir. Ayrıntılı bir anamnez ve klinik muayene sonrasında uygulanan yama testleriyle sonuca ulaşılmaya çalışılır. Ancak, 4000’den fazla kontakt allerjen tanımlanmıştır; bu nedenle, hastanın öyküsüne ve dermatit tablosunun özelliklerine bakılarak yama testi için gerekli ve/veya uygun allerjenlerin (allerjen serilerinin) seçimi tanıda büyük önem taşır. Yoksa, hastada bir kontakt allerji olmasına karşın, uygulanan standart yama testi serisi negatif sonuç verebilecektir. Yalnızca son 1,5-2 yıl içinde çoğu kozmetiklerde bulunan 10’dan fazla yeni allerjen tanımlanmıştır. Gerektiğinde hastanın kendi kullandığı ürünlerle de test yapılabilir, ancak yama testi çok duyarlı bir yöntem değildir ve kozmetik ürünlerde allerjenler düşük konsantrasyonlarda bulunduğu için yalancı negatif reaksiyonlarla karşılaşılabilir. Bazen de, allerjenik niteliği bilinen bazı maddeler, tanısız araştırmalar sırasında AKD’ye neden olabilme olasılığının düşük olduğu düşünülerek dikkate alınmayabilir. Dekspantenol bu duruma iyi bir örnektir. Portekiz’de yapılan bir araştırmada, yama testi uygulanan hastaların %1,2’sinde dekspantenole karşı pozitiflik saptanmış ve olguların %76,9’unda bu sonuçların klinik bulgularla uyumlu olduğu belirlenmiştir.

Lezyonların vücuttaki dağılımının dikkatle değerlendirilmesi oldukça yararlı ipuçları verir. Yama testi sonuçlarının uygun biçimde değerlendirilmesi ve yorumlanması, saptanan pozitifliklerle varolan klinik tablo arasındaki bağlantının kurulması bilgi ve deneyim gerektirir. Yama testlerinin uygulama ve değerlendirme aşamasında yapılan hatalar tanıda zorluk yaratan en önemli etmenlerdendir. Aşağıda kısaca belirtilen noktalar bu açıdan önem taşır:

- Testin bir hafta öncesinde, sırta uygulanan topikal kortikosteroidlerin ve immünomodülatörlerin kesilmiş, ayrıca, sitostatik ilaç ya da siklosporin kullanılmıyor olmasına dikkat edilmelidir. Uzun etkili antihistaminlerin de kesilmesi önerilmektedir.
- Son üç hafta içinde (uygulama bölgesine) UV tedavisi uygulanmamış olmalıdır.
- Akut ekzema alevlenmelerinde testten kaçınılmalıdır..
- Olası iritan reaksiyonlar nedeniyle, ilk değerlendirme 48. saat sonunda bantlar uzaklaştırıldıktan en az 30 dk sonra yapılmalıdır.
- Para-fenilendiamin, topikal kortikosteroidler, neomisin ve altın, 96. saatte reaksiyon verebilir. Gerekirse bir hafta sonra test bölgesi yeniden değerlendirilmelidir. Ayrıca řu allerjenlerin, 72 ve 96. saatlerde yapılacak ek okumalarla, kimi olgularda daha iyi değerlendirilebileceği belirtilmektedir: Formaldehit, kuaternium-15, etilendiamin dihidroklorid, para-fenilendiamin,

merkaptobenzotiyazol ve merkapt o karışımı. Geç reaksiyonlar değerlendirilmezse, pozitif reaksiyonların %7-30'unun gözden kaçabileceği belirtilmektedir.

- İrritan reaksiyonlar genellikle 48. saat sonunda en belirgin durumdadır. Keskin sınırlı ve çok hafif düzeyde infiltrasyon ile kendini gösteren lezyonların varlığı söz konusudur. Eritem ve folliküler papüllerden, püstül, bül ve nekrozlara dek giden irritan reaksiyonlar tanımlanmıştır. Püstüler ve purpurik reaksiyonlar metallerle sık görülür. Kokamidopropil betain, benzol peroksit, fenil merkürük asetat, propilen glikol, benzalkonyum klorit, oktil gallat ve 1-3 difenil guanidinin de yüksek düzeyde irritan potansiyel taşıdığı belirlenmiştir. Materyalin uygulandığı bölgeye sınırlı buruşuk deri görünümü de tipik bir bulgudur. İrritan reaksiyonların çoğu, test bantları deriden uzaklaştırıldıktan sonra geriler.
- Yüksek konsantrasyonlar irritasyona ya da yalancı pozitif reaksiyonlara yol açabilir. Özellikle “angry back” ya da “excited skin syndrome” (uyarılmış deri sendromu) tablosunda, ayrıca metal allerjenlerle yapılan testlerde (püstül gelişimi biçiminde) yalancı pozitiflikler olabilir. Uyarılmış deri sendromunda, bazıları yalancı pozitif olan çok sayıda yama testi reaksiyonu gözlemlenir.

Bilindiği gibi standart seriler, yama testi için başlangıç noktasını oluşturur. 2019 yılında (30 antijen içeren) Avrupa standart yama testi serisinde bazı değişiklikler yapılmıştır. Düşük düzeyde pozitiflik göstermeleri ve klinik tablolarla olan bağlantılarının zayıflığı nedeniyle primin ve kliokinol seriden çıkarılmış, yerlerine (pek çok kozmetik ve doğal üründe bulunan) “propolis” ile yapıştırıcılarda, tırnak cilalarında, yapay tırnaklarda ve dental materyallerde bulunan “2-hidroksietil metakrilat” eklenmiştir. Genişletilmiş standart panelde ise 43 allerjen bulunmaktadır. Son yıllarda fragrans kontakt allerjilerinde önemli rol oynayan limonene ve linalool, formaldehit salan daizolidinil / imidazolidinil üre, kompozita miks II, genelde koruyucu olarak kullanılan izotiyazolinonlar (benz/oktil izotiyazolinon) ve sürfaktanlar (desil/lauril glikozit) bu genişletilmiş panele eklenmiştir.

Akrilatlarla bağlı AKD tablolarıyla son yıllarda giderek daha sık karşılaşılmaktadır. Tırnak cilası kullanan bazı kişilerde gözlemlenen parmak ekzemaları ve onikoliz akrilat allerjisinin tipik bulgularındandır. Akrilatlar ayrıca, tırnaklarla uğraşan güzellik uzmanlarında ve diş teknisyenlerinde mesleksi kontakt dermatit tablolarına (özellikle 2-hidroksietil metakrilat); yama insülin pompası kullanan diyabetik hastalarda ise uygulama bölgesinde kontakt allerjilere (özellikle izobornil akrilat) yol açmaktadır. Sağlık çalışanlarında lateks katkı ürünlerine bağlı olarak gelişen AKD tabloları uzun yıllardır bilinmektedir. 2016’da yayınlanan bir olgu sunumunda ise ilk kez (büyük olasılıkla) tetra-etiltiuramdisülfite bağlı “airborne” AKD bildirilmiştir.

Yıllardır bilinen ve çoğu standart serilerde yer alan klasik allerjenler, giderek artan oranda kullanılan yeni bazı ürünlerin içinde yer alarak, AKD’ye neden olmakta ve kimi zaman varlıkları gözden kaçabilmektedir. Kaş kalemlerinde, nakış iğnelerinde, beyaz altından yapılan ve meteoritle süslenen yüzüklerde, cep telefonlarında ve stress çarklarında bulunan nikel, makine yağlarındaki kobalt, dövmelelerdeki krom, ultrason jelindeki dispers mavi, hastanelerde kullanılan bazı el sabunlarında ve oyun hamurlarında (“slime”) bulunan metilkloroizotiyazolinon / metilizotiyazolinon ve cep telefonu kılıflarındaki tiuramlar örnek olarak verilebilir.

Kaynaklar:

1. Taşkapan O. Kontakt Dermatit. Büyüköztürk S, Editör. Allerjik Hastalıklara Pratik Yaklaşım. I. Baskı, İstanbul, Selen Yayıncılık, 2014: 86-122.
2. Uyesugi BA, Sheehan MP. Patch testing pearls. Clin Rev Allergy Immunol 2019; 56: 110-118.
3. Wilkinson M, Gonçalo M, Aerts O et al. The European baseline series and recommended additions: 2019 Contact Dermatitis 2019; 80: 1-4.
4. Milam EC, Cohen DE. Contact dermatitis-emerging trends. Dermatol Clin 2019; 37: 21-28.
5. Johansen JD, Werfel T. Highlights in allergic contact dermatitis 2018/2019. Curr Opin Allergy Clin Immunol 2019; 19: 334-340.