**ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ**

**DERS NOTU FORMU**

**DERSİN ADI:** Ekzemalar

**DERSİ VEREN ÖĞRETİM ÜYESİ:** Prof. Dr. Ayşe Boyvat, Prof. Dr. Pelin Koçyiğit

**DÖNEM:** V

**DERSİN VERİLDİĞİ KLİNİK STAJ:** Deri ve Zührevi Hastalıkları

|  |
| --- |
| **KLİNİK STAJLAR İÇİN;**  **DERSİN AÜTF ÇEKİRDEK EĞİTİM PROGRAMINDAKİ ÖĞRENME DÜZEYİ:**  **T □ TTX Ön tanı □A Xİ □ KX** |

|  |
| --- |
| **DERS İÇİN BİLİNMESİ GEREKEN ÖN BİLGİLER**   1. Elemanter lezyon bilgisi 2. Epidermisin histolojik yapısı 3. Gell ve Coombs Aşırı Duyarlılık reaksiyonları |

|  |
| --- |
| **ÖĞRENME KAZANIMLARI**  Bu dersin sonunda öğrenciler  1. Ekzemayı tanımlar, endojen ve ekzojen ekzemaları sıralar  2. Kontakt dermatit tiplerini sıralar  3. Akut ve kumulatif iritan kontakt dermatit gelişiminde rol oynayan maddeleri sıralar, patogenezi açıklar, tedavi ve korunma yöntemlerini bilir  4. Bebek bezi dermatiti gelişimine neden olan faktörleri sıralar, klinik bulguları, korunma yöntemlerini ve tedavi yaklaşımını açıklar  5. Alerjik kontakt dermatit kliniğini, etyolojide en sık rol oynayan antijenleri ve patogenezi açıklar  6. Yama testi uygulanması ve değerlendirilmesi hakkında bilgi sahibi olur  7. Atopi zemininde ortaya çıkan hastalıkları bilir  8. Atopik dermatit tanımını bilir  9. Atopik dermatitde lezyonların yaşa göre değişen lokalizasyon ve morfolojik özelliklerini açıklar  10. Atopik dermatit tanısında kullanılan Hanifin Rajka tanı kriteri major ve minör bulguları sıralar  11. Atopik dermatitde koruyucu önlemlerin önemini bilir ve hastaları bu yönde bilgilendirebilir  12. Atopik dermatit tedavi yaklaşımlarını bilir  13. Diğer endojen ekzematarın (numuler dermatit, el ve ayakların veziküler ekzeması, staz dermatiti, liken simpleks kronikus) klinik bulgularını ve tedavi yaklaşımını bilir |

|  |
| --- |
| **DERSİN İÇERİĞİ**  Ekzojen Ekzemalar  Kontakt dermatit  İritan kontakt dermatit  Klinik bulgular  Etyolojik faktörler  Koruyucu önlemler  Tedavi  Arabezi dermatiti  Alerjik kontakt dermatit  Klinik bulgular  Etyolojik faktörler  Ayırıcı tanı  Tanı   * Yama testi   Tedavi  Fotokontakt dermatit  Endojen Ekzemalar  Atopik dermatit  Tanım  Klinik bulgular  Tanı  Koruyucu önlemler  Tedavi  Numuler dermatit  El ve ayakların veziküler ekzeması  Staz dermatiti  Liken simpleks kronikus |

|  |
| --- |
| **DERS NOTU** **KONTAKT DERMATİT** Kontakt dermatit deriye temas eden maddelere bağlı olarak gelişen dermatit şeklidir. Kontakt dermatit prevalansı araştırma yapılan popülasyonun özelliklerine bağlı olarak büyük farklılıklar göstermekle birlikte genel popülasyonda prevalansın %1.5-5.4 arasında değiştiği düşünülmektedir. Dermatoloji polikliniklerine başvuran hastaların ise %5-10’ unu kontakt dermatitli olgular oluşturmaktadır.  Kontakt dermatit başlıca 3 şekilde karşımıza çıkar:   1. İrritan kontakt dermatit 2. Allerjik kontakt dermatit 3. Fotokontakt dermatit   **İRRİTAN KONTAKT DERMATİT**  İrritan kontakt dermatit, irritan maddelerin deriye teması sonucu gelişen inflamatuar reaksiyonlardır. İmmunolojik mekanizmalar rol oynamaz ve dermatit tablosunun oluşması için önceden duyarlanma gerekmez. Derinin barier fonksiyonu bozulduğunda veya tamir kapasitesi aşıldığında dermatit tablosu ortaya çıkar. Hidroklorik asit gibi toksik bir ajanın etkisiyle akut olarak oluşabildiği gibi, bazen de sık sık el yıkamak gibi daha az potent kimyasal ajanların kumulatif etkilerine bağlı olarak ortaya çıkabilir.  İrritan kontakt dermatitde reaksiyonun şiddeti irritan maddenin kimyasal yapısı, konsantrasyonu, temas süresi, etkilediği vücut bölgesi, deri bütünlüğünün bozulmuş olup olmaması gibi çeşitli faktörlerle değişiklik gösterir. Atopi ve özellikle atopik dermatit irritan dermatit gelişimi için önemli bir predispozan faktördür. AKUT İRRİTAN KONTAKT DERMATİT Akut irritan kontakt dermatit konsantre asit veya alkali solusyonları gibi potent irritanların toksik etkisi ile ortaya çıkar. Çoğunlukla iş kazaları veya ev kazaları olarak sporadik olarak görülür. Çeşitli faktörlerin etkisiyle kişiden kişiye tablonun şiddeti değişebilmekle birlikte yeterli konsantrasyon veya süre ile toksik maddeye maruz kalan herkesde akut irritan kontakt dermatit görülür.  Potent iritanlar epidermal proteinleri denatüre ederek, hücre membran hasarı ile veya diğer sitotoksik etkiler yoluyla şiddetli inflamatuar reaksiyonlara neden olurlar.  **Klinik bulgular**  Akut irritan kontakt dermatitin klinik bulguları olarak eritem, ödem, bül, erozyon ve kurut görülebilir. Hafif reaksiyonlarda sadece eritem izlenirken şiddetli reaksiyonlarda vezikül ve bül oluşumu, hatta doku nekrozu gelişebilir. Deri lezyonları sadece kontaktanın temas ettiği alanlarda lokalizedir ve oldukça keskin sınırlıdır. Çevreye yayılım görülmez. Reaksiyon hızlı başlar. Subjektif şikayet olarak başlıca yanma veya ağrı gözlenir. İyileşme süresi reaksiyonun şiddetine bağlı olarak değişiklik gösterir, irritan maddenin potensine ve temas süresine bağlı olarak birkaç gün ile birkaç hafta arasında değişebilir.  **Tanı**  Akut irritan kontakt dermatit tanısı anamnezde irritan olduğu bilinen bir madde ile temasın bulunması ve klinik bulgular eşliğinde konulur.  **Akut irritan kontakt dermatit tedavisi**  Tedavide öncelikle etkilenen bölgenin bol su veya nötralize solüsyonlarla yıkanarak irritan maddenin uzaklaştırılması gereklidir. Asit borik veya burrow solusyonu ile yapılan pansumanlarla tedaviye başlanır. Sulantı geçtikten sonra sadece eritemli ödemli lezyonlarda antiinflamatuar etki için topik steroidli kremler, erode veya ülsere olan lezyonlarda ise sekonder enfeksiyondan korunmak için topik antibiyotikli ve epitelizan kremler kullanılır.   * **KUMULATİF İRRİTAN KONTAKT DERMATİT**   Kumulatif irritan kontakt dermatit tek bir temasın irritasyon geliştirmeyeceği düşük potensli irritanlarla tekrarlayan temaslar sonrasında gelişen kronik dermatitdir. Friksiyon, mikrotravmalar, sıcak, soğuk, düşük nem oranı gibi çeşitli fiziksel faktörler de irritan maddelerin etkisini arttırır.  Su, sabun, deterjanlar, soğutucu sular, organik çözücüler, çimento, katran gibi çok sayıda irritan madde kumulatif irritan kontakt dermatit nedeni olabilir. Mesleksel el ekzemalarının çoğu bu gruba girer. Temizlik işçileri, sağlık personeli, kuaförler, çamaşırcılar, metal işçileri, gıda sanayiinde çalışanlar, araba tamircileri, inşaat işçileri, matbaacılar, boyacılar gibi irritanlarla sık temas gerektiren işlerde çalışanlarda sık görülür. Su, sabun ve deterjan gibi irritan maddelerle sürekli teması olan ev hanımları da diğer önemli bir risk grubudur.  İrritan maddelerle sık tekrarlayan temaslar sonucunda stratum korneum hasarı gelişir, barier fonksiyonu etkilenir ve transepidermal su kaybı artar. Koruyucu lipid tabakanın ortadan kalkmasıyla da deride kuruluk, eritem, skuam ve ragatlar ortaya çıkar. Allerjik ekzematöz kontakt dermatitin aksine çevreye yayılma eğilimi göstermez ve diğer ekzema tiplerine göre daha az polimorfiktir.  **Tanı**  Kumulatif irritan kontakt dermatit tanısı detaylı bir anamnez ve klinik bulguların değerlendirilmesi ile konulur. Hastanın mesleği, hobileri, yıkanma alışkanlığı, deri temizliğinde kullandığı temizlik ajanları, işten uzaklaşınca deri lezyonlarında gerileme olup olmadığı sorgulanmalıdır. Hastada kumulatif irritan kontakt dermatit gelişimi için zemin hazırlayan atopi ve yaşlı hastalarda deri kuruluğu gibi risk faktörlerinin ortaya çıkarılması önemlidir. Allerjik kontakt dermatitden ayırım için patch test uygulanabilir.  **Ayırıcı tanı**  Ayırıcı tanıda ilk düşünülmesi gereken hastalık allerjik kontakt dermatitdir. Bunun dışında özellikle psoriasis, tinea manum ve atopik dermatitle karışabilir. El ekzeması olan her olguda atopi mutlaka araştırılmalıdır.  **Kumulatif irritan kontakt dermatit tedavisi**  Kumulatif irritan kontakt dermatit tedavisinde esas amaç deriyi tüm irritanlardan mümkün olduğunca uzak tutmak olmalıdır. Detaylı bir anamnezle hastanın işyerinde ve ev ortamında karşılaştığı tüm irritanların tesbit edilip temasın en aza indirilmesi gereklidir. Aşırı nem, sıcak ve soğuk, friksiyon gibi mekanik faktörler tabloyu şiddetlendireceğinden lezyonların düzelebilmesi için optimum koşulların sağlanması gereklidir. Hastaların sabun, deterjan gibi irritan maddelerden ve gereğinden fazla el yıkamadan kaçınmaları, koruyucu eldiven ve koruyucu giysilerin kullanılması ve deri bakımı yönünde eğitilmeleri son derece önemlidir. Kumulatif irritan kontakt dermatitde kısa süreli topik steroid tedavisi ile lezyonlar kontrol altına alındıktan sonra koruyucu önlemler tedavinin esasını oluşturur. Düzenli olarak nemlendiricilerin kullanılması irritan kontakt dermatit oluşumu için zemin hazırlayan deri kuruluğunu ortadan kaldıracaktır.  **BEBEK BEZİ DERMATİTİ**  Günümüzde yüksek emici özellikte bezlerin kullanımı ile insidansı azalmış olmakla birlikte hala sık karşılaşılan bir sorundur. En sık 6-12 ay arası infantlarda görülür. Bununla birlikte idrar ve gaita inkontinansı nedeni ile arabezi kullanan yetişkinlerde de görülür.  İdrar ve gaitanın iritan etkisinin yanında bölgenin sürekli ıslak kalması nedeniyle gelişir. Nemli deride iritanların etkisi daha fazladır. Masere deride bezin oluşturduğu friksiyon nedeniyle de erozyon gelişir. Kandida enfeksiyonu tabloya sekonder olarak eklenir ve tipik satellit püstüllere neden olur.  Lezyonlar bezin temas ettiği bölgede sınırlı eritemli, ödemli zaman zaman sulantılı bir dermatit şeklindedir. Kıvrım bölgeleri korunmuştur. Bu tablonun intertrigo, seboreik dermatit, invers psoriasis ve kandidiazisden ayrılmasında yardımcıdır. Şiddetli olgularda erozyon ve hatta ülserasyon bile gelişebilir (jacquet eroziv arabezi dermatiti). Psödoverrüköz papül ve nodüller, mor renkli plak ve nodüller gelişebilir. Bu tablo granuloma gluteale infantum olarak isimlendirilir. Uzun süreli oklüzyon, kandida enfeksiyonu ve topikal steroid kullanımına karşı gelişen bir inflamatuar reaksiyon sonucu geliştiği düşünülmektedir  Tedavide bezin sık değiştirilmesi, bölgenin mümkün olduğunca kuru tutulması önemlidir. Çinko oksitli kremlerle idrar ve gaitanın deriye temasının önlenmesi koruyucu açıdan önemlidir. Buna rağmen dermatit gelişen olgularda hidrokortizon krem gibi düşük potensli topik steroidlerin antikandidial kremlerle birlikte kullanılması etkili olacaktır. **ALLERJİK KONTAKT DERMATİT** Allerjik kontakt dermatit deriye temas eden maddelere karşı gelişen tip IV geç tip hipersensitivite reaksiyonuna bağlı olarak meydana gelir. Genel popülasyonda insidansı %1-10 arasındadır. Özellikle sanayileşmiş toplumlarda günlük yaşamda karşı karşıya kalınan duyarlandırıcıların sayısı arttıkça allerjik kontakt dermatit insidansı da artış göstermektedir.  **Etyoloji ve patogenez**  Allerjik kontakt dermatitte irritan kontakt dermatitden farklı olarak dermatit tablosu oluşmadan önce kontakt duyarlılığın oluşması gereklidir. Çok sayıda kişi potent allerjenlere maruz kaldığı halde kontakt duyarlılık sadece bazı kişilerde ve bazı allerjenlere karşı oluşmaktadır. Duyarlanma kapasitesinin kişiden kişiye neden farklılık gösterdiği günümüzde kesin olarak aydınlatılamamıştır. Kontakt duyarlılığa karşı bünyesel yatkınlığın genetik faktörlerle ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Bu yönde yapılan çalışmalar sürdürülmekle birlikte HLA çalışmaları ile belli bir risk grubu tesbit edilememiştir. Kontakt duyarlılığın gelişiminde kişisel yatkınlığın dışında lokal faktörler de önemlidir. Hasarlı deride potansiyel allerjenlerin penetrasyonu daha kolay olacağı için duyarlanma riski de daha fazladır. Bu nedenle stratum korneumun herhangi bir nedenle bütünlüğünün bozulmuş olması allerjik kontakt dermatit için predispozisyon yaratacaktır. Kulak deldirme sonrası nikel duyarlılığı sık olarak gelişirken yüzük veya kolye takma ile duyarlılık kazanılmasının çok daha nadir olması bu duruma bir örnek olarak gösterilebilir.  Kontakt duyarlılığa neden olan maddeler düşük molekül ağırlıklı, epidermal proteinlerle birleştikten sonra antijen özelliği kazanan hapten yapısındaki maddelerdir. Deriye penetre olan antijen langerhans hücreleri tarafından alınıp afferent lenfatikler boyunca bölgesel lenf nodlarına taşınır ve T lenfositlere sunulur. Antijene spesifik T lenfositlerin proliferasyonu gerçekleşir. Bu antijen spesifik T lenfositler efferent lenfatikler yoluyla tüm vücuda yayılırlar ve bu arada deriye de gelirler. Duyarlanma için gereken süre 7-21 gündür. Duyarlanmış kişi aynı antijenle tekrar karşılaştığında allerjen spesifik T hücrelerinden açığa çıkan sitokinlerin etkisi ile inflamatuar cevap gelişir ve 24-48 saat içinde allerjik kontakt dermatitin klinik bulguları ortaya çıkar. Çok az miktardaki allerjen bile geç tip hipersensitivite reaksiyonunu tetikleyebilir. Lezyonlar kontaktanla temasın olduğu bölgede en şiddetlidir ancak allerjik kontakt dermatitte lezyonlar temas bölgesinden çevreye yayılma eğilimi gösterir. Bu bulgu allerjik kontakt dermatit ile irritan kontakt dermatitin ayırımında da faydalıdır.  **Kontakt allerjenler**  Günümüzde bilinen kontakt allerjenlerin sayısı oldukça fazladır ve listeye her geçen gün yenileri eklenmektedir.  En sık kontakt duyarlılığa neden olan alerjenler metaller, kozmetik ürünler, lastik maddeler, yapıştırıcılar ve reçineler, topikal tedaviler ve bitkilerdir.  En sık duyarlılık saptanan antijen nikeldir. Kadınlarda erkeklere oranla 2-10 kat daha sık olarak görülmektedir. Nikel duyarlılığının kazanılmasında en önemli faktör kulak deldirmedir. Erkeklerde ise nikel duyarlılığı metal işçiliği, elektroliz ile kaplama gibi işler başta olmak üzere mesleksel olarak kazanılmaktadır. Nikel dermatiti yaz aylarında terlemeyle metallerden kimyasal maddelerin çözünmesine bağlı olarak daha sık görülür.  Nikelle günlük yaşantıda o kadar sık olarak karşılaşılmaktadır ki duyarlılığı olanların kendilerini nikelden korumaları son derece zordur. Özellikle küpe başta olmak üzere her türlü takı, giysilerin ve çamaşırların metal kopça, düğme ve tokaları, ceplere konulan madeni paralar, anahtarlar, gözlük çerçeveleri, saat kayışları, fermuarlar ve daha çok çeşitli ürün nikel içermektedir.  Değişik lokalizasyonlarda alerjik kontakt dermatit gelişimine neden olabilecek ürünlere aşağıdaki örnekler verilebilir:   * Saçlı deri: saç boyası, saç kozmetikleri * Alın: Saç bantları, şapka * Göz kapakları: Kozmetikler, topikal göz ilaçları * Yüz: kozmetikler, traş malzemeleri * Kulak memeleri: küpe * Dudaklar ve ağız çevresi: Rujlar, gargaralar, diş macunları, * Boyun yan yüzleri: Parfüm, kolye ve küpeler, giysi boyaları * Aksiller bölge: Deodorantlar, kıl dökücüler * Gövde: Elbiseler, iç çamaşırların metal kopçaları, * Perianal bölge: Supozituarlar, tuvalet kağıdı * Eller: Kişinin ev ortamında veya mesleksel olarak temas ettiği çok sayıda madde neden olabilir * Ayak: Ayakkabılarda bulunan deri ve lastik ürünleri ve yapıştırıcılar   **Klinik bulgular**  Allerjik kontakt dermatit akut, subakut veya kronik ekzema şeklinde karşımıza çıkabilir.  **Tanı**  Allerjik kontakt dermatitte tanı öncelikle çok ayrıntılı bir anamnez ve fizik muayene gerektirir. Hastanın mesleği, hobileri, kullandığı kişisel bakım ürünleri, kozmetik ürünler, geçmişte ve halen kullanmakta olduğu topik tedavi ajanları kontakt dermatite neden olan allerjenlerin aydınlatılması için önemli ipuçları sağlayabilir. Mesleksel allerjik kontakt dermatitte lezyonların hastanın işten uzak kaldığı dönemlerde iyileşme eğilimi göstermesi önemlidir.  Alerjik kontakt dermatit tanısının kesin olarak konulması 2 basamaklıdır. Önce kişide belli allerjenlere karşı geç tip aşırı duyarlılık reaksiyonunun gösterilmesi gerekir ki bu yapılan patch testlerle mümkün olmaktadır. Kişinin saptanan allerjenle temasının olması ve hastanın lezyonlarının klinik görünümünün ve lokalizasyonunun bu temasla açıklanabilmesi ile tanı kesinlik kazanmaktadır.  Patch test kişinin belli bir maddeye kontakt duyarlılığı olduğunun kesin olarak gösterilmesi ve ayrıntılı anamneze rağmen hiç akla gelmemiş olan allerjenlerin ortaya çıkarılabilmesi bakımından son derece faydalıdır. İdeali bilinen tüm allerjenlerle testi gerçekleştirmektir ancak günümüzde bilinen allerjen sayısının 4000 civarında olduğu düşünülecek olursa bunun imkansız olduğu da ortaya çıkmaktadır. Neyse ki kontakt dermatitlerin büyük kısmından sorumlu olan allerjenler oldukça az sayıdadır. Bu noktadan yola çıkarak en sık duyarlılığa neden olduğu gösterilmiş 20-30 arasındaki allerjenin yer aldığı standart patch test serileri geliştirilmiştir.  Patch test normal deriye uygulanmalıdır. Patch test için en uygun deri bölgesi sırtın üst kısmıdır. Kolların üst lateral kısımlarına da uygulanabilir. Patch test 48 saat sonra açılır, allerjenlerin yerleri işaretlenir ve 30 dakika sonra değerlendirilir. Test bölgesi 72 veya 96. saatte tekrar değerlendirilir. Sadece 48. saatte yapılacak değerlendirme yeterli değildir, geç ortaya çıkacak reaksiyonların saptanabilmesi için 72 veya 96. saatte ikinci bir değerlendirilmenin yapılması gereklidir.  Standart patch testte pozitif yanıt alınmazsa kişinin klinik tablosu, mesleği ve hobileri tekrar yeni baştan değerlendirilerek özel patch test serilerinin kullanılması büyük yarar sağlayacaktır. Günümüzde kozmetik ürünler, medikament serisi, bacak ülseri serisi, fotopatch test serisi, ayakabı kimyasal maddeleri, tekstil boyaları gibi çok çeşitli özel seriler bulunmaktadır. Patch test serilerinin kullanılmasının yanında ayrıca hastanın kullandığı ürünlerle de test yapmak gerekebilir. Standart seriye ek olarak özel patch test serilerinin kullanılması ve hastanın getirdiği ürünlerle test yapılması başarı oranını belirgin derecede yükseltmektedir.  **Ayırıcı tanı:**  Akut allerjik kontakt dermatit en çok akut irritan kontakt dermatit ile karışır.  Allerjik kontakt dermatitte semptomların ortaya çıkışı daha geçtir, temasdan 24-48 saat sonra lezyonlar ortaya çıkar. Subjektif şikayet olarak kaşıntı ön plandadır. Lezyonlar temas bölgesinden çevreye yayılma eğilimi gösterir ve nadiren generalize olarak eritrodermiye neden olabilirler. Akur irritan kontakt dermatitte lezyonlar temasdan kısa süre sonra ortaya çıkar, temas bölgesinde sınırlıdır ve çevreye doğru yayılma eğilimi yoktur. Subjektif şikayet ise yanma, batma ve ağrıdır.  Kronik formunun ayırıcı tanısında liken simpleks kronikus, seboreik dermatit, psoriasis, atopik dermatit, tinea manum ve tinea pedis düşünülmelidir.  **Allerjik kontakt dermatit tedavisi**  Allerjik kontakt dermatit tedavisinde en önemli basamak sorumlu allerjenlerin ortaya çıkarılması ve hastanın bu allerjenlerden uzak kalmasının sağlanmasıdır.  Akut allerjik kontakt dermatit tedavisinde sulantılı lezyonlara Burrow solusyonu veya %2’lik asit borik solüsyonu ile yapılan pansumanların sulantıyı azaltıcı etkisi olacaktır. Sulantı geçtikten sonra topik kortikosteroidli kremlerle tedaviye devam edilebilir. Kaşıntı için oral antihistaminikler faydalı olacaktır. Kontakt dermatit tablosu çok yaygın veya çok şiddetliyse kısa süreli oral steroid tedavisi endikedir. Tedaviye 1mg/kg dozunda prednizolon ile başlanılır ve tablo kontrol altına alındıktan sonra 2-3 hafta içinda azaltılarak kesllir.  Allerjik kontakt dermatitde kronik lezyonların tedavisinde pomad formunda topik steroidler tercih edilir. Likenifiye lezyonların tedavisi için topik steroidlerle oklüzyon tedavisi yapmak gerekebilir. FOTOKONTAKT DERMATİT Deriye topik olarak uygulanan bazı maddeler UV ışınlarına maruz kaldıktan sonra irritan veya duyarlandırıcı özellik kazanırlar. Fotokontakt dermatit deriye temas eden kimyasal maddenin UV ışınlarına maruz kalmasından sonra oluşturduğu reaksiyonu tanımlamaktadır. Fotokontakt dermatit oluşması için kimyasal madde veya UV ışınları tek başlarına yeterli olmayıp, her ikisinin de bulunması gereklidir.  **Fototoksik kontakt dermatit**  Fototoksik maddeler derinin UV ışınlarına ve/veya görünür radyasyona karşı reaktivitesini arttırırlar. Fototoksik reaksiyon nonimmunolojik mekanizma ile oluşur ve madde yeterli konsantrasyonda uygulandığında ve uygun dalga boyunda yeterli UV ışınlarına maruz bırakıldığında herkeste ilk temasda oluşur. Fototoksik reaksiyon kimyasal olarak oluşturulmuş güneş yanığı gibidir ve kişinin normalde reaksiyon vermeyeceği eritematojenik olmayan dozlarda UV ışınlarına fototoksik maddenin etkisi ile reaksiyon verir hale gelmesidir. Fototoksik maddeler deriye topik olarak uygulanabildiği gibi oral yolla da alınabilir. PUVA tedavisinde psoralen fotoduyarlandırıcı etkisi nedeniyle terapötik amaçla oral veya topikal olarak kullanılmaktadır.  Furokumarin içeren bitkilerin deri ile temasından sonra UV ışınlarına maruz kalınmasıyla gelişen tablo fitofotokontakt dermatit olarak isimlendirilir. Fototoksik bitkinin üzerine uzanma veya bitkiye sürtünme ile vücudun yüz, kol ve bacaklar gibi açıkta kalan bölgelerinde çizgi şeklinde veya girdap benzeri lezyonlar oluşturacak şekilde eritem, ödem, vezikül ve bül oluşumu izlenir. Fitofotokontakt dermatite neden olan bitkilerin en önemlileri arasında incir, maydanoz, kereviz, havuç, dereotu ve turunçgiller sayılabilir.  Bazı ilaçlar da oral yolla alındıklarında fototoksik reaksiyona neden olabilirler. Bu ilaçların en önemlileri Psoralen, tetrasiklin, sulfonamidler, sulfonilüre grubu antidiabetik ilaçlar, tiazid grubu diüretikler griseofulvin ve fenotiazindir.  **Fotoallerjik kontakt dermatit**  Fotoallerjik dermatit. fototoksik dermatite göre çok daha nadir görülür. Fotoallerjik reaksiyon immunolojik mekanizmalarla meydana gelir ve fototoksik reaksiyondan farklı olarak herkeste oluşabilmek yerine önceden bir fotoduyarlandırıcıya karşı duyarlanma gerektirir. Fotoallerjik reaksiyonu oluşturan kimyasal maddeler UV ile temas sonrasında hapten özelliğinde yeni moleküllere transforme olurlar ve epidermal proteinlerle birleşerek antijen özelliğini kazanırlar. Klinik tablo güneş gören bölgelerde alerjik kontakt dermatitle uyumlu lezyonlar şeklinde izlenir. Günümüzde fotoallerjik kontakt dermatite en sık neden olan maddeler güneş koruyucular ve topikal nonsteroid antiinflamatuar ilaçlardır. Tanıda fotopatch test kullanılır.  **Fotokontakt Dermatit Tedavisi**  Fotokontakt dermatit tedavisi genel olarak kontakt dermatit tedavisi ile benzerlik gösterir. Ek olarak genel olarak güneşten korunma ve geniş spektrumlu güneşten koruyucular önerilir.  **ATOPİK DERMATİT**  Atopi herediter olarak geçiş gösteren, çeşitli çevresel alerjenlere karşı tip I hipersensitivite reaksiyonunun gözlendiği bir durumdur. Tek anne veya babada atopi varsa çocukta olma riski %25 iken her ikisi de atopikse risk %50’dir. Monozigotik ikizlerde bu oran %75’e çıkmaktadır.  Atopi ile ilişkili hastalıklar allerjik astım,alerjik rinit, alerjik konjunktivit ve atopik dermatitdir.  Atopik dermatit sık görülen bir hastalıktır. Sosyoekonomik düzey ile paralel olarak insidansında artış gözlenmektedir. Sanayileşmiş ülkelerde çocuklarda prevalansı %15-20 arasındadır.  Olguların %50’sinde hastalık ilk yılda, %90’ında ise 5 yaşın altında başlangıç gösterir. Atopi zemininde gelişen hastalıklardan en erken yaşta ortaya çıkan atopik dermatit olduğundan “atopik yürüyüşün ilk adımı” olarak da değerlendirilir. Erken çocukluk döneminde şiddetli atopik dermatiti olan çocuklarda sonraki yıllarda alerjik astım veya alerjik rinit gelişme riskinde artış saptanmaktadır.  Atopik dermatit şiddetli kaşıntı ile seyreder. Uzun yıllar boyunca remisyon ve ekzaserbasyonlarla kronik bir seyir gösterir. Daha çok çocuk yaş grubunu etkiler. Püberteye doğru atopik dermatit olguların önemli bir bölümünde geriler. Olguların %15-25’inde ise püberte sonrasında da yetişkin atopik dermaitti olarak devam eder.  Atopik dermatitde lezyonların lokalizasyonu ve morfolojik görünümü yaşla ilişkili olarak değişiklik gösterir  2 ay -2 yaş infantil dönem: Bu dönemde lezyonlar daha sulantılı ve kurutludur. En sık yüzde malar bölgelerde lokalizedir. Baş saçlı deri, alın, burun ve çene de etkilenebilir. Periorifisial alanlar genellikle korunmuştur. Emekleme döneminde ekstremitelerin ekstansör yüzünde numuler lezyonlar görülebilir.  2-12 yaşda ekstremitelerin ekstansör yüzünde lezyonlar devam edebilir ancak bu dönemde el ve ayak bilekleri ve hastalık için son derece karakteristik olan antekubital ve popliteal bölge tutulumu izlenir. Lezyonlar infantil döneme göre daha az sulantılıdır.  Yetişkin dönemde lezyonlarda likenifikasyon belirgindir. En sık antekubital ve popliteal bölge tutulumu izlenir. Yüz, göz kapakları, boyun, eller, bilekler etkilenebilir. Şiddetli olgularda eritrodermi gelişebilir.  Atopik dermatit tanısı Hanifin Rajka tanı kriterine göre konulur.  **Hanifin Rajka Tanı Kriteri**  **Major kriterler:**   1. Kaşıntı 2. Lezyonların yaşa göre tipik morfoloji ve lokalizasyon göstermesi 3. Remisyon ve ekzaserbasyonlarla seyreden kronik seyir 4. Kişisel veya ailesel atopi öyküsü   **Minör Tanı kriterleri**   1. Kserosis 2. Dennie-Morgan kıvrımı 3. Periorbital koyuluk 4. Yüzde solukluk/eritem 5. Pitriazis alba 6. Ön boyun kıvrımları 7. Keilitis 8. Rekürran konjunktivit 9. İktiyosis,palmar hiperlinearite, keratosis pilaris 10. Nonspesifik el-ayak ekzeması 11. Meme başı ekzeması 12. Perifoliküler belirginleşme 13. Beyaz dermografizm 14. Kutanöz enfeksiyonlara eğilim artışı 15. Keratokonüs 16. Anterior subkapsuler katarakt 17. Erken başlangıç yaşı 18. Erken tip deri testi reaktivitesi 19. Serum IgE yüksekliği 20. Terleme ile kaşıntının artması 21. Yün ve lipid çözücülere intolerans 22. Gıda intoleransı 23. Çevresel,emosyonel faktörlerle artış   Kritere göre 3 major ve 3 minör kriter varlığında atopik dermatit tanısı konulur.  Hastaların %80’inde serum IgE yüksekliği ve inhalan alerjenler veya gıdalara karşı spesifik IgE pozitifliği izlenir. Prick testte bir veya birden fazla antijene karşı pozitiflik bulunabilir. Eozinofili saptanabilir.  Atopik dermatiti kontrol altında tutabilmek ve kaşıntıyı azaltabilmek için koruyucu önlemlere dikkat edilmesi çok önemlidir.  **Koruyucu Önlemler**   * Deri kuruluğunun önlenmesi * Aşırı terlemeden kaçınılması * Yünlü giysiler giyilmemesi * Gıda allerjisi ve intoleransına karşı eliminasyon dieti * İnhalan allerjenlerden kaçınılması * Emosyonel stresden uzak kalınması   **Atopik Dermatit Tedavisi**  Atopik dermatit tedavisinde nemlendiricilerin yanında topikal steroid ve şiddetli olgularda sistemik steroid tedavisi uygulanır. Topikal steroidlerin yan etkilerinden kaçınmak için alternatif olarak topikal pimekrolimus veya takrolimus kullanılabilir. Sekonder enfeksiyon varsa topikal ve/veya sistemik antibiotik tedavisi verilir. Kaşıntı için antihistaminik kullanılır. Fototerapi (PUVA,dar bant UVB) uygulanabilir. Siklosporin ve omaluzimab şiddetli olgularda kullanılan diğer tedavi alternatifleridir. **NUMULER EKZEMA** Madeni para büyüklüğünde kaşıntılı, eritemli papüloveziküler lezyonlar, skuam ve kurutun izlendiği plak oluşumları ile karakterizedir. Lezyonlar sıklıkla alt ve üst ekstremitelerin ekstansör yüzünde ve el sırtlarında lokalizedir.  Lezyonların gelişimi sıklıkla deri kuruluğu ile ilişkilidir. Bu nedenle fizyolojik olarak derinin kuru olduğu yaşlılarda sıktır. Genç yaşlarda ise sıklıkla atopi ile ilişkili olarak ortaya çıkar. Tedavide topik steroid ve kaşıntı için antihistaminikler kullanılır.  **EL ve AYAKLARIN VEZİKÜLER EKZEMASI (DİSHİDROTİK EKZEMA, POMPHOLYX)**  Avuç içi ve ayak tabanda bilateral, tekrarlayan veziküllerle seyreden inatçı oldukça kaşıntılı bir hastalıktır. Hastalık her iki cinste ve 20-40 yaşlar arasında görülür.  Etyolojisi kesin olarak belli değildir. Emosyenel strese bağlı hiperhidrozu olan kişilerde sık olarak görülür. Bu nedenle geçmişte hastalığın terleme bozukluğu ile ilişkili olduğu düşünülüp yanlış olarak dishidrotik ekzema olarak isimlendirilmiştir. Sonraları veziküllerin ter kanalları ile direk ilişkili olmadığı görülmüştür. Bazı olgularda atopi ile ilişkili olabilir. Günümüzde daha çok nikel duyarlılığı olanlarda oral nikel alımı sonucunda geliştiği düşünülmektedir.  Klinik olarak çoğunlukla her iki elde simetrik lokalizasyon gösteren, derine yerleşmiş, yer yer gruplar yapan veziküller şeklinde ortaya çıkar. Seyrek olarak ayakları da tutabilir. Ellerde en çok parmak yan yüzlerinde lokalizedir. Şiddetli kaşıntı yakınması vardır. Bazen veziküllerin birleşmesi ile bül oluşumu meydana gelir. Deskuamasyon bırakarak 2-3 haftada yavaş yavaş iyileşir. Özellikle bahar ve yaz aylarında daha fazla olmak üzere tekrarlamalar görülebilir. Tedavisi numuler ekzema ile aynıdır. Şiddetli olgularda sistemik steroid tedavisi gerekebilir.  **STAZ EKZEMASI**  Venöz dolaşım bozukluğuna bağlı olarak meydana gelir. Lezyonlar tipik olarak iç malleol bölgesinde lokalizedir. Kaşıntılı, eritemli,skuamlı zaman zaman sulantılı ve kurutlu lezyonlar ve pigmentasyon görülür.  Staz ekzeması olan hastaların mutlaka venöz yetmezlik yönünden değerlendirilmesi gereklidir. Tedavide de ekzema tedavisi yanında venöz yetmezliğe yönelik tedavi başlanmalıdır.  **LİKEN SİMPLEKS KRONİKUS**  Psikosomatik bir hastalıktır. Emosyonel stresle ilişkili olarak elin kolay ulaştığı bir vücut bölgesinde gelişir. Paroksismal kaşıntılı likenifiye bir plak izlenir. En sık kadınlarda ense bölgesi, erkeklerde ise bacak lateralinde lokalizedir. Genital bölge de liken simpleks kronikusun sık yerleştiği bir bölgedir. Şiddetli kaşıntıyla birlikte vulva veya skrotumda likenifikasyon izlenir.  Tedavi kronik ekzema tedavisi ile birlikte psikolojik tedavidir. Potent topik steroidler kullanılır. Oklüzyonla uygulanabilir. Antihistaminik olarak genellikle hastada biraz sedasyon yapması da istendiğinden klasik antihistaminikler tercih edilir. |

|  |
| --- |
| **ÖNERİLEN KAYNAKLAR:**  Basılı Kaynaklar:  1. Tüzün Y, Gürer MA, Serdaroğlu S., Oğuz O, Aksungur VL. Dermatoloji. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul 2008, 3. baskı, 913-928.  2. Fitzpatrick 'in Renkli Klinik Dermatoloji Atlası ve Özeti, Çeviri Editörü: Prof. Dr. Neslihan ŞENDUR, 6.baskı, McGraw Hill, ISBN : 9789752773806  3. Dermatoloji, Jean L Bolognia çeviri. Prof.Dr. Hayriye Sarıcaoğlu, Prof. Dr. Emel Bülbül Başkan, Nobel Tıp Kitapevleri, 1.baskı, ISBN:9789754209034  Elektronik Kaynaklar:  1. **emedicine**.medscape.com  2. www.uptodate.com |