

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

EL EKZEMALARI VE TIRNAK TUTULUMU

Dr. Mine GÖKDEMİR

DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
UZMANLIK TEZİ

Etik Proje No=2009/127
Karar No=İAEK 13/34

2010

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

EL EKZEMALARI VE TIRNAK TUTULUMU

Dr. Mine GÖKDEMİR

DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Rebiay KIRAN
Anabilim Dalı Başkanı: Prof. Dr. Rebiay KIRAN

2010

TEŞEKKÜRLER

Asistanlık eğitimim süresince ve tez çalışmamın her aşamasında ilgisini, desteğini, değerli bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen bölüm başkanım ve tez danışman hocam sayın Prof. Dr. Rebiay Kıran'a, asistanlık eğitimim süresince bana yol gösteren, geniş bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım sayın hocalarım Prof. Dr. Nilgün Bilen'e, Prof. Dr. Dilek Bayramgürler'e, Yrd. Doç. Dr. Aysun Şikar Aktürk'e ve Yrd. Doç. Dr. Evren Odyakmaz Demirsoy'a, tezimde desteklerini esirgemeyen başta Dr. Songül Bulca olmak üzere beraber çalıştığım araştırma görevlisi arkadaşlarım Dr. Selin Tecimer'e, Dr. Burcu Öztürk'e, Dr. Nurşah Doğan'a, Dr. Selma Salman'a, Dr. Ömür Kocaoğlu'na, Dr. Ufuk Güleç'e, poliklinik hemşiremiz Hülya Pekdemir'e ve Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı'nın tüm çalışanlarına,

İç Hastalıkları rotasyonum boyunca bilgileriyle Romatoloji Bilim Dalı'na bakış açımı genişleten sayın hocam Prof. Dr. Ayşe Çefle'ye, Uzm. Dr. Fulya Coşan'a ve Uzm. Dr. Barış Yılmazer'e,

Enfeksiyon Hastalıkları rotasyonum boyunca bilgilerinden faydalandığım sayın hocam Prof. Dr. Ayşe Willke Topçu ve diğer tüm hocalarım ile asistan arkadaşlarıma,

Asistanlık eğitimim süresince bölümümüzün diğer yarısı olarak hissettiğim Patoloji Anabilim Dalı'ndaki sayın hocalarım Prof. Dr. Kürşat Yıldız ile Prof. Dr. Cengiz Erçin'e ve diğer tüm Patoloji Anabilim Dalı çalışanlarına,

Sınırsız sevgilerini her an içimde hissettiğim ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen canım babama, biricik abime, hayatıma anlam katan ve her zaman yanımda olan Serdar Çevik'e ve son olarak bana sonsuz sevgisini ve güvenini her zaman ortaya koyan, her attığım adımda yanımda olan, sonrasında da hep olmasını umduğum canım anneme teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

TEŞEKKÜRLER	i
İÇİNDEKİLER	ii
SİMGELER ve KISALTMALAR	iv
TABLO LİSTESİ	v
ŞEKİL LİSTESİ	vi
1. AMAÇ ve KAPSAM	1
2.GENEL BİLGİLER:	2
2.1.EKZEMA-DERMATİT	2
2.1.1. EL EKZEMALARI HAKKINDA GENEL BİLGİ	2
2.1.2. EL EKZEMASI KLİNİK TİPLERİ	3
2.1.2.1. Kontakt Dermatit	3
2.1.2.1.1. İritan Kontakt Dermatit	3
2.1.2.1.2. Alerjik Kontakt Dermatit	5
2.1.2.1.2.1.Yama Testi (Patch Test)	9
2.1.2.2.Hiperkeratotik Ekzema	10
2.1.2.3. Atopik El Ekzeması	10
2.1.2.4. Dishidrotik Ekzema (Pomfoliks)	12
2.1.2.5. İd Reaksiyonu	12
2.1.2.6. Numuler Ekzema (Diskoid Ekzema)	13
2.1.3.EL EKZEMASI İLE İLİŞKİLİ (OLABİLECEK) FAKTÖRLER	14
2.1.3.1. Yaş ve Cinsiyet	14
2.1.3.2. Atopik Dermatit ve Atopi Öyküsü	14
2.1.3.3.Nikel Alerjisi	15
2.1.3.4.Genetik Faktörler	15
2.1.3.5.Meslek-İslak iş	15
2.1.3.6.Kişisel alışkanlıklar	15
2.1.3.7.Sosyoekonomik faktörler	16
2.1.4.El EKZEMASI ŞİDDETİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ	16
2.2.TIRNAK BOZUKLUKLARI	16
2.2.1.EL EKZEMASINDA GÖRÜLEBİLEN TIRNAK BOZUKLUKLARI	16
2.2.2.DİĞER TIRNAK BOZUKLUKLARI	18
3.GEREÇ ve YÖNTEM	19
3.1.Hasta Seçimi	19
3.1.1.Araştırmaya Alınma ve Dışlanma Kriterleri	19
3.2.Klinik Özellikler	19
3.2.1.Demografik Özellikler ve Hastalık Öyküsü	19
3.2.2. El Ekzemasının Sınıflandırılması	21

3.2.3. El Ekzemasının Lokalizasyonu ve Şiddeti	22
3.2.4. Ekzemada Tırnak Bulguları	23
3.2.5. Diğer Nedenlerin Dışlanması	23
3.3. Yama testi	24
3.4. İstatistiksel Değerlendirme	26
4. BULGULAR	27
4.1. Hasta Seçimi	27
4.2. El Ekzemasının Özellikleri	27
4.2.1. Cinsiyet – yaş	27
4.2.2. Kronik hastalık öyküsü-ilaç kullanımı	27
4.2.3. Klinik sınıflama	27
Klinik tip-cinsiyet ilişkisi	28
Klinik tip-yaş dağılımı ilişkisi	29
Klinik tip-başlangıç yaşı ilişkisi	29
Klinik tip-ekzema süresi ilişkisi	29
4.2.4. El ekzemasının seyri	33
4.2.5. El ekzemasının lokalizasyonu	33
4.2.6. El ekzemasının şiddetinin değerlendirilmesi	35
Ekzema süresi-ekzema şiddet ilişkisi	35
4.3. El Ekzeması İle Olası İlişkili Faktörler	36
4.3.1. Meslek	36
5.3.1.1. El ekzemasının görüldüğü meslek grupları	36
5.3.1.2. Mesleki maruziyet	37
4.3.2. Meslek dışı olası nedenler	38
4.3.3. Olası nikel alerjisi öyküsü	38
4.3.4. Atopik ekzema, kişisel ve ailevi atopi öyküsü ve ailede el ekzeması öyküsü	39
4.3.5. Mevsimsel ilişki	39
4.3.6. Palmar/palmoplantar hiperhidroz	39
4.3.7. Sigara öyküsü	41
4.4. Yama Testi Sonuçları	41
4.5. Tırnak Bulguları ve El Ekzeması İlişkisi	43
5. TARTIŞMA	51
6. SONUÇLAR	61
7. ÖZET	64
8. ABSTRACT	66
9. KAYNAKLAR	68
10. EL EKZEMALI HASTA MUAYENE FORMU	73

SİMGELER ve KISALTMALAR

- İKD:**İritan Kontakt Dermatit
AKD:Alerjik Kontakt Dermatit
FAKD:Fotoalerjik Kontakt Dermatit
İRE:İritan reaksiyon
HE:Hiperkeratotik Ekzema
AEE:Atopik El Ekzeması
DE:Dishidrotik Ekzema
İR:İd reaksiyonu
NE:Numuler Ekzema
AE:Atopik Ekzema
EEŞİ:El Ekzeması Şiddet İndeksi

TABLO LİSTESİ

Sayfa no:

Tablo 1: Çalışmaya alınan 421 hastanın el ekzeması klinik tiplerine göre dağılımı	28
Tablo 2: El ekzeması klinik tiplerinin cinsiyete göre dağılımı	28
Tablo 3: El ekzeması klinik tiplerinin cinsiyet ve yaşa göre dağılımı	30
Tablo 4: El ekzeması klinik tiplerinin cinsiyet ve başlangıç yaşına göre dağılımı	31
Tablo 5: El ekzeması klinik tiplerinin ekzema süresi açısından dağılımı	32
Tablo 6: El ekzemasının klinik tiplerine göre ortalama devam süreleri	33
Tablo 7: El ekzeması lokalizasyonlarının klinik tiplere göre dağılımı	34
Tablo 8: El ekzeması şiddetinin cinsiyete göre dağılımı	35
Tablo 9: El ekzemasının görüldüğü meslek gruplarının cinsiyete göre dağılımı	36
Tablo 10: El ekzeması ile ilişkili faktörler	40
Tablo 11: TRUE test paneli uygulanan hastalarda test sonuçları	42
Tablo 12: Tırnak bulgularının el ekzeması klinik tiplerine göre dağılımı	44
Tablo 13: Tırnak bulgularının el ekzeması süresi ve şiddetine göre dağılımı	46

ŞEKİL LİSTESİ

	<u>Sayfa no:</u>
Şekil 1: Tırnak bulgusu izlenmeyen DE’li bir hasta.	48
Şekil 2: AKD’li bir hastada enine oluklanma ve sarımsı diskolorasyon bulguları.	48
Şekil 3a: İKD’li bir hastada palmar yüz ve parmak tutulumu	49
Şekil 3b: İKD’li hastada pitting bulgusu.	49
Şekil 4: İKD’li bir hastada longitudinal çizgilenme ve lökonişi bulguları	50
Şekil 5: Sınıflandırılmayan grubundaki bir hastada splinter hemoraji, subungual hemoraji, longitudinal çizgilenme, dikey sırtlanma, enine oluklanma ve sarımsı diskolorasyon bulguları.	50

1. AMAÇ ve KAPSAM

El ekzemaları, özellikle de bu grup içerisinde en sık karşımıza çıkan iritan kontakt dermatit (İKD), toplumda çok sık görülmektedir. En sık mesleki nedenlere bağlı ortaya çıkan el ekzemaları tüm meslek ekzemalarının %80-90'ını oluşturur ve ev hanımlarında çok sık görülür (1,2). Genellikle kronik seyir göstermeleri nedeniyle kişilerin yaşam kalitesini düşürebilir ve psikolojik sorunlara neden olabilirler.

Çeşitli dermatolojik hastalıklarda tanıya götüren ya da tanıyı destekleyen özgün tırnak değişiklikleri gözlenmektedir. El ekzemalarının beraberinde görülen tırnak tutulumuna dair literatür bilgileri incelendiğinde tırnak kozmetiklerinin kullanımı sonucu gelişen ekzema ve tırnak bulgularına ait olgu örnekleri dışında el ekzemalarında görülen tırnak tutulum şekillerine ve görülme oranlarına yönelik herhangi bir verisel çalışmaya rastlanmamaktadır. Ayrıca İngilizce Tıp literatüründe el ekzemalarının alt tiplerini, klinik bulgularını, nedenlerini ve prognozlarını tespit etmeye yönelik geniş olgu serileri varken, ülkemizde alt tiplerin görülme sıklıklarına dair geniş seriler yoktur. Bu nedenlerle biz çalışmamızda geniş bir hasta grubunda öncelikle varolan el ekzemasının klinik tipini ve görülme oranlarını tespit etmeyi ve hastaların öyküleri doğrultusunda el ekzemasına yol açan en sık etkenleri saptamayı amaçladık. Ayrıca klinik olarak alerjik kontakt dermatit (AKD) tanısı koyduğumuz ya da bu tanıyı tam olarak dışlayamadığımız hastalara Avrupa Standart Serisi TRUE test paneli ile yama testi yaptık. Bu sayede olası etkenleri saptayarak AKD tedavisinde ilk ve en önemli basamak olan, olası etken ya da etkenlerden sakınmaya yönelik hastaları bilgilendirmeyi ve böylece hastaların yaşam kalitesini artırmayı amaçladık. Beraberinde tüm hastalardaki tırnak bulgularını da kaydederek el ekzemasının tipine göre en sık gözlenen tırnak bulgularını ve ekzemaya eşlik etme oranlarını saptamayı planladık. Longitudinal çizgilenme gibi büyük oranda yaşa bağlı gelişen ya da idyopatik olabilen tırnak bulgularını da dikkate alarak ekzemaya spesifik tırnak bulgularını tespit etmeye çalıştık.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.EKZEMA (DERMATİT)

2.1.1.EL EKZEMALARI HAKKINDA GENEL BİLGİ

El dermatiti olarak da bilinen el ekzeması sık karşılaşılan bir dermatolojik sorundur. Toplumda % 2-10 oranında görülmektedir. Tüm ekzemaların yaklaşık % 20-35'i ellerde görülmektedir. Tüm meslek hastalıklarının %9-35'ini, mesleki ekzemaların ise %80-90'ını el ekzemaları oluşturmaktadır (1,2).

El ekzemaları hastanede çalışanlarda, ıslak ortamda çalışanlarda, kimyasal madde yapımında çalışanlarda, inşaat işçilerinde, elektrik ve metal işçilerinde, boyacılar ve kuaförlerde görülmektedir (3). Son on yılda yapılan çalışmalar atopi, kontakt alerji ve ıslak işin el ekzemalarında en önemli risk faktörleri olduğunu ortaya koymuştur (4,5). Bazı araştırmacılar deterjan ya da suyun tek başına %28'e varan oranda el ekzemasına neden olduğunu bildirmişlerdir (2). Çalışmaların çoğunluğunda ıslak işlerde daha çok çalışmaları ve kimyasal maddelere daha fazla maruz kalmaları nedeniyle el ekzemalarının kadınlarda daha sık görüldüğü bildirilmektedir (6-9).

Mesleki ekzemalı hastaların yaklaşık yarısında ekzema başlangıcının, işe başladıktan sonraki 2 yıl içinde olduğu saptanmıştır (10).

El ekzeması genellikle karmaşık bir sorundur (11). Etyolojik olarak tanıda sıklıkla İKD, AKD ve atopik yapı düşünülse de kesin tanıyı koymak her zaman mümkün değildir (1,12). Olguların çoğunda birden çok endojen ve ekzojen faktörün birlikte etkisi söz konusudur, dolayısıyla değişik klinik alt tipler bir arada bulunabilmektedir (13) ve etken olan ajanın bulunması oldukça zordur (11,12). Tanısal yaklaşımda ilişkili olabilecek tüm etyolojik faktörler ile potansiyel iritan ve alerjenlere maruziyet değerlendirilmelidir (14).

El ekzemasında nedeni tespit etmek ve yama testi için olası alerjenleri seçebilmek amacıyla ayrıntılı bir öykü almak en önemli basamaktır. Bazen kişinin işiyle ilgili yetersiz bilgi vermesi doğru bir öykünün alınmasına engel olabilir. Hekim tam bir öyküye ilaveten tam bir fizik muayene yapmalı ve elementer lezyonları, lokalizasyonu, lezyonların simetrik olup olmadığını belirlemelidir (2).

2.1.2. EL EKZEMASI KLİNİK TİPLERİ

El ekzemalarını başlatan risk faktörlerini ve prognozlarını inceleyen çeşitli epidemiyolojik çalışmalar vardır. Ancak klinik tiplerine ait standart bir sınıflama sistemi yoktur. Yapılan çalışmalarda el ekzeması klinik tipleri temel olarak “İKD, AKD ve Atopik El Ekzeması (AEE)” olarak sınıflandırılmıştır. Diğer klinik tipler farklı çalışmalarda farklı şekillerde bu temel sınıflamaya dahil edilmiştir (15,16).

2.1.2.1. KONTAKT DERMATİT

Kontakt dermatitlerin patofizyolojik mekanizmalara göre ayırdedilen, İKD ve AKD olmak üzere başlıca iki tipi vardır (17):

2.1.2.1.1. İRİTAN KONTAKT DERMATİT

İKD kontakt dermatitlerin en yaygın formudur. Bir iritana karşı derinin spesifik ve alerjik olmayan reaksiyonu olarak tanımlanır. Bu durumun deri bariyerinin bozulmasındaki patofizyolojik olayları başlatan endojen ve ekzojen faktörlerin kombinasyonu ile oluştuğu düşünülmektedir (17).

El ekzemalarının yaklaşık %80’ini İKD oluşturur (13). İritan el ekzeması sıklıkla mesleki maruziyetle ilişkilidir (17). Özellikle bulaşıkçılar, kuaförler, fırıncılar, kasaplar, aşçılar, araba tamircileri, barmenler, hemşireler, balıkçılar, gıda sektöründe çalışanlar, inşaat işçileri, tesviyeciler ve metal işçileri gibi ıslak işlerde çalışanlarda ve ev hanımlarında gelişen el ekzemalarının çoğunluğu İKD şeklindedir (2). Su ve sabun gibi zayıf iritanlarla tekrarlayan maruziyet sonucunda oluşan birikici İKD tüm İKD’lerin asıl büyük bölümünü oluşturur (13).

İKD’nin gelişmesine katkı sağlayan endojen ve ekzojen faktörler:

Ekzojen faktörler:

1)Deri iritanları: Hemen hemen tüm kimyasallar İKD’ye neden olabilirler. Tek neden tanımlamak genellikle olası değildir, çünkü İKD genellikle multifaktöriyeldir. Deride iritasyon oluşturan en yaygın ve önemli faktör ıslak ıştır. **Islak iş**; derinin her gün 2 saatten uzun süren sıvı maruziyeti, her gün 2 saatten uzun süreli oklüzif eldiven kullanımı ya da sık el yıkama olarak tanımlanır. Islak iş kapsamındaki mesleklerde çalışan kişiler mesleki İKD’ye yatkındırlar. Özellikle kuaförler, aşçılar, sağlık çalışanları ve ev hanımları bu gruptadır (17).

2)İritanların yapısal özellikleri: Bir maddenin iritan gücü onun kimyasal ve fiziksel özellikleriyle belirlenir. Moleküler çapı, iyonizasyon durumu ve yağda çözünürlüğü deriye penetrasyonunu belirler. Kimyasalların çoğu yüksek miktardaki maruziyet ile iritan etki gösterir (17).

3)İritanlara maruziyet: Bir iritanın konsantrasyonu, hacmi, deriye uygulanma süresi ve maruziyet sıklığı da iritan etkiyi belirler. İritanın deriye penetrasyonu; maruziyet hacmi ve maruziyetin süresiyle ilişkilidir. Maruziyetler arasındaki süre uzadıkça iritasyon olasılığı azalır. İritanlar bazen birbirlerini nötralize edebilmekle birlikte eş zamanlı ya da ardışık maruziyetler tek başlarına oluşturdukları etkilerin toplamı kadar bir etkiye neden olabilir (17).

4)Fiziksel iritanlar ve çevresel faktörler: Çevresel ve mekanik faktörlerin İKD'ye katkısı sıklıkla ihmal edilir. Çevresel faktörler; sıcak, soğuk, düşük nem ve ultraviyole radyasyondur. Mekanik faktörler ise sürtünme, oklüzyon, basınç ve vibrasyondur. Sıcağa maruziyet sıklıkla terlemeye yol açar ve sudan daha iritan olan terin retansiyonu deri iritasyonunu artırır (17). Terleme aynı zamanda alerjenlerin deriye penetrasyonunu ve böylece AKD gelişimini de kolaylaştırabilir. Düşük ısı ve nem ise stratum korneumun su içeriğini azaltarak İKD gelişimini kolaylaştırır (13). Ultraviyole immünolojik olmayan mekanizmalarla kontakt alerji reaksiyonunu azaltır (17).

Endojen faktörler:

Endojen faktörler de İKD'ye yatkınlığı etkiler. Bu faktörler; yaş, cinsiyet, tutulan anatomik bölge, deri kuruluğu ve atopik ekzema öyküsüdür. Bunlar başlıca İKD'ye yol açan mesleki deri hastalıklarının değerlendirilmesinde önemlidir (17).

Yaş: Yaş ile birlikte iritanlara yatkınlık azalır. Yapılan çalışmalar 20 yaş altında deri iritasyonuna eğilimin daha yüksek olduğunu göstermiştir. Genç erişkinlerde düşük iritan konsantrasyonlarında ve kümülatif maruziyetlerde oluşan reaksiyon daha fazladır (18,19).

Cinsiyet: İKD, kadınlarda daha yaygındır. Ancak bu durumun kadınlarda İKD'ye yatkınlığın artışından mı yoksa kadınların iritanlara özellikle de ıslak işlere daha fazla maruz kalmasından mı kaynaklandığı netlik kazanmamıştır (17).

Atopi varlığı: Varolan dermatit hangi tipte olursa olsun, diğer vücut alanlarında da iritanlara karşı reaksiyonu artırır. Bu durum özellikle atopik ekzemada belirgindir.

Bir çalışmada atopik ekzeması olanlarda deri iritanlarına yatkınlığın arttığı bulunmuştur. Başka bir çalışmada mesleki el ekzemasının gelişmesinde atopik diyatezin önemli bir etkisi olduğu gösterilmiştir (17).

Klinik:

Akut İKD, güçlü asit ve alkaliler gibi iritanlara maruziyetten kaynaklanır. Belirtileri iritanla temastan hemen sonra başlayan eritem, ödem ve lokal nekrozdur (17). Etkilenen alanda ağrı, yanma ve karıncalanma gibi semptomlar gözlenir (3). AKD'den farklı olarak iritanla maruziyetin kesilmesiyle hızla iyileşme başlar. Bu durum 'dekreşendo fenomeni' olarak adlandırılır. AKD'de de iyileşme öncesinde reaksiyonda 'kreşendo fenomeni' olarak adlandırılan geçici bir artış vardır. Ayrıca akut İKD lezyonları iritan veya toksik maddenin temas ettiği alana sınırlıdır ve keskin demarkasyon hattı vardır (3,17). Islak çimento bunun en iyi örneğidir (17).

Birikici İKD, İKD'nin en yaygın tipidir (2). Mesleki el ekzemalarının da büyük bölümünü oluşturur (13). Derinin bariyer fonksiyonunun tam onarımına zaman kalmadığı durumda görülür. Bir faktörün devamlı tekrarlanması sonucu veya farklı uyaranlar sonucu gelişebilir. Bu antite aynı zamanda kronik dermatit olarak da adlandırılır (17). En sık ellerin dorsal yüzü ve parmak aralarında görülür (13). Klinik bulguları başlıca hiperkeratoz, eritem ve kserozistir. Başlıca semptomları ise kaşıntı ve hiperkeratotik derinin fissürlerine bağlı ağrıdır. En sık deterjanlar, organik çözücüler, sabunlar, zayıf asit ve alkali gibi zayıf iritanların hem ıslak, hem de kuru ortamlarda, düşük nemli havada ya da sıcak ortamlarda uygulanması ile oluşur (3).

İKD için uygun tanısal test yoktur, sıklıkla klinik olarak tanı konulur. Yama testi ile AKD'nin dışlanması tanıda yardımcıdır. El İKD'sinin ayırıcı tanısında; AKD, fungal enfeksiyonlar, skabiyes ve psoriasis düşünülmeli ve gerektiğinde bakteri ve mantar kültürleri yapılmalıdır (3).

2.1.2.1.2. ALERJİK KONTAKT DERMATİT

AKD bir alerjen madde ile daha önce duyarlanmış olan kişinin aynı madde ile sonraki temasında ortaya çıkan gecikmiş tip (tip 4) aşırı duyarlılık reaksiyonudur. AKD mesleki dermatozların yaklaşık %5-15'ini oluşturur. Alerjenle karşılaşan herkeste AKD gelişmeyebilir. AKD'nin gelişmesinde etkili olduğu bilinen faktörler şunlardır (20):

Genetik Faktörler: HLA-A3 ve HLA-B7 birlikteliğinin AKD'ye yatkınlığı artırdığı gösterilmekle birlikte, belirli bir antijene karşı duyarlılığı gösteren spesifik bir HLA grubu tanımlanmamıştır (20).

Yaş, cinsiyet, ırk: Yaşlılarda ve yenidoğanda AKD daha az görülür. Bu durum her iki yaş grubunda da alerjen maddelerle temasın daha az olmasıyla ilişkili olabilir. Alerjene karşı gelişen immünolojik yanıt cinsiyetler arasında farklılık göstermez. Ancak çevresel koşulların farklılığı nedeniyle etken olan alerjenlerde farklılık olabilir. AKD beyaz ırkta daha fazla görülür (20).

Vücut alanı: Göz kapakları, skrotum ve aksilla gibi derinin ince olduğu bölgeler alerjenlere daha duyarlıdır. Avuç içi, ayak tabanı ve saçlı deri gibi derinin kalın olduğu bölgelerde ise duyarlılık daha azdır (20).

Eşlik eden hastalıklar: Tüm immün yetmezlik durumlarında ve lenfoma, mikozis fungoides, sarkoidoz, lepramatöz lepra, atopik dermatit ve psoriasis gibi hastalıklarda kişinin alerjik duyarlılığı azalır (20).

İlaçlar: Glukokortikoidler, siklosporin, azatiyoprin, UVB ve PUVA AKD'yi güçlü bir şekilde baskılar (20). Pentoksifilin AKD üzerine baskılayıcı etkisi daha azdır (20,21). Antihistaminikler ve sodyum kromoglikatın alerjik reaksiyonun ortaya çıkışı üzerine etkisi olmadığı düşünülmele birlikte tanı testleri sırasında tüm ilaçların kesilmesi uygun olur (20).

Çevresel faktörler: Yüksek ısı ve nem alerjik duyarlılığı artırabilir (20).

Alerjenler: AKD'ye neden olan alerjenlerin sayısı gün geçtikçe artmaktadır. Bugün için bilinen 3000'e yakın alerjen vardır. Alerjenin konsantrasyonu, taşıyıcısı, deri ile temas sıklığı, temas süresi ve penetrasyon gücü AKD cevabında etkilidir. 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 olurlar (20).

Yaygın AKD nedenleri:

Kontakt alerjenler arasında en sık görülen nikel alerjisidir (22). Nikel, hemen hemen tüm ülkelerde kadınlardaki AKD'nin en yaygın nedenidir. Bu durum kullanılan imitasyon takılarla ilişkilidir. Düşük ayar altın, bozuk para, zımba, makas, çakmak, kozmetikler de nikel içerebilir. Yazın nikel alerjisi kışa göre daha şiddetli olabilir. Bu durum yazın nikelin ter ile absorpsiyonunun artması şeklinde

yorumlanabilir. Nikel doğal olarak yiyeceklerde de bulunabilir (20). Nikel duyarlılığı bulunan kişilerde el ekzeması sıklıkla dishidrotik tiptedir ve oral nikel alımı ile (ıspanak, konserveler, kola vs) şiddetlenebilir (23).

Ülkemizde pek çok merkezde yapılan çalışmalarda değişik sayıda olguda yama testi sonuçları ve alerjen listeleri yayınlanmıştır. Bu çalışmalarda en sık rastlanan nikel alerjen olarak görülmektedir (24-27).

Erkeklerde en sık saptanan alerjen kromatdır ve genellikle mesleki duyarlanma sonucu gelişir. Mesleki maruziyet en sık çimentoyla teması olan inşaat işçilerinde görülür. Diğer yaygın kaynaklar kromla tabaklanmış deri, çamaşır suyu içeren ajanlar, kozmetikler ve baskı solüsyonlarıdır (20).

Alerjik Duyarlanma:

Bir immünolojik reaksiyonun gelişebilmesi için dört faktör gereklidir: 1)Haptenler, 2)Epidermal hücreler: keratinositler ve Langerhans hücreleri, 3)CD4+ T hücreleri, 4)Reaktif hücreler (monositler, makrofajlar ve nötrofiller) (20).

Alerjenler düşük molekül ağırlıklı (500-1000 dalton) maddeler olup hapten yapısındadırlar. Tek başına antijenik özellikte olmayan haptenler epidermal hücrelerin sitoplazmik membran proteinlerine bağlanır ve antijenik özellik kazanırlar. Oluşan hapten-protein kompleksi aktif ve immünolojik özellikte olup, antijen sunan hücrelerdeki (derideki Langerhans hücreleri) Klas II antijenlerle birleşirler. Ardından bu hapten-protein kompleksleri pinositoz ya da reseptör aracılı endositoz yoluyla hücre içine alınırlar. Antijen temasıyla keratinositlerden salınan çeşitli sitokinler Langerhans hücrelerini aktive eder. Langerhans hücreleri 4-6 saat içinde lenfatikler aracılığıyla bölgesel lenf nodlarına göçerler ve lenf nodlarında parakortikal bölgeye ulaştıklarında duyarlanmamış T lenfositlerini uyarırlar. Ardından aktifleşen T hücreleri IL-2 etkisiyle klonal çoğalırlar ve antijene özgü T hücre klonları oluşur. Afferent faz olarak tanımlanan bütün bu işlemler 10-14 gün sürer. Bu andan itibaren duyarlanmış T hücreleri alerjene tekrar maruz kaldığında lokalize bir ekzema tablosu oluşturmaya hazırdır (20).

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 hücrelerinin yüzeyindeki spesifik moleküller salınır ve dokuya özel hafıza T hücreleri oluşur. Bu hücreler

antijenin ilk görüldüğü deri alanına giderek ekzema tablosuna neden olurlar. Reaksiyon alerjen maruziyetinden 12-24 saat sonra başlar, 3.-5. günlerde pik yapar ve tedavi edilmezse 3-4 hafta sürer. Reaksiyonun oluşması için güçlü antijenlerle bir kez temas yeterli iken, zayıf antijenler için gereken sayı genellikle birden fazladır (20).

Klinik:

AKD kaşıntılı bir ekzema tablosudur. Akut dönemde eritemli makül, papül, plak, vezikül ve büller izlenir. Lezyonlar keskin sınırlı olup temas bölgesine lokalizedir. 1-2 hafta sonra sulantı azalır. Subakut dönemde veziküllerin yerini kurutlar alır, deskuamasyon belirgindir. Alerjenle temas devam ederse, alerjen uzaklaştırılmazsa olay kronikleşir. Kronik dönemde tüm bölgelerde kuruluk, deride kalınlaşma, likenifikasyon ve fissürler oluşur (20).

AKD'nin en sık tutulum yeri ellerdir. Ellerde genelde subakut dönemde olan hastalık, araya giren akut ataklarla gider ve kronikleşmeye meyillidir. AKD parmak laterallerinden ve dorsumlarından başlar, zamanla el içine ve bilek iç kısımlarına yayılır (20). Parmak aralarında ya da el dorsumunda yoğunluk gösteren dermatozlarda alerjen genellikle tüm ele temas etmiştir (28). Olgular mesleki açıdan ve boş zamanlarındaki hobileri açısından ayrıntılı sorgulanmalıdır. Ev hanımları zayıf iritan maddelere sık maruz kalırlar. Önceleri iritasyon oluşturan maddelere karşı zamanla alerjik reaksiyon gelişebilir (20).

Fotoalerjik Kontakt Dermatit

Fotoalerjik kontakt dermatit (FAKD), kişinin daha önce karşılaştığı ve duyarlandığı bir fotoalerjenle sonraki karşılaşmalarında deride ortaya çıkan gecikmiş tip aşırı duyarlılık yanıtıdır. FAKD, AKD ile aynı mekanizmayla gelişir, ancak FAKD ultraviyole etkisinde oluşur. Genel popülasyonda FAKD insidansı bilinmemektedir. Hastalık en çok güneşten koruyucu ürünler ve steroid dışı antiinflamatuvar ajanlarla gelişmektedir (20).

Tanı:

AKD'nin ve FAKD'nin tanısında iyi bir anamnez çoğu kez tanıya yardımcı olur. Hastanın mesleği, hobileri, giysileri, şimdiki ve önceki tedavileri hem tanıda hem de tedavide yol gösterici olabilir. Hastalığın ayırıcı tanısında ilk düşünülmesi gereken

İKİD'dir. Lezyonun yerleşimine yönelik sorularla olası antijen tespit edilebilir. AKD'nin tanısında en kullanışlı ve geçerli yöntem yama testidir (28).

2.1.2.1.2.1.Yama Testi (Patch Test)

Yama testi, alerjinin kontrollü koşullar altında ve iritasyon oluşturmayacak konsantrasyonlarda uygulanması esasına dayanır.

Avrupa Standart Serisi Yama Testi Paneli en yaygın alerjenleri içerir. Bununla beraber buradaki alerjenler tüm alerjik deri reaksiyonlarının %85'ini oluştururlar.

Alerjenler, uygun konsantrasyonda, alerjik olmayan bir materyal yardımıyla deri ile direk temasta olacak şekilde ve ekzema bulunmayan deri alanlarına yapıştırılır. Uygulama alanı olarak genellikle sırtın üst bölgesi seçilir. Yapıştırılan yamalar 48 saat sonra kaldırılır ve 1 saat sonrasında ilk okuma yapılır. İkinci ve son okuma testin 3. ve 7. günleri arasında yapılır. İkinci okumada pozitif test sonuçları %34 kadar artar. Hasta son okumaya kadar duş almaktan sakınmalıdır. Test sonucunda kişide ekzema oluşturabilen ya da mevcut ekzemayı alevlendirebilen alerjenler tespit edilebilir. Test okunurken yalancı pozitif veya yalancı negatif sonuçlarla karşılaşılabilir. Yalancı pozitif sonuç; iritan konsantrasyonda uygulanan alerjene bağlı olarak ya da 'kızgın deri sendromu' şeklinde gelişebilir. Ayrıca metal alerjenler iritan püstüler reaksiyona yol açabilir. Kobalt derideki porlarda birikerek 'kırmızı biber' görünümüne yol açabilir, bu durum alerjik bir reaksiyon değildir. Yanlış negatif sonuçlar ise alerjiden şüphe edilmesi ve dikkatli bir çaba ile açığa çıkarılabilir (29).

Alerjik ve iritan reaksiyon arasındaki en önemli fark; iritan reaksiyonun yama kaldırıldığında çok belirgin olması ve ertesi gün solmasıdır. Alerjik reaksiyonun belirginleşmesi ise birkaç gün alır, bu nedenle yama çıkartıldıktan sonraki birkaç gün içinde daha da belirginleşir.

Yama testi Uluslararası Kontakt Dermatit Araştırma Grubu'nun önerdiği şekilde değerlendirilir (30).

Pozitif Yama Testinin Değerlendirilmesi: Hastanın pozitif test sonuçları öyküyle karşılaştırılır (30).

1)Geçmiş ya da güncel maruziyet ilişkisi saptanmışsa mevcut etkenlerden sakınması önerilir.

2)Maruziyet ilişkisi saptanmamışsa öykü yetersiz alınmış olabilir veya bilinmeyen bir maruziyet olmuş olabilir ya da çapraz reaksiyon olabilir.

Negatif Yama Testinin Değerlendirilmesi:

1)TRUE test paneli içerisinde olası alerjen bulunmayabilir.

2)Alerjen bir fotoduyarlandırıcı olabilir (30).

2.1.2.2. HİPERKERATOTİK EKZEMA

Hiperkeratotik ekzema (HE), ellerin palmar yüzeyinde simetrik, yoğun ve yapışık skuamlı plaklarla seyreden kronik bir hastalıktır. En fazla 40-60 yaşları arasındaki erkeklerde görülür (13). Lezyonlar sadece palmar yüzeylerde olabileceği gibi beraberinde ayağın plantar yüzeylerinde de olabilir, plaklar kalın ve hiperkeratotiktir. Palmar değişiklikler genellikle parmakların volar yüzlerine de yayılır (31). Deri genellikle kurudur. Hastalar kaşıntı da tarif edebilir (32). Kaşıntılı lezyonlarda derin fissürler ağrı ve acıya neden olur (32) ve bu durum yıllarca devam edebilir (13). Hiperkeratotik el ekzeması sabit bir kronik seyir izler. Nedeni genellikle saptanamaz ancak alerjik ya da iritan bir reaksiyon sonucu olabildiği düşünülmektedir (33).

HE lezyonları lokalize bir inflamatuvar reaksiyon oluşturur, generalize olma eğilimi göstermez. Psoriasis ve genetik keratodermiler başta olmak üzere dermatomikozlar, AKD, İKD ve skabiyesin dışlanması gerekir (32). Yama testi sonuçları genellikle negatiftir, ancak altta yatan kontakt alerjenleri dışlamak için kullanılır. HE'ye tırnak değişiklikleri eşlik etmez (31).

2.1.2.3. ATOPIK EKZEMA

Atopik ekzema (AE) çocuklarda ve gençlerde sık rastlanan kronik deri hastalıklarından biridir (34). Genellikle bebeklik döneminde başlar. Genetik geçişi tam olarak açıklanamamakla birlikte, otozomal dominant olduğu yönündeki görüş desteklenmektedir. AE'nin yaşam boyu prevalansının genel popülasyonda %30 olduğu tahmin edilmektedir (31). Özellikle gelişmiş batı ülkelerinde prevalans giderek yükselmektedir. Bunun nedenleri; hava kirliliği, ev içi alerjenlerinden özellikle ev tozu akarları ile karşılaşmada artış gibi çevresel faktörler ile anne sütüyle beslenmenin giderek azalması ve AE konusunda toplumun bilinçlenmesidir (34).

AE'nin patognomonik bir deri lezyonu ya da tanı koydurucu laboratuvar bulgusu yoktur. Başlıca klinik özellikleri; şiddetli kaşıntı, tipik morfolojik özellikte ve dağılımda olan deri lezyonları, kronik olarak yineleyen ekzemalar ile kişisel ve/veya ailesel atopi öyküsüdür. Kaşıntı AE'nin temel özelliğidir. Deri bulgusundan önce başlamakta ve ekzema oluşturmaktadır. Kaşıntı yoksa ekzema ya hiç yoktur ya da minimal düzeydedir. Hastaların derisi genellikle kurudur (34).

AE'nin akut, subakut ve kronik şekilleri vardır. Akut AE; şiddetli kaşıntı, ekskoriye papüller, vezikülasyon ve eksüstasyonla, subakut AE; eritemli, ekskoriye ve hafif skuamlı papüllerle, kronik AE ise deride kalınlaşma, likenifikasyon ve papüllerle karakterizedir. Kronik AE'de ayrıca üç tip klinik bulgu aynı anda bulunabilmektedir (34).

AE'nin tetikleyici/etyolojik faktörleri şunlardır:

Kserozis: Epidermal lipid tabakasının defektif olmasından kaynaklanmaktadır.

İritan maddeler: Sabunlar, deterjanlar, dezenfektanlar, mesleki iritan maddeler.

Aeroallerjenler: Ev tozu akarları, polenler, küf mantarları, hayvan tüy ve deri döküntüleri, insan deri döküntüleri.

Mikroorganizmalar: Viral enfeksiyonlar (özellikle üst solunum yolları), *Staphylococcus aureus* (süper antijen ve/veya patojen olarak), *Pitrosporium ovale* (baş ve ense bölgesi dermatitlerinde), Kandida ve dermatofitler (nadiren).

Diğerleri: Besinler (alerjik, iritan ve vazodilatatör etkileriyle), psişik faktörler, ani ısı değişiklikleri, hormonal faktörler (gebelik, menstrüasyon) (34).

Atopik kişilerde derinin lipid bariyer komponentlerinde yetersizlik olduğundan bu kişilerde transepidermal su kaybı artmıştır ve inflamasyon eşiği de düşüktür. Bu kişilerde bu nedenle İKD gelişme eğilimi genel popülasyona göre daha fazladır (13). Atopik hastaların, atopik olmayan hastalara göre mesleki dermatoz geliştirme riski de 13.5 kat daha fazladır. İritan ve alerjik cevaplar yönünden yüksek risk kategorisindedirler (33).

AE, el ekzeması için de önemli bir risk faktörüdür. Ekzema özellikle el sırtlarında ve parmaklarda gelişmeye eğilimlidir. El bilekleri de tutulabilir. Erişkin dönem boyunca kuru ve kaşıntılı deriye sahip kişilerde el ekzemasının varlığı atopik el ekzemasına yönelik ipucu olabilir (33).

2.1.2.4. DİSHİDROTİK EKZEMA

Pomfoliks ve veziküler el dermatiti olarak da isimlendirilen dishidrotik ekzema (DE) parmak yan yüzleri, palmar bölge ve ayakların plantar yüzlerinde yerleşen veziküllerle kendini gösteren, tekrarlayan ve etyolojisi belli olmayan bir ekzema tipidir. Genellikle endişe, stres, gerginlik periyodu sonrasında tekrarlar. DE çoğu zaman kronik seyirli ise de bazen uzun süre remisyonda kalabilir. Bazen de işten ayrılmayı gerektirecek kadar ciddi mesleki işgöremezlik hali oluşturabilir (32).

DE sıklıkla 20-40 yaş arasında izlenir ve kadınlarda erkeklere oranla daha sık görülmektedir (13,32). Diğer el ekzeması tiplerinde olduğu gibi DE’de de su, deterjanlar ve çözücüler gibi iritanlarla temas sonucu alevlenme görülebilir. Ayrıca bu kişilerin çoğunluğu sigara kullanmaktadır ve/veya nikel alerjisi mevcuttur. Bu hastaların %50’sinde kişisel ya da ailevi atopi öyküsü bulunmaktadır (32). DE’nin çocukluk ve genç erişkin dönemde sıklıkla atopi ile ilişkili olarak ortaya çıktığı gösterilmiştir (35,36). Amerika’da el ekzemalı hastaların %5-20’sini DE’nin oluşturduğu ve en sık atakların ilkbahar ve yaz aylarında olduğu saptanmıştır (37).

DE lezyonları aniden ortaya çıkar ve 2-3 haftada sonlanır (32). Eritem halkası bulunmayan veziküller derin yerleşimlidir. Kaşıntı başlıca palmar alanların merkezindeki veziküllerde gelişir (38). Epizodların sıklığı ayda 2 kez ile yılda birkaç kez arasında değişir. Sadece el tutulumu %80, sadece ayak tutulumu %10 ve el-ayak birlikte tutulumu ise %10 oranında görülür (37).

DE’nin fizyopatolojisi için ileri sürülen birkaç hipotez bulunmakla birlikte kesin nedeni bilinmemektedir. Hiperhidroz, başlatan bir faktör olabilir. Kromat ve nikel gibi alerjenlerin oral alımı ile arasındaki ilişki de tartışmalıdır (32).

Hastalığın tanısı diğer deri hastalıklarının dışlanması ilaveten hastanın öyküsü ve klinik bulguları ile konulur. Yama testi AKD’yi dışlamada yardımcı olabilir (37). Bakteri kültürü ile sekonder enfeksiyonlar dışlanabilir (32). DE’nin id reaksiyonu ile ayrımının yapılabilmesi için ayakta fungal enfeksiyonun varlığı mutlaka değerlendirilmelidir.

2.1.2.5. İD REAKSİYONU

İd reaksiyonu (İR) veya otoduyarlanma dermatiti enfeksiyöz ve inflamatuvar deri hastalıkları dahil birçok uyarana karşı gelişen yaygın ve akut bir deri reaksiyonudur.

Bu reaksiyonda inflamatuvar odaktan uzak bir bölgede akut ekzema tablosu gelişir ve bu ikincil tablo birincil inflamasyonun etkeni ile açıklanamamaktadır (39).

İmmünolojik kaynaklı olduğu ileri sürülen İR enfeksiyöz bir olayla bağlantılı bulunursa dermatofitid, pedikülid, skabid, virusid veya bakterid olarak adlandırılmaktadır. Yakın zamanda etyolojik faktörler arasına iritan veya duyarlandırıcı kimyasallar ile iyonize radyasyon da dahil edilmiştir (39).

İR'nin prevalansı tam olarak bilinmemektedir. Dermatofit enfeksiyonu olanların %4-5'inde dermatofitid bildirilmiştir (39).

Çok çeşitli olabilen klinik lezyonlar birincil enfeksiyon veya ekzemadan birkaç gün veya hafta sonra uzak bir bölgede ortaya çıkar. Genellikle simetrik dağılım gösterir ve altta yatan sebep veya birincil odak tedavi edilmedikçe iyileşmez (39).

2.1.2.6.NUMULER EKZEMA

Numuler ekzema (NE) ya da diskoid ekzema keskin sınırlı, madeni para şeklinde yuvarlak veya oval plaklarla karakterize bir ekzema tipidir (40). Olguların büyük bir kısmında neden olan faktör bilinmemektedir. Bazı araştırmacılar hastalığın atopi ile ilişkili olduğunu ileri sürmüşler, ancak diğer araştırmacılar bu bulguları desteklememişlerdir. Bazı olgularda lokal fiziksel veya kimyasal travmanın NE oluşumunda rol oynayabileceği, yara ve skatris dokusu üzerinde de hastalığın gelişebileceği bildirilmiştir. Spesifik bir alerjik duyarlanmaya bağlı numuler ekzema nadir olarak görülmekte ve şüphelenilen olgularda yama testi önerilmektedir. Nadiren aloe vera, epilasyon kremleri, civa, metildopa ve altın kullanan hastalarda da ortaya çıkabilmektedir. Bazı olgularda primer neden olmamakla birlikte emosyonel stresin de rolü vardır. Çocuklarda diğer yaş gruplarına göre nispeten azdır (40).

NE, eritemli zemin üzerinde gruplar yapmış ince duvarlı veziküllerin oluşturduğu, çoğunluğu madeni para şeklinde, keskin sınırlı plaklarla karakterizedir. Klinik belirtiler akut fazda daha eritemli, sulantılı ve kurutludur. Zamanla lezyonlar ortadan iyileşme göstererek anüler lezyon şeklinde, daha az veziküllü ve daha az sulantılı bir döneme doğru geçiş gösterirler. Yerlerinde kuru ve skuamlı plak oluşumları bırakarak iyileşirler (40).

NE'nin 3 klinik tipi vardır:

1)El ve kolların NE'si

2)Gövde ve ekstremitelerin NE'si

3)Kuru tip NE

Ellerin NE'si el sırtlarında veya parmakların üst ve yan yüzlerinde görülür. Lokal iritasyona bağlı olarak gelişen, yara ve skatris dokusu üzerinde de gelişebilen tek bir plak oluşumu şeklindedir. Ellerde, parmaklarda veya ön kollarda az sayıda sekonder lezyonlar ortaya çıkabilir. Nedeni bilinmemekle birlikte mesleki İKD'lerde, özellikle ev kadınlarında ve sekreterlerde sık görüldüğü bildirilmektedir (40).

Gövde ve ekstremiteleri tutan formu yaşlı kişilerde daha sık görülür. Başlangıç plağı genellikle bacağıın alt kısmında olup daha sonra diğer bacağa ve gövdeye yayılan sekonder lezyonlar ortaya çıkar (40).

Kuru tip sık rastlanmayan bir klinik tablodur. Kollarda ve bacaklarda çok sayıda, kuru skuamlı, yuvarlak veya oval lezyonlarla karakterizedir. Bunun yanı sıra avuç içi ve ayak tabanında eritemli zemin üzerinde dağınık mikroveziküller de görülebilir. Diğer NE'lerin aksine kaşıntısı azdır (40).

Tüm NE formları kısmi remisyonlarla kronik bir seyir gösterirler. Özellikle de soğuk mevsimlerde, uzun veya kısa aralıklarla alevlenme eğilimindedirler (40).

Ayırıcı tanıda tinea korporis, kontakt dermatitler ve psoriasis düşünölmelidir (40).

2.1.3.EL EKZEMASI İLE İLİŞKİLİ (OLABİLECEK) FAKTÖRLER

2.1.3.1. Yaş ve Cinsiyet

El ekzemasının prevalansı yaş grupları arasında farklılık gösterir. Yapılan araştırmalar sonucu el ekzemalarının genç kadınlarda pik yaptığı ve ilerleyen yaşla birlikte azaldığı gösterilirken (41,42); erkeklerde prevalansın yaş gruplarından bağımsız olduğu bildirilmiştir (42). Ayrıca ilerleyen yaşla birlikte ekzema şiddetinin de arttığı bildirilmiştir (43).

2.1.3.2. Atopik Ekzema ve Atopi Varlığı

Genel popölasyon çalışmaları AE'nin el ekzemasındaki en önemli risk faktörü olduğunu ortaya koymuştur (42,44). Çocukluk çağında veya ergenlerde yapılan çalışmalarda el ekzeması ile AE arasında ilişki olduğu saptanmıştır (42). Meding ve arkadaşları da AE'nin sadece 30 yaş altındaki kişilerde el ekzeması için bir risk

faktörü olduğunu ve AE'nin etkisinin ilerleyen yaşla birlikte azaldığını bildirmişlerdir (15).

2.1.3.3. Nikel Alerjisi

El ekzeması ile nikel kontakt alerjisi arasındaki olası ilişki çok sayıda çalışmada incelenmiştir (42,44). Bazı çalışmalarda özellikle nikel alerjisi olan kadınlarda el ekzeması gelişme riskinin arttığı, diğer çalışmalarda ise her iki cinsiyette de nikel alerjisi ile el ekzeması arasında önemli bir ilişki olduğu gösterilmiştir (42). Nikel alerjisi bulunan el ekzemalı hastaların prognozunun nikel alerjisi bulunmayan hastalara göre daha kötü olduğu da bildirilmiştir (22). Ayrıca nikel alerjisi ve AE'nin ayrı ayrı el ekzeması üzerine etkileri karşılaştırıldığında, birlikteliklerinin el ekzeması riskini daha fazla artırdığı gösterilmiştir (42).

2.1.3.4. Genetik faktörler

Bryld ve arkadaşları 1076 ikiz grubu ile yaptıkları bir çalışmada el ekzemasında genetik faktörlerin de rol oynayacağını ilk kez ortaya koymuşlardır. İkiz gruplarında görülen el ekzemasını çok düşük bir olasılıkla AE ve nikel alerjisine (ya da diğer kontakt alerjenlere) bağlamışlardır. Bu durumlardan bağımsız olarak elde İKD gelişimine neden olan henüz belirlenmemiş bir genetik faktörün varlığını ve bu genetik faktörün ekzema gelişiminde etkisinin genç yaş gruplarında daha belirgin olduğunu ileri sürmüşlerdir (44).

2.1.3.5. Meslek ve Islak İş

Geniş vakalarla yapılan bazı çalışmalarda mesleği gereği günlük su, deterjan, kimyasallar ve toprakla teması olanlarda, mesleki maruziyeti olmayanlara göre el ekzeması prevalansının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (6). Ayrıca kadınlardaki meslekle ilişkili su maruziyeti erkeklere göre hem süresi, hem de sıklığı açısından daha fazla bulunmuştur (17,42). El ekzemasının en yüksek oranda saptandığı meslek grupları hemşireler, doktorlar (6,42), metal bakım işçileri (42), mutfak işçileri, kuaförler, temizlik işçileri ve ev hanımları (17) olarak saptanmıştır.

2.1.3.6. Kişisel alışkanlıklar

Birkaç çalışmada kişisel alışkanlıklar ile el ekzeması arasındaki ilişki araştırılmıştır. Sigara kullanımı ile el ekzeması arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalardan birinde anlamlı bir ilişki, diğerinde zayıf bir ilişki saptanırken, farklı iki çalışmada ise herhangi bir ilişki tespit edilmemiştir (42).

Çalışmalarda alkol kullanımı ile el ekzeması arasında bir ilişki olup olmadığı değerlendirilmemiştir (42,45).

2.1.3.7. Sosyoekonomik faktörler

Norveç'te yapılan bir çalışmada, yüksek düzeyde eğitim almış kişilerle karşılaştırıldığında, eğitim düzeyi daha düşük olan kişilerde el ekzemasının anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Gelir düzeyi en yüksek olan grupla orta derecede gelir düzeyi olan grup karşılaştırıldığında da orta derecede gelir düzeyi olan grupta el ekzema prevalansı anlamlı derecede yüksek saptanmıştır. Bu çalışmada ayrıca yalnız yaşayan erkeklerde yalnız yaşamayanlara göre el ekzeması eğiliminin daha fazla olduğu ileri sürülmüştür (42).

2.1.4. EL EKZEMASI ŞİDDETİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

El ekzemasının şiddetini doğru ve objektif olarak değerlendiren standardize bir klinik değerlendirme sistemi yoktur. Son yıllarda yapılan yayınlarda yol gösterici olması açısından genellikle "El Ekzeması Şiddet İndeksi" kullanılmakta (46) ise de Veien ve arkadaşları çalışmalarında uygulaması daha kolay yeni bir değerlendirme sistemi önermişlerdir (47).

2.2.TIRNAK BOZUKLUKLARI

2.2.1.EL EKZEMASINDA GÖRÜLEBİLEN TIRNAK BOZUKLUKLARI

Tüm cilt problemlerinin %10'unu tırnak hastalıkları oluşturur (2) ve geriatric popülasyonda daha sık görülür (48). Özellikle 60 yaşın üzerindeki kişilerde kırılğan tırnak sıktır ve yoğun longitudinal çizgilenme, tırnak plağının kabalaşması (trakionişi), distal tırnak tabakasının horizontal lamellar ayrılması (onikoşizi) ve/veya tırnak plağının distal köşesinin irregülasyonu (kale siper görünümü) görülür (48). Sistemik hastalıklar ve mesleki kazalar da tırnak bozukluklarına neden olabilir. Ayrıca ekzema, psoriasis ve pitriazis rubra pilaris gibi dermatolojik hastalıklarda tırnak tutulumu sıklıkla vardır ama göreceli olarak nonspesifiktir veya tanısal değildir (49).

El tutulumuna neden olan tüm ekzema tipleri tırnağı etkileyebilir. Ekzema kalın, düzensiz ve kırılğan tırnaklara, sarı diskolorasyona, çizgilenmelere (ridging),

onikolizise, oluklanmaya (furlowing), subungual hematoma ve çizgisel lökonişiye neden olabilir (2).

Tırnak yüzeyi düzensizlikleri (Enine oluklanma ve sırtlanma): Enine oluklanma kronik ekzemalara en sık eşlik eden tırnak değişikliğidir. DE'de özellikle tırnak çevresinde lezyonların varlığında görülebilir (37). Uzun dönem AEE'de de tırnaklarda kalınlaşma ile enine çizgilenme ve oluklanmalar görülebilir (32).

Pitting (Yüksük Tırnak): Tırnak yüzeyinde küçük, yuvarlak, toplu iğne başı büyüklüğünde çöküklüklerdir. Psoriasis yüksük tırnağın yaygın bir nedenidir. Elleri ve tırnakları etkileyen AKD ve İKD pitting oluşumuna neden olabilir. Pitting alopesi areata, fungal enfeksiyonlar, pemfigus, Reiter sendromu ve sarkoidozla birlikte de görülebilir (2). Bazen normal bireylerde de görülebilen bir bulgudur (50).

Onikoliz: Tırnak plağının tırnak yatağından spontan, ağrısız ayrışmasıdır. Ayrışma hiponişyumda başlar, proksimale ilerler. Artifisyal tırnaklarda kullanılan yapıştırıcılar ve tırnak sertleştiricileri gibi tırnak kozmetiklerine bağlı gelişen AKD'lerde onikoliz gelişebilir. Mesleki ve meslek dışı nedenlerle de oluşabilir. Mesleki onikoliz tekrarlayan minör travmalar sonucu tırnaktaki basınç artışından kaynaklanır. Özellikle uzun süre klavye ile çalışan uzun tırnaklı kişilerde görülür. Meslek dışı nedenler ise başlıca; hipertiroidi, bağ dokusu hastalıkları, psoriasis ve dermatofit enfeksiyonlarıdır (2).

Diskolorasyon: Tırnağın renk değişikliğidir ve birçok farklı nedeni vardır. Sarı renk tırnağın kalınlaşmasından kaynaklanır. Ekzema da tırnakta kalınlaşmaya yol açtığı için sarı diskolorasyona neden olabilir. Organik boyalar ve kömür katranı türevleriyle sarı-kahverengi ve siyah, nitrik oksit içeren bileşiklerle sarı, gümüş rafinerisi çalışanlarında gümüş intoksikasyonuna bağlı mavi, tırnağın psödomonal enfeksiyonlarında yeşilimsi, fenitoin kullanımına bağlı kahverengi diskolorasyon bildirilmiştir. Üremik hastalarda yarım-yarım tırnaklar görülebilir (2).

Subungual hiperkeratoz: El ekzemalarında sarı diskolorasyona eşlik eden bir bulgu olarak görülür (2). Ayrıca distal lateral tip tinea unguium, tırnak yatağı ve hiponişyumun uzun süreli tutulumu sonucu psoriasis, Darier hastalığı, Sezary sendromu ve pakionişi konjenita gibi tırnağı tutan genodermatozlar subungual hiperkeratozun görüldüğü diğer durumlardır (51).

Lökonişi: Tırnak plağında görülen beyazlıklardır. Noktasal (punctat) lökonişi, çizgisel lökonişi, kısmi lökonişi ve tam lökonişi şeklinde dört formu vardır. Noktasal lökonişi sık olarak tamamen sağlıklı bireylerde görülür (50). Agresif manikür ya da tırnak çekme gibi hafif travmalar sonucu da oluşur. Ekzema transvers lökonişiye neden olabilir (2). Lökonişi ayrıca mesleki ya da meslek dışı nedenlerden de kaynaklanabilir. Delgi operatörlerinde tekrarlayan minör travmalar nedeniyle görülebilir (2).

Longitudinal çizgilenme: Tırnak matriksine tek bir akut travma ya da tekrarlayan travmalar olması halinde tüm tırnak boyunca çizgiler ya da yarılmalar gibi kalıcı değişiklikler olabilir. Bu bulgu ekzemada da görülebilir (2). Ayrıca yaşlı bireylerde en yaygın (%85) görülen tırnak değişikliğidir (52).

2.2.2.DİĞER TIRNAK BOZUKLUKLARI

Splinter hemoraji: Longitudinal dermal sırtlar boyunca bulunan kapillerlerin kesintisi sonucu oluşur. Genellikle 2mm'den daha uzundurlar. Tekrarlayan travma veya iş kaynaklı tek bir ciddi hasar dermal sırtlardaki kapillerleri hasarlar ve splinter hemorajiye neden olur. Tek veya birkaç splinter hemoraji %20 oranında sağlıklı kişilerde de normal bir bulgu olarak bulunabilir. El ekzeması ile ilişkisine dair herhangi bir veriye rastlanmayan bu bulgunun gözlenebildiği meslek dışı nedenler; sistemik lupus eritematozus, psoriasis, atopik dermatit, subakut bakteriyel endokardit, kan diskrazileri, vaskülitler ve onikomikozdur (2).

Dikey sırtlanma: Hafif kabarık şerit şeklindeki çıkıntıların tırnak boyunca birbirlerine paralel olarak dizilmesi ile karakterizedir. Genellikle çok sayıda tırnağın bir arada etkilendiği bir durumdur. Nadiren konjenital (ailesel) olabileceği gibi, yaşlılarda sıkça idiyopatik olarak ortaya çıkar. Ayrıca liken planus ve Darier hastalığına eşlik edebileceği gibi, demir eksikliği anemisi, malnutrisyon ve hipertiroidiye bağlı olarak da tırnaklarda dikey sırtlanma olabilir (51).

Beau çizgisi: Matriksten başlayarak tırnak uzadıkça distale ilerleyen yatay oluklardır. Sıklıkla bilateral bulunmasına karşın tek taraflı da olabilir. Doğum yapma, kızamık, paronişi ve akut ateşli hastalıklar ile ilaç reaksiyonları sonucu oluşabilir (50).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma 26.06.2009 tarih ve İAEK 13/34 sayılı kararı ile yürütülmüştür. Tüm hastalara ‘hasta bilgilendirme ve onam formu’ okutulup imzalatılarak çalışmaya katılmak için onayları alınmıştır.

3.1.Hasta Seçimi

3.1.1.Çalışmaya Alınma ve Dışlanma Kriterleri

Temmuz 2009-Haziran 2010 tarihleri arasında bir yıl süreyle Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları polikliniğine başvuran, klinik olarak el ekzeması tanısı alan, 2 yaş üzeri toplam 427 hasta cinsiyet ayrımı yapılmaksızın araştırmamıza alınarak tek merkezli prospektif bir araştırma yapıldı.

El ekzeması saptanmayıp sadece tırnak bulguları olan hastalar, 2 yaş altı el ekzemalı çocuklar, gebeler ve el tutulumunun da eşlik edebileceği diğer deri hastalıkları öyküsü bulunan hastalar araştırmamıza dahil edilmedi.

3.2. Klinik Özellikler

3.2.1. Demografik Özellikler ve Hastalık Öyküsü

Araştırmamıza katılan tüm hastaların yaşları, cinsiyetleri, mevcut kronik hastalıkları, oral ve topikal ilaç kullanım öyküleri, soygeçmişleri, ekzema başlangıç yaşları ve toplam ekzema süreleri, ekzema seyirleri, meslekleri, ekzema-meslek ilişkisi ve öyküleri doğrultusunda ekzemayı artıran faktörler sorgulandı.

Hastaların yaşları 2-9 yaş, 10-19 yaş, 20-29 yaş, 30-39 yaş, 40-49 yaş, 50-59 yaş, 60-69 yaş, 70-79 yaş, 80 yaş ve üzeri olarak gruplandırıldı.

Hastaların mevcut kronik hastalıkları ayrıntılı olarak kaydedildi. Topikal ve sistemik ilaç kullanımı, soygeçmişinde kronik hastalık olup olmaması tanımlama yapılmadan varsa ‘var’, yoksa ‘yok’ şeklinde nitelendirildi.

Hastaların ekzema süreleri 1 aydan kısa, 1-6 ay, 7 ay-2 yıl, 3-5 yıl, 6-10 yıl ve 10 yıl üzeri olarak gruplandırıldı ve ekzema başlangıç yaşları kaydedildi.

Ekzemanın seyrine yönelik; kronik seyir, kronik sık atak, kronik seyrek atak ve akut atak olmak üzere 4 sınıf oluşturuldu. Ekzemasının seyrinde akut değişiklikler tarif etmeyen hastalar kronik seyir grubunda, mevcut ekzemasında yılda 2 ya da daha fazla alevlenme belirten hastalar kronik sık atak grubunda, mevcut ekzemasında yılda 2'den az atakları olan hastalar kronik seyrek atak grubunda ve ilk atağı olan hastalar akut atak grubunda değerlendirildi.

Meslek grupları açısından hastalar; sağlık çalışanı, ev hanımı, metal çalışanı, kimyasal endüstri çalışanı, gıda sektörü çalışanı, mobilya işçisi, kuaför, depo-ambar çalışanı, inşaat işçisi, ziraat işçisi, ofis çalışanı, temizlik personeli ve diğer olarak gruplara ayrıldı.

Ekzema-iş ilişkisi yönünden sorgulanan hastalara işten uzak kalındığında bulgularının gerileyip gerilemediği, tekrar işe başladığında alevlenme olup olmadığı, kaç yıldır aynı işte çalıştığı ve işe başlamadan önce el ekzemasının bulunup bulunmadığı, bulunmuyorsa işe başladıktan ne kadar süre sonra el ekzemasının başladığına dair sorular yöneltildi. Alınan cevaplar doğrultusunda ekzema-iş ilişkisi 'var', 'olası', 'yok' ve 'fikri yok' şeklinde nitelendirildi.

Meslek dışı olası nedenler yönünden sorgulanan hastaların, yönlendirilme yapılmaksızın alınan ifadeleri doğrultusunda tüm olası nedenler kaydedildi. Neden belirtmeyenler için olası neden 'yok' olarak; hobi , ikincil iş ya da bir kez temas öyküsü dahil olmak üzere neden belirtmiş ise ne olduğu ayrıntılı olarak (sık el yıkama, toprak teması, hayvancılık, yiyecek ilişkisi, enfeksiyon öyküsü, sıvı sabun kullanımı, deniz suyu teması, oral ilaç kullanımı, kolonya teması, deterjan teması, topikal ilaç uygulanması, stres ve birlikte yiyecek ilişkisi, metal teması, çimento teması, plastik teması, kimyasal madde teması, bitkisel ürün teması, kömür teması, mermer teması, fiziksel travma, birlikte toprak teması ve sık el yıkama öyküsü) kaydedildi. Ayrıca menstruasyon dönemlerinde ve strese bağlı olarak ekzemasının tekrarladığını ya da alevlendiğini belirtenler kaydedildi.

El ekzemasına kişisel yatkınlık yaratabilecek ya da ilişkili olabilecek durumlara yönelik; çocuklukta ya da halen mevcut olan AE ve/veya atopi öyküsü, aile bireylerinde bir ya da birden fazla kişide atopi öyküsü, ailede el ekzeması öyküsü, palmar ya da palmoplantar hiperhidroz ve nikel duyarlılığı sorgulanarak 'var' ya da 'yok' olarak nitelendirildi. Ekzema ve mevsimsel ilişki açısından da sorgulanan

hastalar; mevsimsel alevlenme yok ise ‘yok’, var ise hastanın verdiği öyküye göre ‘kış döneminde alevlenme’, ‘bahar döneminde alevlenme’ ve ‘yaz döneminde alevlenme’ şeklinde gruplandırıldı. Sigara kullanım öyküsü de sorgulanan hastalar; sigara kullanımı var ise ‘içiyor’, hiç kullanmamış ise ‘yok’, önceden içip bırakmış ise ‘önceden kullanmış’ şeklinde sınıflandırıldı.

3.2.2. El Ekzemasının Sınıflandırılması

Yapılan tüm sorgulamalar ve dermatolojik muayene sonrasında gereğinde mantar enfeksiyonunun ve biyopsi ile diğer olası nedenlerin dışlandığı tüm ekzema hastalarında başlıca “İKD, AKD, HE, AEE, DE, İR ve NE” ’den oluşan el ekzeması sınıflaması yapıldı. Ekzema sadece ellere lokalize, subakut ya da kronik bulgular mevcut ve öncesinde şiddetli ataklar tarif edilmiyorsa ‘İKD’ olarak değerlendirildi. Ayrıca mesleği gereği zayıf iritanlara tekrarlayan maruziyet öyküsü olan hastalarda ekzema el sırtları ve/veya parmak aralarına lokalize ise ya da ilk atak ile başvuran hastalarda (özellikle de iritan/toksik bir etken belirtilmişse) lezyon elde temas bölgesi ile sınırlı ise yine ‘İKD’ olarak değerlendirildi. Uzun yıllardır ekzema öyküsü mevcut ve aralarda şiddetli ataklar tarif ediliyorsa ve başvuru anında ekzema şiddetli seyirli, el dışına veya diğer vücut alanlarına yayılmışsa ya da ilk atak ile başvuranlarda benzer bulgular mevcut veya ekzema ele lokalize olmakla birlikte (etken belirtiliyorsa) temas bölgesi dışına taşıyorsa, özellikle de bu bulgular nikel ve kromat içeren maddelerle sık teması olan meslek gruplarında gözlenmişse ‘AKD’ olarak değerlendirildi. El palmar yüzlerde erişkin dönemde ortaya çıkan, beraberinde benzer ayak lezyonları da bulunabilen, genellikle nedenin belirtilemediği, kronik seyir tarif eden, hiperkeratotik plakları bulunan hastalar ‘HE’ olarak değerlendirildi. AE tanısı olan ya da yeni tanı konulan hastalarda, özellikle AE’nin atak dönemlerinde tekrarlama öyküsü de alınmışsa ‘AEE’ olarak değerlendirildi. Parmak laterallerinde ağırlıklı olmakla birlikte parmaklara ve el palmar yüzlere lokalize veziküler lezyonların varlığında neden belirtilemiyorsa ve özellikle bahar mevsimlerinde olmak üzere ataklar tarif ediliyorsa, nikel duyarlılığı ve palmar hiperhidroz gibi destekleyici bulgular da mevcutsa ‘DE’ olarak değerlendirildi. Ellerde simetrik yerleşen benzer veziküler lezyonlar; eğer hastanın ellerinden uzak bir bölgede (ayakta) dermatofit enfeksiyonu saptanmışsa ve destekleyici olarak

şüpheli durumlarda el lezyonlarından yapılan mikolojik inceleme negatif saptanmışsa ‘İR’ olarak değerlendirildi. El sırtlarında ve/veya parmak üzerlerinde tek ya da birkaç adet, keskin sınırlı ekzematize plakları olan ve tekrarlama öyküsü veren, şüpheli durumda el lezyonlarından yapılan mikolojik inceleme sonucu negatif saptanan hastalar ‘NE’ olarak değerlendirildi. Klinik bulgular ve öykü doğrultusunda ekzema tipinin net ayrımı yapılamayan hastalar ‘sınıflandırılmayan grup’ olarak değerlendirildi. Öykü ile klinik bulguların uyuşmadığı hastalarda başlıca klinik bulgulara dayanarak tanı sınıflaması yapılırken, bu hastaların öyküye dayalı tanıları da ayrıca kaydedildi.

3.2.3. El Ekzemasının Lokalizasyonu ve Şiddeti

El ekzemasının lokalizasyonuna (dağılımına) yönelik; el parmak uçlarında tutulum, parmak uçları dışında kalan parmak alanlarında tutulum, palmar bölgede tutulum, dorsal bölgede tutulum, palmar bölge ve parmakların birlikte tutulumu, dorsal bölge ve parmakların birlikte tutulumu, palmar ve dorsal bölge ile parmakların birlikte tutulumu, el ve el bileği ya da diğer vücut alanlarının tutulumu şeklinde sınıflandırma yapıldı.

El ekzemasının şiddetine yönelik olarak Veien ve arkadaşlarının önerdiği el ekzeması şiddet skorlaması kullanıldı (47). Herbir hasta için her iki eldeki bulguların ortalaması alınacak şekilde eritem, vezikül, fissür, skuam, tutulan alan ve subjektif bir bulgu olan kaşıntı parametreleri değerlendirildi. Her bir parametre için skorlamada hafif ise 1; orta derecede ise 2; şiddetli ise 3 puan ve gözlenmeyen bulgular için ‘0’ puan verildi. Tutulan alan skorlamasında; ellerin 1/3’ü ya da daha azı tutulmuş ise 1 puan; >1/3 ile <2/3 tutulmuş ise 2 puan ve 2/3’ü ya da daha fazlası tutulmuş ise 3 puan verildi. Bu 6 parametreye ait skorlar toplanarak 0-18 arasında toplam şiddet skoru elde edildi.

	Yok	Hafif	Orta	Şiddetli
Eritem	0	1	2	3
Vezikül	0	1	2	3
Fissür	0	1	2	3
Skuam	0	1	2	3
Kaşıntı	0	1	2	3
Tutulmuş alan	0	1	2	3
Toplam skor	0(minimum)			18(maksimum)

Toplam şiddet skoru 0-6 arasında saptananlar ‘hafif’, 7-12 arasında saptananlar ‘orta’ ve 13-18 arasında saptananlar ‘şiddetli’ ekzema olarak değerlendirildi.

Toplam şiddet skoru

- 0-6 → Hafif ekzema
- 7-12 → Orta şiddette ekzema
- 13-18 → Şiddetli ekzema

3.2.4. Ekzema Tırnak Bulguları

Araştırmaya alınan tüm hastaların dermatolojik muayenesi sırasında tırnak bulguları enine oluklanma, longitudinal çizgilenme, pitting (yüksük tırnak), lökonişi, splinter hemoraji, dikey sırtlanma, diskolorasyon, onikoliz, subungual hiperkeratoz, Beau çizgisi ve diğerleri şeklinde kaydedildi. Mevcut bulgulardan her biri 1-3 tırnakta varsa ‘hafif’; 4-6 tırnakta varsa ‘orta’; 7-10 tırnakta varsa ‘şiddetli’ olarak sınıflandırıldı.

Hastanın öyküsü doğrultusunda konjenital tırnak değişiklikleri ve tüm tırnaklarda matlaşma, yarım-yarım tırnak gibi yapısal olduğu düşünülen tırnak diskolorasyonları kaydedildi, ancak ekzemaya bağlı tırnak değişiklikleri dışında tutuldu. Ayrıca hastanın öyküsü doğrultusunda meslekle ilişkili onikoliz ve subungual hemoraji gibi travmatik değişiklikler de kaydedildi ve el ekzemasının mesleki kaynaklı olduğu düşünülüyorsa ekzema tırnağı bulguları içinde değerlendirilerek meslekle ilişkili travmatik tırnak bozukluğu olarak sınıflandırıldı.

3.2.5. Diğer Nedenlerin Dışlanması

Ekzemanın klinik ayırıcı tanısında yer alabilen psoriasis, püstüler bakterid gibi hastalıkların dışlanamadığı hastalardan deri biyopsisi yapılarak sonucu ekzema ile uyumlu bulunmayan hastalar araştırmadan çıkarıldı.

El ekzeması tanısına yönelik el-ayak tutulumu bulunan, özellikle de palmoplantar hiperkeratozlu hastalarda klinik şüphe varlığında dermatofit enfeksiyonunu ekarte etmek amacıyla gereğinde el ve/veya ayak tabanından direk mikolojik inceleme yapıldı. Ayrıca ekzema tırnak bulgularına yönelik el tırnağı onikomikozu dışlanamayan hastalarda da tırnaklardan direk mikolojik inceleme yapıldı. Mikolojik inceleme sonucu pozitif olarak değerlendirilen hastalar çalışmadan çıkarıldı. İnceleme sonuçları negatif olarak değerlendirilen, ancak kuvvetle

muhtemel mantar enfeksiyonu düşünölen hastalar ile kesin tanı almış ayak tırnağı onikomikozu bulunan hastaların el tırnaklarından mantar kültürü yapıldı. Mantar kültüründe üreme tespit edilen hastalar da çalışmadan çıkarıldı. Direk mikolojik incelemesi negatif olan ve mantar kültüründe üreme tespit edilmeyen, herhangi bir travma öyküsü de bulunmayan hastaların mevcut tırnak bulguları klinik öyküleri doğrultusunda ekzema ile ilişkili olarak değerlendirildi.

3.3. Yama Testi

AKD tanısı konulan hastalara ve sınıflandırılmayan ekzema grubundaki AKD tanısının dışlanamadığı hastalara mevcut ya da olası etkenleri saptamaya yönelik yama testi yapılması planlandı. Muayene esnasında yama testi yapılması planlanan hastalara test öncesinde (güneşlenmemeleri, solaryuma girmemeleri, test bölgesine topikal kortikosteroidli ilaç sürmemeleri ve oral kortikosteroid kullanmamaları gibi) sakınılması gereken ve test esnasında (duş almamaları, test bölgesini kaşımamaları gibi) dikkat edilmesi gereken durumlara yönelik bilgilendirme formu verildi. Ayrıca hastalara test bölgesinin kıllı olması halinde traş etmeleri önerildi. Uygun medikal tedavi ile ekzemanın gerilemesi sonrasında, “Mekos Laboratories AS”- Danimarka’dan temin edilen toplam 29 allerjenden oluşan Avrupa Standart Serisi TRUE test paneli uygulandı.

Alerjen Listesi

Nikel sülfat	Siyah kauçuk karışımı
Yün alkolü	Cl+Me-İzotiazolinon
Neomisin sülfat	Kuaternium-15
Potasyum dikromat	Merkaptobenzotiazol
Kain karışımı	p-Fenilendiamin
Güzel koku karışımı	Formaldehit
Kolofoni	Merkapto karışımı
Epoksi reçinesi	Tiomersal
Kinolin	Tiuram karışımı
Peru balsamı	Diazolidinil üre
Etilendiamin dihidroklorit	İmidazolidinil üre (Germall 115)
Kobalt klorit	Budesonit
p-tert butilfenol formaldehid reçinesi	Tiksokortol-21-pivalat
Paraben karışımı	Hidrokortizon-17-bütirat
Karba karışımı	

TRUE test sırt bölgesi üst yarısına uygulandı. Her bir hasta için allerjen maddeleri içeren 3 hazır bant sırtta yapıştırıldı. Çevreleri özel asetat kalemi ile çizildi ve her bantın ilk numarası bant alanının üzerindeki deri bölgesine kaydedildi. Hazır bantların üzeri sabitlemek amacıyla Betafix marka flasterle kapatıldı. Kişiler test süresince terlemeye neden olacak işlerden uzak durmaları, duş almamaları ve test bölgesini kaşımamaları yönünde uyarıldı. Bantlar 48 saat yapışık kaldıktan sonra çıkarıldı, yamanın bası etkisinden ve çekilmesinden kaynaklanan iritasyonun ortadan kalkması için 30 dakika beklendi ve sonuçlar değerlendirildi. İkinci değerlendirme 72. saatte yapıldı.

Yama Testi sonuçlarının yorumu:

Herhangi bir reaksiyon Uluslararası Kontakt Dermatit Araştırma Grubu (International Contact Dermatitis Research Group)'nun değerlendirmesine göre, aşağıdaki şekilde skorlandı (30).

0 = reaksiyon yok

? = şüpheli reaksiyon : infiltrasyon olmaksızın soluk eritemli makül

1+ = zayıf pozitif reaksiyon : eritem, infiltrasyon, dağınık papüller

2+ = güçlü pozitif reaksiyon : eritem, papül, infiltrasyon, dağınık veziküller

3+ = aşırı pozitif reaksiyon : birleşmiş veziküller, büllöz reaksiyon

İRE = iritan reaksiyon : infiltrasyon olmaksızın düzensiz dağılmış foliküler ya da homojen eritem

Pozitif bir sonucun klinik uygunluğu, hastanın o madde ile yaşantısında özellikle iş yaşantısında karşılaşp karşılaşmamasına ve karşılaşyorsa bu karşılaşmanın eller aracılığıyla olup olmasına göre değerlendirildi. Bu değerlendirmeye göre ekzema ile iş-öykü ilişkisi 'var', 'olası' ve 'yok' olarak yorumlandı.

3.4. İstatistiksel Değerlendirme

Cinsiyete göre yaş dağılımı, el ekzeması klinik tiplerine göre yaş dağılımı, cinsiyete göre ekzema başlangıç yaşları, el ekzeması klinik tiplerinin ekzema ile ilişkili faktörlerle (çocuklukta ya da halen mevcut olan atopik ekzema ve atopi öyküsü, aile bireylerinde bir ya da birden fazla kişide atopi öyküsü, ailede el ekzeması öyküsü, palmar ya da palmoplantar hiperhidroz, nikel alerjisi öyküsü, mevsimsel alevlenme ve sigara kullanımı) karşılaştırılması, klinik tiplerin ekzema şiddet skorlamasında kullanılan parametrelerle (eritem, skuam, vezikül, fissür, kaşıntı, alan) ve toplam ekzema şiddet skorlarıyla karşılaştırılması, klinik tiplerin ekzema lokalizasyonlarıyla karşılaştırılması, klinik tiplere göre ekzema sürelerinin tespiti, ekzema süresi-toplam şiddet skorlarının karşılaştırılması, klinik tiplerle meslek gruplarının ve meslek ilişkisi varlığının karşılaştırılması, cinsiyete göre nikel pozitifliklerinin karşılaştırılması, 50 yaşın altında ve üzerinde tırnak bulgularının karşılaştırılması ve akut atak-kronik gruplarındaki tırnak bulgularının karşılaştırılması 'ki-kare testi' ile yapıldı. Elde edilen p değeri, 0,05'ten küçük ise fark istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Cinsiyete göre hastaların yaş ortalamaları ve cinsiyete göre el ekzeması başlangıç yaşları ortalaması 't test' ile değerlendirildi.

El ekzeması klinik tip oranları, klinik tiplerde başlangıç yaşı ortalamaları, ekzema şiddet skorlamasında yaş ortalamaları, yama testinde her bir parametrenin sonuçları ve her bir tırnak bulgusunun şiddet skorlaması için 'tanımlayıcı istatistik' yapıldı.

4. BULGULAR

4.1. Hasta Seçimi

Polikliniğimize 1 yıl içerisinde başvuran el ekzeması tanısı kesin ya da olası olan 427 hasta çalışmaya alındı. Tanısı olası olan 36 hastadan deri biyopsisi alınarak, biyopsi sonucu ekzema ile uyumlu bulunmayan 6 hasta çalışmadan çıkarıldı.

4.2. El Ekzemasının Özellikleri

4.2.1. Cinsiyet ve yaş

Çalışmaya dahil edilen toplam 421 hastanın 245'i kadın (%58.19), 176'sı (%41.81) erkekti ve kadın/erkek oranı yaklaşık 1.4 idi (1.39).

Hastaların yaşları 4-80 arasında değişmekteydi. Tüm hastaların yaş ortalaması 37.5 (SD±15.1), kadınların yaş ortalaması 34.95 (SD±14.02) ve erkeklerin yaş ortalaması 41.25 (SD±15.86) idi. Cinsiyetlere göre yaş ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0.00).

Kadınlarda en sık yaş aralığı 20-29 (%28.98) ve erkeklerde en sık yaş aralığı 30-39 (%25) olarak tespit edildi. Cinsiyetlere göre yaş dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlıya yakın fark bulundu (p=0.07).

4.2.2. Kronik hastalık öyküsü -ilaç kullanımı

Tüm çalışma grubunda herhangi bir kronik hastalık öyküsü vermeyenlerin oranı %63.66 (n=268) iken en az 1 kronik hastalık öyküsü verenlerin oranı %36.34 (n=153) idi. Bu kişilerin %90.85'i (n=139) mevcut kronik hastalığıyla ilişkili olarak en az 1 çeşit oral ilaç kullanmaktaydı. Hastanemize başvuru anında ekzema nedeniyle topikal tedavi kullanmakta olanların oranı ise %18.29 (n=77) olarak saptandı.

4.2.3. Klinik sınıflama

Çalışma grubunda saptanan ekzema klinik tipleri Tablo 1'de gösterilmiştir. En sık görülen klinik tip %56.29 oranında saptanan İKD idi. Diğer klinik tipler;

sırasıyla %10.45 oranında AKD, %5.46 oranında HE, %2.61 oranında AEE, %9.74 oranında DE, %3.80 oranında İR ve %1.66 oranında NE idi. Tanısal açıdan klinik tipler arasında net ayırım yapılamayan 42 (%9.98) hasta ise sınıflandırılmayan grubu içinde değerlendirildi. Bu grubun büyük bölümünü %54.76 (n=23) oranı ile İKD-AKD ayrımı yapılamayanlar oluşturmaktaydı.

	n	%	
İKD	237	56,29	Tablo 1. Çalışmaya alınan 421 hastanın el ekzeması klinik tiplerine göre dağılımı
AKD	44	10,45	
HE	23	5,46	
AEE	11	2,61	
DE	41	9,74	
İR	16	3,80	
NE	7	1,66	
S	42	9,98	
Toplam	421	100,00	

İKD; iritan kontakt dermatit, AKD; alerjik kontakt dermatit, HE; hiperkeratotik ekzema, AEE; atopik el ekzeması, DE; dishidrotik ekzema, NE; numuler ekzema, İR; id reaksiyonu, S; sınıflandırılmayan grup

Klinik tip-cinsiyet ilişkisi:

Klinik tiplerin cinsiyete göre dağılımı Tablo 2’de gösterilmiştir. Klinik tiplerin cinsiyete göre görülme sıklıkları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0.008). İKD, AEE ve HE kadınlarda daha yüksek oranda saptanırken, AKD ve İR oranları erkeklerde daha yüksekti.

Tablo 2. El ekzeması klinik tiplerinin cinsiyete göre dağılımı

	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
İKD	85	35,86	152	64,14	237	100,00
AKD	27	61,36	17	38,64	44	100,00
HE	7	30,43	16	69,57	23	100,00
AEE	3	27,27	8	72,73	11	100,00
DE	20	48,78	21	51,22	41	100,00
İR	11	68,75	5	31,25	16	100,00
NE	4	57,14	3	42,86	7	100,00
S	19	45,24	23	54,76	42	100,00
Toplam	176	41,81	245	58,19	421	100,00

P=0.008

İKD; iritan kontakt dermatit, AKD; alerjik kontakt dermatit, HE; hiperkeratotik ekzema, AEE; atopik el ekzeması, DE; dishidrotik ekzema, NE; numuler ekzema, İR; id reaksiyonu, S; sınıflandırılmayan grup

Klinik tip-yaş dağılımı ilişkisi:

Klinik tiplerin yaşa ve cinsiyete göre dağılımı Tablo 3'te gösterilmiştir. İKD klinik tipi en sık 20-29 ve 30-39 yaş aralıklarında görülürken, AKD 30-39 yaş aralığında, HE ve NE ise 50-59 yaş aralığında görüldü. Kadınlar ve erkeklerde ilerleyen yaşla birlikte el ekzeması sıklığının azaldığı, ancak erkeklerde el ekzeması sıklığında azalmanın kadınlara göre daha ileri yaşlarda olduğu gözlemlendi.

Klinik tip-başlangıç yaşı ilişkisi :

El ekzeması başlangıç yaşı ortalaması kadınlarda 28.30 (SD±14.0), erkeklerde 34.50 (SD ±15.3) ve tüm grupta 30.90 (SD±14.9) olarak saptandı.

El ekzeması klinik tiplerinin başlangıç yaşlarına ve cinsiyete göre dağılımı Tablo 4'te gösterildi. El ekzeması 20 yaş öncesi başlayanların oranı %23.75 (n=100) idi. Cinsiyete göre değerlendirildiğinde kadınlarda bu oran %29.80 (n=73) ve erkeklerde %15.34 (n=27) idi. Ekzema başlangıç yaşlarına göre cinsiyetler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0.001).

Klinik tiplere göre ekzema başlangıç yaşları karşılaştırıldığında en erken başlangıç yaşı AEE'de (ort=14.4), en geç başlangıç yaşı NE'de (ort=48.2) gözlemlendi. Bunu HE (ort=40.8) takip etmekteydi. Klinik tiplerin ekzema başlangıç yaşına ve cinsiyete göre dağılımı Tablo 4'te gösterilmiştir. Hem kadınlarda hem erkeklerde 20 yaş öncesi başlangıç yapan ekzemaların klinik tipleri incelendiğinde ilk sırada AEE yer almaktaydı (kadınlarda %75, erkeklerde %100). Ayrıca kadınlarda 2. sırada DE görüldü (%61.91). Beşinci dekattan sonra en sık görülen el ekzeması tipi erkeklerde NE (%75), kadınlarda HE (%37.5) idi.

Klinik tip-ekzema süresi ilişkisi:

El ekzeması süreleri yönünden karşılaştırıldığında; ekzema sürelerinin hastaların %13.3'ünde 1 aydan kısa, %9.03'ünde 1-6 ay, %19'unda 7 ay-2 yıl, %22.09'unda 3-5 yıl, %19.24'ünde 6-10 yıl ve %17.34'ünde 10 yıldan daha uzun olduğu saptandı (Tablo 5). 10 yıldan uzun ekzema süresine sahip erkeklerin oranı %15.91 (n=28) ve kadınların oranı %18.37 (n=45) idi.

Klinik tiplerin ekzema süresi açısından dağılımı Tablo 5'te gösterilmiştir. İKD ve DE'de en sık 3-5 yıllık ekzema süresi saptanırken, AKD'de de en sık 10 yıldan uzun ekzema süresi saptandı.

Tablo 3. El ekzeması klinik tiplerinin yaşa ve cinsiyete göre dağılımı

		<u>2-9</u>		<u>10-19</u>		<u>20-29</u>		<u>30-39</u>		<u>40-49</u>		<u>50-59</u>		<u>60-69</u>		<u>70-79</u>		<u>80 ve üzeri</u>		<u>Toplam</u>	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
İKİD	Erkek	–	–	4	4,71	15	17,65	20	23,53	17	20	17	20	8	9,41	3	3,53	1	1,18	85	100,00
	Kadın	1	0,66	12	7,89	50	32,89	41	26,97	21	13,82	17	11,18	8	5,26	1	0,66	1	0,66	152	100,00
	Toplam	1	0,42	16	6,75	65	27,43	61	25,74	38	16,03	34	14,35	16	6,75	4	1,69	2	0,84	237	100,00
AKD	Erkek	–	–	2	7,41	4	14,81	6	22,22	4	14,81	6	22,22	5	18,52	–	–	–	–	27	100,00
	Kadın	–	–	1	5,88	5	29,41	6	35,29	1	5,88	2	11,76	2	11,76	–	–	–	–	17	100,00
	Toplam	–	–	3	6,82	9	20,45	12	27,27	5	11,36	8	18,18	7	15,91	–	–	–	–	44	100,00
HE	Erkek	–	–	1	14,29	–	–	1	14,29	1	14,29	2	28,57	2	28,57	–	–	–	–	7	100,00
	Kadın	1	6,25	–	–	1	6,25	3	18,75	4	25	6	37,5	1	6,25	–	–	–	–	16	100,00
	Toplam	1	4,35	1	4,35	1	4,35	4	17,39	5	21,74	8	34,78	3	13,04	–	–	–	–	23	100,00
AEE	Erkek	2	66,67	–	–	–	–	–	–	1	33,33	–	–	–	–	–	–	–	–	3	100,00
	Kadın	–	–	3	37,5	3	37,5	2	25	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	8	100,00
	Toplam	2	18,18	3	27,27	3	27,27	2	18,18	1	9,09	–	–	–	–	–	–	–	–	11	100,00
DE	Erkek	–	–	4	20,00	5	25,00	3	15,00	3	15,00	3	15,00	2	10,00	–	–	–	–	20	100,00
	Kadın	2	9,52	5	23,81	7	33,33	3	14,29	2	9,52	2	9,52	–	–	–	–	–	–	21	100,00
	Toplam	2	4,88	9	21,95	12	29,27	6	14,63	5	12,2	5	12,2	2	4,88	–	–	–	–	41	100,00
İR	Erkek	–	–	–	–	1	9,09	6	54,55	2	18,18	1	9,09	1	9,09	–	–	–	–	11	100,00
	Kadın	–	–	–	–	–	–	3	60,00	1	20,00	1	20,00	–	–	–	–	–	–	5	100,00
	Toplam	–	–	–	–	1	6,25	9	56,25	3	18,75	2	12,50	1	6,25	–	–	–	–	16	100,00
NE	Erkek	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2	50,00	–	–	2	50,00	–	–	4	100,00
	Kadın	–	–	–	–	1	33,33	–	–	1	33,33	1	33,33	–	–	–	–	–	–	3	100,00
	Toplam	–	–	–	–	1	14,29	–	–	1	14,29	3	42,86	–	–	2	28,57	–	–	7	100,00
S	Erkek	–	–	2	10,53	2	10,53	8	42,11	3	15,79	2	10,53	2	10,53	–	–	–	–	19	100,00
	Kadın	–	–	1	4,35	4	17,39	8	34,78	4	17,39	5	21,74	1	4,35	–	–	–	–	23	100,00
	Toplam	–	–	3	7,14	6	14,29	16	38,10	7	16,67	7	16,67	3	7,14	–	–	–	–	42	100,00
Tüm grup	Erkek	2	1,14	13	7,39	27	15,34	44	25,00	31	17,61	33	18,75	20	11,36	5	2,84	1	0,57	176	100,00
	Kadın	4	1,63	22	8,98	71	28,98	66	26,94	34	13,88	34	13,88	12	4,90	1	0,41	1	0,41	245	100,00
	Toplam	6	1,43	35	8,31	98	23,28	110	26,13	65	15,44	67	15,91	32	7,60	6	1,43	2	0,48	421	100,00

İKİD; iritan kontakt dermatit, AKD; alerjik kontakt dermatit, HE; hiperkeratotik ekzema, AEE; atopik el ekzeması, DE; dishidrotik ekzema, NE; numuler ekzema, İR; id reaksiyonu, S; sınıflandırılmayan grup

Tablo 4. El ekzeması klinik tiplerinin başlangıç yaşına ve cinsiyete göre dağılımı

		<u>2-9</u>		<u>10-19</u>		<u>20-29</u>		<u>30-39</u>		<u>40-49</u>		<u>50-59</u>		<u>60-69</u>		<u>70-79</u>		<u>Toplam</u>	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
İKD	Erkek	1	1,18	10	11,76	25	29,41	16	18,82	19	22,35	9	10,59	3	3,53	2	2,35	85	100,00
	Kadın	2	1,32	41	26,97	57	37,50	29	19,08	13	8,55	6	3,95	4	2,63	–	–	152	100,00
	Toplam	3	1,27	51	21,52	82	34,60	45	18,99	32	13,50	15	6,33	7	2,95	2	0,84	237	100,00
AKD	Erkek	–	–	5	18,52	6	22,22	7	25,93	3	11,11	5	18,52	1	3,70	–	–	27	100,00
	Kadın	1	5,88	3	17,65	6	35,29	3	17,65	–	–	3	17,65	1	5,88	–	–	17	100,00
	Toplam	1	2,27	8	18,18	12	27,27	10	22,73	3	6,82	8	18,18	2	4,55	–	–	44	100,00
HE	Erkek	1	14,29	–	–	2	28,57	1	14,29	–	–	1	14,29	2	28,57	–	–	7	100,00
	Kadın	1	6,25	–	–	2	12,50	2	12,50	5	31,25	5	31,25	1	6,25	–	–	16	100,00
	Toplam	2	8,70	–	–	4	17,39	3	13,04	5	21,74	6	26,09	3	13,04	–	–	23	100,00
AEE	Erkek	3	100,00	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	3	100,00
	Kadın	2	25,00	4	50,00	1	12,50	–	–	1	12,50	–	–	–	–	–	–	8	100,00
	Toplam	5	45,45	4	36,36	1	9,09	–	–	1	9,09	–	–	–	–	–	–	11	100,00
DE	Erkek	–	–	5	25,00	8	40,00	3	15,00	2	10,00	1	5,00	1	5,00	–	–	20	100,00
	Kadın	5	23,81	8	38,10	4	19,05	1	4,76	2	9,52	1	4,76	–	–	–	–	21	100,00
	Toplam	5	12,20	13	31,71	12	29,27	4	9,76	4	9,76	2	4,88	1	2,44	–	–	41	100,00
İR	Erkek	–	–	–	–	4	36,36	5	45,45	1	9,09	–	–	1	9,09	–	–	11	100,00
	Kadın	–	–	–	–	–	–	3	60,00	1	20,00	1	20,00	–	–	–	–	5	100,00
	Toplam	–	–	–	–	4	25,00	8	50,00	2	12,50	1	6,25	1	6,25	–	–	16	100,00
NE	Erkek	–	–	–	–	–	–	1	25,00	–	–	1	25,00	2	50,00	–	–	4	100,00
	Kadın	–	–	1	33,33	–	–	–	–	1	33,33	1	33,33	–	–	–	–	3	100,00
	Toplam	–	–	1	14,29	–	–	1	14,29	1	14,29	2	28,57	2	28,57	–	–	7	100,00
S	Erkek	–	–	2	10,53	5	26,32	6	31,58	4	21,05	–	–	2	10,53	–	–	19	100,00
	Kadın	–	–	5	21,74	8	34,78	4	17,39	2	8,70	4	17,39	–	–	–	–	23	100,00
	Toplam	–	–	7	16,67	13	30,95	10	23,81	6	14,29	4	9,52	2	4,76	–	–	42	100,00
Tüm grup	Erkek	5	2,84	22	12,50	50	28,41	39	22,16	29	16,48	17	9,66	12	6,82	2	1,14	176	100,00
	Kadın	11	4,49	62	25,31	78	31,84	42	17,14	25	10,20	21	8,57	6	2,45	–	–	245	100,00
	Toplam	16	3,80	84	19,95	128	30,40	81	19,24	54	12,83	38	9,03	18	4,28	2	0,48	421	100,00

İKD; iritan kontakt dermatit, AKD; alerjik kontakt dermatit, HE; hiperkeratotik ekzema, AEE; atopik el ekzeması, DE; dishidrotik ekzema, NE; numuler ekzema, İR; id reaksiyonu, S; sınıflandırılmayan grup

Tablo 5. El ekzeması klinik tiplerinin ekzema süresi açısından dağılımı

	İKD		AKD		HE		AEE		DE		İR		NE		S		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Ekzema süresi																			
1 aydan az	30	12,66	7	15,91	1	4,35	2	18,18	6	14,63	4	25,00	1	14,29	5	11,90	56	13,30	
1-6 ay	19	8,017	5	11,36	2	8,70	0	0	4	9,76	2	12,50	1	14,29	5	11,90	38	9,03	
7 ay-2 yıl	40	16,88	6	13,64	10	43,48	2	18,18	7	17,07	4	25,00	2	28,57	9	21,43	80	19,00	
3-5 yıl	55	23,21	7	15,91	6	26,09	3	27,27	11	26,83	3	18,75	1	14,29	7	16,67	93	22,09	
6-10 yıl	49	20,68	9	20,45	3	13,04	2	18,18	7	17,07	2	12,50	1	14,29	8	19,05	81	19,24	
10 yıldan fazla	44	18,57	10	22,73	1	4,35	2	18,18	6	14,63	1	6,25	1	14,29	8	19,05	73	17,34	
Toplam	237	100	44	100	23	100	11	100	41	100	16	100	7	100	42	100	421	100,00	

p=0,143

İKD; iritan kontakt dermatit, AKD; alerjik kontakt dermatit, HE; hiperkeratotik ekzema, AEE; atopik el ekzeması, DE; dishidrotik ekzema, NE; numuler ekzema, İR; id reaksiyonu, S; sınıflandırılmayan grup

El ekzemasının klinik tiplere göre ortalama devam süreleri Tablo 6'da gösterilmiştir. AKD 7.4 yıl ile en uzun süreli, İR ise 3.5 yıl ile en kısa süreli klinik tip olarak saptandı.

Tablo 6. El ekzemasının klinik tiplerine göre ortalama devam süreleri

	devam süresi (ort. yıl)
İKD	7,3
AKD	7,4
HE	3,9
AEE	7,3
DE	6,1
İR	3,5
NE	5,2
S	6,3
Tüm grup	6,7

İKD; iritan kontakt dermatit, AKD; alerjik kontakt dermatit, HE; hiperkeratotik ekzema, AEE; atopik el ekzeması, DE; dishidrotik ekzema, NE; numuler ekzema, İR; id reaksiyonu, S; sınıflandırılmayan grup

4.2.4. El ekzemasının seyri

Ekzema seyrine göre yapılan sınıflama içerisinde %39.19 (n=165) oran ile en sık akut atak grubu gözlendi. Kronik ara sıra atak hastaların %18.76'sında (n=79), kronik sık atak %19.48'inde (n=82) ve kronik seyir %22.57'sinde (n=95) saptandı. DE'de %80.48 (n=33), İR'de %56.25 (n=9) ve NE'de %42.85 (n=3) oranında akut atak gözlenirken, HE'de %52.2 (n=12) oranında kronik seyir izlendi. İKD ve AKD dağılımında belirgin farklılık gözlenmedi. Ekzema seyri açısından klinik tipler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p=0.00).

4.2.5. El ekzemasının lokalizasyonu

Klinik tiplere göre el ekzema lokalizasyonlarının dağılımı Tablo 7'de gösterilmiştir. El ekzemasının lokalizasyonuna yönelik yapılan değerlendirmede, %21.85 oran ile palmar ile birlikte parmak tutulumu el ekzemaları içinde en sık tutulum yeri olarak saptandı. Bunu %17.10 oran ile parmak uçları dışında kalan

Tablo 7. El ekzeması lokalizasyonlarının klinik tiplere göre dağılımı

EKZEMA LOKALİZASYONU	IKD		AKD		HE		DE		AEE		NE		İR		S		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Parmak uçları	14	5,91	-	-	3	13,04	-	-	-	-	-	-	-	-	5	11,90	22	5,23
Diğer parmak alanları	35	14,77	3	6,82	1	4,35	23	56,10	-	-	-	-	4	25,00	6	14,29	72	17,10
Palmar yüz	14	5,91	-	-	2	8,70	5	12,20	-	-	-	-	1	6,25	1	2,38	23	5,46
Dorsal yüz	49	20,68	-	-	-	-	1	2,44	1	9,09	3	42,86	-	-	2	4,76	56	13,30
Palmar yüz + parmaklar	61	25,74	5	11,36	5	21,74	6	14,63	2	18,18	-	-	7	43,75	6	14,29	92	21,85
Dorsal yüz + parmaklar	21	8,86	3	6,82	-	-	3	7,32	1	9,09	3	42,86	2	12,50	8	19,05	41	9,74
Palmar + dorsal yüz	6	2,53	-	-	-	-	-	-	1	9,09	-	-	1	6,25	-	-	8	1,90
Palmar yüz + dorsal yüz + parmaklar	26	10,97	3	6,82	-	-	-	-	-	-	-	-	1	6,25	7	16,67	37	8,79
El + el bileği / diğer vücut alanları	11	4,64	30	68,18	12	52,17	3	7,32	6	54,55	1	14,29	-	-	7	16,67	70	16,63
Toplam	237	100,00	44	100,00	23	100,00	41	100,00	11	100,00	7	100,00	16	100,00	42	100,00	421	100,00

İKD; iritan kontakt dermatit, AKD; alerjik kontakt dermatit, HE; hiperkeratotik ekzema, AEE; atopik el ekzeması, DE; dishidrotik ekzema, NE; numuler ekzema, İR; id reaksiyonu, S; sınıflandırılmayan grubu

parmak alanları ve %16.63 ile el ile birlikte el bileği ve/veya diğer vücut alanları tutulumu izledi. İKD’de %25.74 oran ile palmar yüz ile birlikte parmak tutulumu ve %20.68 ile dorsal yüz en sık etkilenen alanlar iken, AEE’de %54.55 oran ile ve AKD’de %68.18 oran ile en sık etkilenen alanın el ile birlikte el bileği ve/veya diğer vücut alanları olduğu tespit edildi.

Ayrıca her iki elde birden ekzema saptananların oranı %84.32 (n=355) iken, sadece sağ el tutulumu olanlar %9.98 (n=42), sadece sol el tutulumu olanlar ise %5.70 (n=24) oranında saptandı.

4.2.6. El ekzemasının şiddetinin değerlendirilmesi

El ekzeması şiddetinin cinsiyete göre dağılımı Tablo 8’de gösterilmiştir. Ekzeması hafif şiddettekilerin oranı %39.19, orta şiddettekilerin oranı %50.12 ve şiddetli ekzeması olanların oranı %10.69 olarak saptandı. Cinsiyete göre ekzema şiddetleri açısından fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0.172). Hafif şiddette ekzeması olanların yaş ortalaması 35.3±14.8, orta şiddette ekzeması olanların 39±15.2 ve şiddetli ekzeması olanların 40±14.2 olarak saptandı.

Tablo 8. El ekzeması şiddetinin cinsiyete göre dağılımı

Ekzema şiddeti	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Hafif	60	34,09	105	42,86	165	39,19
Orta	97	55,11	114	46,53	211	50,12
Şiddetli	19	10,8	26	10,61	45	10,69
Toplam	176	100	245	100	421	100

p=0.172

Ekzema süresi-ekzema şiddet ilişkisi:

On yıl ve altında ekzema süreli hastaların ekzema şiddeti dağılımı; hafif %42.5, orta %51.7 ve şiddetli %5.7 idi. On yıldan fazla ekzema süreli hastaların şiddet dağılımı ise; hafif %34.2, orta %52.1 ve şiddetli %13.7 idi. On yıldan uzun ekzema süreli hastalarda diğer gruba göre orta şiddette ekzema oranlarında belirgin fark gözlenmezken, hafif şiddetteki hastaların oranında azalma ve şiddetli ekzeması olanların oranında artış saptandı. 10 yıl üzerinde ekzeması olanlarda ekzema şiddeti istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti (p=0.042).

Şiddet skorlamasında kullanılan parametreler içerisinde şiddetine bakılmaksızın skuam (%91.7) ve eritem (%75.3) en sık gözlenen bulgulardı.

4.3. El Ekzeması ile Olası İlişkili Faktörler

4.3.1. Meslek

4.3.1. 1. El ekzemasının görüldüğü meslek grupları

El ekzemasının görüldüğü meslek grupları ve cinsiyetlere göre dağılımı Tablo 9’da gösterilmiştir. Meslek gruplarının %29.93(n=126)’ünü ev hanımları oluşturmaktaydı. Diğer sık görülen meslek grupları sırasıyla %10.93 oranında sağlık çalışanı, %5.94 oranında metal sanayi işçisi, % 4.99 oranında ofis çalışanı, %4.28 oranında inşaat işçisi ve %3.33 oranında ziraat işçisi idi. 13 hasta kimya endüstrisi çalışanı, 12 hasta temizlik personeli, 10 hasta gıda sektörü çalışanı, 10 hasta depo-ambar çalışanı, 2 hasta mobilya işçisi ve 2 hasta kuaför idi.

Tablo 9. El ekzemasının görüldüğü meslek gruplarının cinsiyete göre dağılımı

Meslek grupları	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Ev hanımı	-	-	126	51,43	126	29,93
Sağlık çalışanı	10	5,68	36	14,69	46	10,93
Metal sanayi işçisi	24	13,64	1	0,41	25	5,94
Ofis çalışanı	11	6,25	10	4,08	21	4,99
İnşaat işçisi	18	10,23	-	-	18	4,28
Ziraat işçisi	6	3,41	8	3,27	14	3,33
Kimyasal endüstri çalışanı	10	5,68	3	1,22	13	3,09
Temizlik personeli	8	4,55	4	1,63	12	2,85
Gıda sektörü çalışanı	8	4,55	2	0,82	10	2,38
Depo-ambar çalışanı	8	4,55	2	0,82	10	2,38
Mobilya işçisi	2	1,14	-	-	2	0,48
Kuaför	-	-	2	0,82	2	0,48
Diğer (en sık gruplar)						
Öğrenci	20	11,36	32	13,06	52	12,35
Emekli	30	17,05	7	2,86	37	8,79
Öğretmen	2	1,14	8	3,27	10	2,38
Diğer (nadir gruplar)	19	10,80	4	1,63	23	5,46
Toplam	176	100,00	245	100,00	421	100,00

Diğer grubu içerisinde değerlendirilen öğrenciler, emekliler ve öğretmenler %23.52 ile en büyük grubu oluştururken, nadir meslek grupları güvenlik görevlisi (n=4), şoför (n=4), çay ocağı işçisi (n=3), polis memuru (n=3), çocuk(4-7 yaş arası) (n=3), elektrik tesisatçısı (n=2), internet kafe işletmeni (n=2), dış teknisyeni (n=1) ve işsiz (n=1) ile toplam %5.46 idi.

İKD'nin en sık gözlemlendiği meslek grupları ev hanımları (%31.65; n=75) ve sağlık çalışanları (%15.61; n=37) iken diğer grubunda yer alan öğrenciler (%11.39; n=11) ve emeklilerde (%8.02; n=19) de İKD görülme oranları belirgin yüksekti. AKD'nin en sık gözlemlendiği meslek grupları ev hanımları (%20.45; n=9), inşaat işçileri (%15.91; n=7), metal sektörü çalışanları (%13.64; n=6) idi. HE %56.52 (n=13) ile, NE %42.86 (n=3) ile ve sınıflandırılmayan grubu %40.48 (n=17) ile en sık ev hanımlarında, DE %26.83 (n=11) ve AEE %45.46 (n=5) ile en sık öğrencilerde, İR %18.75 (n=3) ile metal sektörü çalışanlarında gözlemlendi.

İKD'li hastaların öykülerine göre %25.6'sında ıslak iş (lateks %10.3, su %9.9, su ve deterjan %4.6, su ve toprak %0.8) en yaygın neden olarak saptanırken, %27.1'inde bir neden saptanamadı.

4.3.1.2. Mesleki maruziyet

Çalışmamızda el ekzemasının olası nedenine yönelik 421 hastanın tümünde yapılan sorgulamada mesleki maruziyet bildirenler (el ekzemasının nedenini iş ortamında maruz kalınan iritan ve alerjen maddeler olarak gösterenler) içerisinde 'var' cevabı verenlerin oranı %27.08 (n=114) ve 'olası' cevabını verenlerin oranı %11.4 (n=48) idi. Hastaların %5.7'si (n=24) bu konuda herhangi bir fikri olmadığını belirtirken, "yok" cevabını verenlerin oranı ise %55.82 (n=235) idi. İlk iki grup 'var yanıtını verenler' olarak değerlendirilirken sonraki iki grup 'yok yanıtını verenler' olarak değerlendirildi (Tablo 10). 'Var' ve 'olası' cevabını veren toplam 162 hastanın çoğunluğunu İKD, AKD ve sınıflandırılmayan grubu (n=151) oluşturdu. Bu klinik tipler içerisindeki oranlar İKD'de 'var' %36.28 (n=86), 'olası' %11.39 (n=27), AKD'de 'var' %20.45 (n=9), 'olası' %20.45 (n=9) ve sınıflandırılmayan grubunda 'var' %30.95 (n=13), 'olası' %16.67 (n=7) olarak saptandı.

Ayrıca mesleki maruziyet sorgulamasında 'olası' ve 'var' cevabını veren 162 hasta (%38.48) işe başlama zamanı ile ekzemanın ortaya çıkması arasındaki süre

yönünden değerlendirildi. Bu hastaların %41.98'ini (n=68) oluşturan ev hanımları süre tayini yapılamadığından değerlendirme dışında tutuldular. Değerlendirmeye alınan 94 hastanın 54'ünde (%57.45) bu süre 2 yıl ve altında iken, 40 hastada (%42.55) işe başlama ile ekzemanın ortaya çıkması arasında geçen sürenin 2 yıldan uzun olduğu tespit edildi.

4.3.2. Meslek dışı olası nedenler

Ekzema nedenine yönelik yapılan sorgulamada birincil ya da ikincil neden olarak emosyonel stres cevabını verenlerin oranı %7.84 (n=33) idi. Kadınların %0.95'inden (n=4) özellikle her menstrüel siklus öncesi alevlenme öyküsü alındı. Diğer olası nedenler arasında en sık ikincil nedenler; sık el yıkama alışkanlığı %8.55 (n=36), özellikle asitli yiyecekler başta olmak üzere yiyeceklerin oral alımı ya da temas %8.79 (n=37), hobi ya da ikincil iş olarak ziraat işçiliği (toprak teması) %4,75 (n=20) oranında yer almaktaydı. Ayrıca deterjan (%5.5) ve sıvı sabunu (%4.5) meslekten bağımsız olarak (ev hanımları dışındaki grup) ekzema nedeni gösterenlerin oranı %9.50 (n=40) idi.

4.3.3. Olası nikel alerjisi öyküsü

Olası nikel alerjisi öyküsünü de içeren el ekzeması ile ilişkili faktörlerin cinsiyetlere göre dağılımı Tablo 10'da gösterilmiştir. Çalışmamızda nikel alerjisi olasılığı öyküsü verenlerin oranı %23.75 (n=100) idi, kadınlarda bu oran %32,24 (n=79) ve erkeklerde %11.93 (n=21) idi. Bu öykü açısından cinsiyetler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0.00).

AEE (%45.45 n=5) ve AKD'deki (%29.55; n=13) olası nikel alerjisi öyküsü oranları diğer klinik tiplerle karşılaştırıldığında daha yüksek saptandı.

Olası nikel alerjisi öyküsü olan hasta grubunda 13'ü AKD'li ve 7'si sınıflandırılmayan grubunda olmak üzere toplam 20 hastaya yama testi yapılması planlandı. Bu hastaların 16'sına (10'u AKD, 6'sı sınıflandırılmayan grubunda) yama testi yapılabilir, 11 hastada yama testinde pozitiflik saptanmazken 5 hastanın 1'inde nikel karşı 1 pozitif, 2'sinde 2 pozitif ve 2'sinde 3 pozitif reaksiyon izlendi.

4.3.4. Atopik ekzema, kişisel ve ailevi atopi ve ailede el ekzeması öyküsü

Tüm çalışma grubumuzda geçmişte ya da halen mevcut olan AE öyküsü %4.28 (n=18), kişisel atopi öyküsü %14.49 (n=61), aile bireylerinden yalnızca birinde atopi öyküsü %9.5 (n=40), aile bireylerinden iki ya da daha fazlasında atopi öyküsü %3.56 (n=15) oranında saptandı (Tablo 10). Aile bireylerinde el ekzeması bulunanların oranı %19.71 (n=83) idi (Tablo 10). Ailede el ekzeması öyküsünün en yüksek oranda görüldüğü klinik tip %45.5 (n=5) ile AEE idi.

AEE'deki AE (%90.9; n=10) ve kişisel atopi öyküsü (%90.9; n=10) oranları diğer klinik tiplerle karşılaştırıldığında daha yüksek saptandı. İKD, AKD, DE ve sınıflandırılmayan grubundaki kişisel atopi öyküsü oranları benzerdi. AEE'deki ailesel atopi öyküsü oranındaki yükseklik (%45.45; n=5) diğer klinik tiplerle karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0.01).

4.3.5. Mevsimsel ilişki

Ekzema ile mevsimsel ilişki sorgulamasında ekzemada mevsimsel bir alevlenme bildirmeyenlerin oranı %61.52 (n=259), kış döneminde alevlenme bildirenlerin oranı %23.28 (n=98), yaz döneminde alevlenme bildirenlerin oranı %9.74 (n=41) ve bahar aylarında alevlenme bildirenlerin oranı %5.46 (n=23) olarak saptandı (Tablo 10).

İKD (%26.58; n=63), AKD (%29.55; n=13) ve AEE'de (%36.36; n=4) özellikle kış döneminde alevlenme saptanırken, DE'de yaz (%19.51; n=8) ve bahar (%17.07; n=7) dönemlerinde alevlenme daha belirgindi. Bununla birlikte her 4 klinik tipte de mevsimsel alevlenme bildirmeyenlerin oranı bildirenlere göre daha yüksek saptandı (İKD; %61.6, AKD; %61.36, DE; %56.1, AEE:%45.45). Klinik tipler mevsimsel alevlenme öyküsü açısından karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p=0.544).

4.3.6. Palmar/palmoplantar hiperhidroz

Öyküsünde palmar ya da palmoplantar hiperhidroz olan hastaların oranı %9.26 (Tablo 10) olup, İR (%25; n=4) ve DE'deki (%24.39; n=10) oranları diğer klinik tiplere göre daha yüksek bulundu. Her iki klinik tipte de hiperhidroz oranlarındaki yükseklik diğer klinik tiplerle karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bulundu. (İR; p=0.027, DE; p=0.00).

Tablo 10. El ekzeması ile ilişkili olası faktörler

	Var yanıtı verenler						Yok yanıtı verenler					
	Erkek (n=176)		Kadın (n=245)		Toplam (n=421)		Erkek (n=176)		Kadın (n=245)		Toplam (n=421)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Mesleki maruziyet*	52	29,55	110	44,90	162	38,48	124	70,45	135	55,10	259	61,52
Emosyonel stres	11	6,25	22	8,98	33	7,84	165	93,75	223	91,02	388	92,16
Olası nikel allerjisi öyküsü	21	11,93	79	32,24	100	23,75	155	88,07	166	67,76	321	76,25
AE öyküsü	5	2,84	13	5,31	18	4,28	171	97,16	232	94,69	403	95,72
Kişisel atopi öyküsü	19	10,8	42	17,14	61	14,49	157	89,2	203	82,86	360	85,51
Ailesel atopi öyküsü**	15	8,52	40	16,33	55	13,06	161	91,48	205	83,67	366	86,94
Ailede el ekzeması	36	20,45	47	19,18	83	19,71	140	79,55	198	80,82	338	80,29
Mevsimsel ilişki***	71	40,34	91	37,14	162	38,48	105	59,66	154	62,86	259	61,52
Palmoplantar hiperhidroz	21	11,93	18	7,35	39	9,26	155	88,07	227	92,65	382	90,74

(Mesleki maruziyet; p=0.001, olası nikel allerjisi öyküsü p=0.00)

* ‘Var’ ve ‘olası’ yanıtı verenler ‘var yanıtı verenler’ olarak, ‘fikri yok’ ve ‘yok’ yanıtı verenler ‘yok yanıtı verenler’ olarak değerlendirildi.

** ‘Bir kişide ailesel atopi öyküsü’ ve ‘birden fazla kişide ailesel atopi öyküsü’ verenler ‘var yanıtı verenler’ olarak değerlendirildi.

*** ‘Yaz döneminde alevlenme’, ‘kış döneminde alevlenme’ ve ‘bahar döneminde alevlenme’ bildirenler ‘var yanıtı verenler’ olarak değerlendirildi.

4.3.7. Sigara öyküsü

Hastaların %28.74'ü (n=121) sigara içmekteydi. Süreden bağımsız olarak daha önce kullanmışların oranı %11.16 (n=47) iken hiç kullanmamış olanların oranı %60.1 (n=253) idi. Geçmişte ya da halen sigara kullanım oranı en yüksek olan klinik tiplerin İR (%62.5) ve AKD (%61.3) olduğu tespit edildi.

El ekzeması ile ilişkili olası faktörler cinsiyete göre karşılaştırıldığında mesleki maruziyet (p=0.001) ve olası nikel alerjisi öyküsü (p=0.00) açısından kadınlarda saptanan yükseklikler istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Diğer faktörler açısından cinsiyetler arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p>0.05).

4.4. Yama Testi Sonuçları

TRUE test yapılması planlanan 76 hastanın 57'sine (34E, 23K) test uygulandı. TRUE test yapılması planlanan diğer 17 hastadan 14'üne kontrole gelmemeleri ya da testi kabul etmemeleri, 3'üne de gebelik nedeniyle test yapılamadı. TRUE test yapılmasına rağmen biri psikiyatri takibinde ve diğeri sağlık çalışanı olan iki hastada ise yama testini tolere edememeleri nedeniyle sonuçlar değerlendirilemedi.

Test uygulanan hastaların 36'sında (%63.16) şüpheli reaksiyonlar da dahil pozitif sonuç saptandı. TRUE test sonuçlarının tamamı Tablo 11'de gösterildi. En sık pozitif sonuç saptanan alerjenler sırasıyla nikel sülfat (n=13), potasyum dikromat (n=10), karba mix (n=8), tiuram mix (n=8), kolofoni (n=6) ve tiomersal (n=6) idi. Hiçbir pozitifliğin saptanmadığı alerjenler ise caine mix, kinolin, kuaternium-15, diazolidinilüre, imidazolidinil üre ve tiksokortol-21-pivalatdı.

Nikel sülfat pozitifliği (en az 1 pozitiflik) %22.81 (n=13) oranında saptanırken, kadınlarda bu oran %39.13 (n=9) ve erkeklerde % 11.76 (n=4) olarak saptandı. Potasyum dikromat pozitifliği ise %17.54 (n=10) oranında saptandı ve bu pozitiflik sadece erkek hastalarda (%29.41) gözlemlendi.

36 hastanın test sonucu pozitiflikleri iş/öykü ilişkisi yönünden değerlendirildi. Bu hastaların %44.44'ünde (n=16) pozitif test sonuçlarından en az biriyle olan ilişki kesin ve %41.67'sinde (n=15) olası olarak değerlendirildi. %13.89'unda (n=5) ise pozitif sonuçlarla hastaların işi ya da iş dışı hobileri arasında ilişki saptanmadı.

Tablo 11 . TRUE test paneli uygulanan hastalarda test sonuçları (n=57)

TEST MADDESİ	?		1+		2+		3+		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nikel sülfat	-	-	5	8,8	6	10,5	2	3,5	13	22,8
Yün alkolü	-	-	-	-	1	1,8	-	-	1	1,8
Neomisin sülfat	-	-	1	1,8	-	-	-	-	1	1,8
Potasyum dikromat	-	-	2	3,5	4	7	4	7	10	17,5
Kain karışımı	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Güzel koku karışımı	1	1,8	2	3,5	-	-	-	-	3	5,3
Kolofoni	1	1,8	3	5,3	1	1,8	1	1,8	6	10,7
Epoksi reçinesi	1	1,8	-	-	-	-	-	-	1	1,8
Kinolin	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Peru balsamı	-	-	-	-	-	-	-	1,8	1	1,8
Etilendiamin dihidroklorid	-	-	1	1,8	-	-	-	-	1	1,8
Kobalt klorit	-	-	1	1,8	2	3,5	-	-	3	5,3
p-tert butilfenol formaldehid reçinesi	-	-	1	1,8	-	-	-	-	1	1,8
Paraben karışımı	-	-	1	1,8	-	-	-	-	1	1,8
Karba karışımı	1	1,8	3	5,3	1	1,8	3	5,3	8	14,2
Siyah kauçuk karışımı	-	-	1	1,8	-	-	-	-	1	1,8
Cl+Me-İzotiazolinon	-	-	1	1,8	-	-	-	-	1	1,8
Kuaternium-15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Merkaptobenzotiazol	-	-	-	-	1	1,8	-	-	1	1,8
p-Fenilendiamin	-	-	2	3,5	-	-	1	1,8	3	5,3
Formaldehit	-	-	1	1,8	-	-	-	-	1	1,8
Merkapto karışımı	-	-	1	1,8	1	1,8	1	1,8	3	5,4
Tiomersal	-	-	3	5,3	3	5,3	-	-	6	10,6
Tiuram karışımı	-	-	3	5,3	3	5,3	2	3,5	8	14,1
Diazolidinil üre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
İmidazolidinil üre (Germall 115)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Budesonit	2	3,5	1	1,8	-	-	-	-	3	5,3
Tiksokortol-21-pivalat	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hidrokortizon-17-bütirat	2	3,5	2	3,5	-	-	-	-	4	7

4.5. Tırnak Bulguları ve El Ekzeması İlişkisi

Hastalarda tırnak tutulum şiddetine bakılmaksızın en sık saptanan tırnak bulguları sırasıyla enine oluklanma (%37.29), longitudinal çizgilenme (%36.1), pitting (%30.64) ve lökonişi (%19.95) idi. Splinter hemoraji (%6.89), dikey sırtlanma (%6.89), diskolorasyon (%6.4), onikoliz (%4.28) ve subungual hiperkeratoz (%3.33) daha nadir gözlenen bulguları (Tablo 12).

Enine oluklanma bulgusu en yüksek oranda AKD %59.09 ve DE'de %24.39 görüldü (Tablo 12). Bu bulgu en şiddetli olarak AKD'de (%13.64; n=6) saptandı.

El ekzemalı hastalarda 2. en sık (%36.1) görülen tırnak bulgusu longitudinal çizgilenmeydi. Bu bulgu NE'de %85.7 iken AEE'de 9,09 oranında saptandı (Tablo 12). Şiddetli longitudinal çizgilenme de NE ve HE'de daha yüksek oranda saptandı.

Pitting HE'de %43.48, NE'de %42.86, sınıflandırılmayan grubunda %42.86 oranında saptanırken, İR'de de oranı %25 idi (Tablo 12). Şiddetli pitting bulgusu en yüksek oranda HE'de (%13.04) görüldü.

Lökonişi saptanan 84 hastanın 8'inde (%9.52) çizgisel lökonişi ve noktasal lökonişi birlikte görülürken, yalnızca çizgisel lökonişi görülenlerin sayısı 4 (%4.76) idi. Diğer 72 hastada (%85.71) yalnızca noktasal lökonişi bulgusu gözlemlendi. Splinter hemoraji saptanan 29 hastanın 7'sinde (%24.14) olası meslek ilişkisi tespit edildi (3'ü inşaat işçisi, 2'si mekanik bakım işçisi, 1'i kaportacı, 1'inde hobi olarak toprak teması). Bu hastalardaki splinter hemoraji bulgusu 'meslekle ilişkili travmatik tırnak bozukluğu' olarak sınıflandırıldı ve ekzema tırnağı bulguları içerisinde değerlendirildi. Diskolorasyon saptanan 27 hastanın 7'si yapısal, 3'ü travmatik diskolorasyon olarak değerlendirildi ve bu bulgular ekzemaya bağlı tırnak değişikliği dışında tutuldu. Diğer 17 hastanın (%4.04) tırnak bulgusu ekzema ile ilişkili olarak değerlendirildi.

Lökonişi İR'de %37.5 oranında saptanırken NE'de bu bulgu hiç saptanmadı (Tablo 12). Şiddetli lökonişi sadece 1 (%9.09) AEE'li hastada görüldü.

Splinter hemoraji sınıflandırılmayan grubunda %16.67 (n=7) oranında iken, HE ve AEE'de bu bulgu saptanmadı (Tablo 12). Şiddetli splinter hemoraji hiçbir klinik tipte görülmedi.

Tablo 12. Tırnak bulgularının el ekzeması klinik tiplerine göre dağılımı (n=421)*

	e . oluklanma		l. çizgilenme		pitting		lökonişi		s.hemoraji		d.sırtlanma		diskolorasyon		onikoliz		s. hiperkeratoz	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
İKD (n=237)	82	34,60	86	36,29	62	26,16	51	21,52	13	5,49	15	6,33	8	3,38	4	1,69	9	3,80
AKD (n=44)	26	59,09	16	36,36	14	31,82	9	20,45	6	13,64	3	6,82	4	9,09	6	13,64	3	6,82
HE (n=23)	7	30,43	14	60,87	10	43,48	2	8,70	–	–	2	8,70	2	8,70	1	4,35	1	4,35
AEE (n=11)	4	36,36	1	9,09	4	36,36	2	18,18	–	–	–	–	1	9,09	1	9,09	–	–
DE (n=41)	10	24,39	8	19,51	14	34,15	5	12,20	1	2,44	1	2,44	–	–	3	7,32	–	–
İR (n=16)	4	25,00	6	37,50	4	25,00	6	37,50	1	6,25	3	18,75	–	–	1	6,25	–	–
NE (n=7)	3	42,86	6	85,71	3	42,86	–	–	1	14,29	2	28,57	–	–	–	–	–	–
S (n=42)	21	50,00	15	35,71	18	42,86	9	21,43	7	16,67	3	7,14	2	4,76	2	4,76	1	2,38
Toplam (n=421)	157	37,29	152	36,10	129	30,64	84	19,95	29	6,89	29	6,89	17	4,04	18	4,28	14	3,33

p>0.05

***Bazı hastalarda birden fazla bulgu saptanmıştır.**

e.oluklanma; enine oluklanma, l.çizgilenme; longitudinal çizgilenme, s.hemoraji; splinter hemoraji, d. sırtlanma; dikey sırtlanma; s. hiperkeratoz; subungual hiperkeratoz, İKD; iritan kontakt dermatit, AKD; alerjik kontakt dermatit, HE; hiperkeratotik ekzema, AEE; atopik el ekzeması, DE; dishidrotik ekzema, İR; id reaksiyonu, NE; numuler ekzema, S; sınıflandırılmayan grubu

Dikey sırtlanma NE'de %28.57 oranında iken, AEE'de bu bulgu saptanmadı (Tablo 12).

Diskolorasyon AEE'de (n=1) ve AKD'de de (n=4) %9.09 oranında saptanırken, DE, İR ve NE'de bu bulgu saptanmadı (Tablo 12).

AKD'de de onkoliz %13.64 ve subungual hiperkeratoz %6.82 oranında görüldü. NE'de onkoliz bulgusu hiç görülmezken AEE, DE, İR ve NE'de subungual hiperkeratoz bulgusuna rastlanmadı (Tablo 12).

Beau çizgisi 3 hastada görüldü. Nadir görülen diğer tırnak bulguları onikomadezis (n=11), travmatik subungual hemoraji (n=11), onikoşizi (n=6), koilonişi (n=5), melanonişi striata (n=5), travmatik distrofi (n=5), median tırnak distrofisi (n=4) ve yarım-yarım tırnak (n=3) idi.

Ekzema süresi uzadıkça enine oluklanma (p=0.01), pitting (p=0.042) ve dikey sırtlanma (p=0.01) bulgularında artış saptandı ve bu artışlar istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Longitudinal çizgilenme bulgusunda da ekzema süresiyle artış gözlenmekle birlikte bu bulgu istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p>0.05). Diğer tırnak bulgularında ekzema süresinden bağımsız bir dağılım izlendi (Tablo 13).

Ekzema şiddeti arttıkça enine oluklanma, pitting, splinter hemoraji, dikey sırtlanma, diskolorasyon ve subungual hiperkeratoz bulgularının orantısal olarak arttığı izlendi. Longitudinal çizgilenme bulgusunda bir artış izlenmezken, lökonişi bulgusunun ekzema şiddeti ile ters orantılı olarak azaldığı izlendi (Tablo 13).

Yaşlanma ile ilişkili gelişebilecek tırnak değişiklikleri de göz önünde bulundurularak 50 yaşın üzerindeki hastalar ile 50 yaş ve altı hastalarda her bir tırnak bulgusunun şiddetleri karşılaştırıldı. Bu iki yaş grubu arasında enine oluklanma (50 yaş ve altı; yok:%66.5, hafif: %24.4, orta: %5.7, şiddetli:%3.5 iken 50 yaş üstü yok:%51.4, hafif:%33.3, orta:%8.6, şiddetli:%6.7) (p=0.044), longitudinal çizgilenme (p=0.00), lökonişi (p=0.024), subungual hiperkeratoz (p=0.016), diskolorasyon (p=0.00), splinter hemoraji (p=0.005) ve dikey sırtlanma (p=0.00) bulgularının her birinin şiddetleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Elli yaş üzerinde bu bulguların hem görülme oranında hem de şiddetinde artış vardı. Pitting şiddetleri açısından ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmedi (p=0.35).

Tablo 13. Tırnak bulgularının el ekzeması süresi ve şiddetine göre dağılımı (n=421)*

	<u>e.oluklanma</u>		<u>l.çizgilenme</u>		<u>pitting</u>		<u>lökonişi</u>		<u>s. hemoraji</u>		<u>d. sırtlanma</u>		<u>diskolorasyon</u>		<u>onikoliz</u>		<u>s. hiperkeratoz</u>	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ekzema süresi																		
1 aydan kısa (n=56)	14	25,00	17	30,36	10	17,86	9	16,07	5	8,93	2	3,57	2	3,57	5	8,93	4	7,14
1-6 ay (n=38)	15	39,47	14	36,84	13	34,21	8	21,05	3	7,89	1	2,63	2	5,26	1	2,63	–	–
7 ay-2 yıl (n=80)	25	31,25	27	33,75	25	31,25	26	32,50	5	6,25	5	6,25	2	2,50	2	2,50	2	2,50
3-5 yıl (n=93)	30	32,26	30	32,26	29	31,18	17	18,28	4	4,30	5	5,38	5	5,38	4	4,30	1	1,08
6-10 yıl (n=81)	33	40,74	31	38,27	21	25,93	17	20,99	7	8,64	4	4,94	2	2,47	4	4,94	2	2,47
10 yıldan fazla (n=73)	40	54,79	33	45,21	31	42,47	7	9,59	5	6,85	12	16,44	4	5,48	2	2,74	5	6,85
Toplam (n=421)	157	37,29	152	36,10	129	30,64	84	19,95	29	6,89	29	6,89	17	4,04	18	4,28	14	3,33
Ekzema şiddeti																		
Hafif (n=165)	45	27,27	59	35,76	41	24,85	38	23,03	8	4,85	8	4,85	5	3,03	6	3,64	5	3,03
Orta (n=211)	85	40,28	77	36,49	68	32,23	40	18,96	16	7,58	14	6,64	8	3,79	10	4,74	7	3,32
Şiddetli (n=45)	27	60,00	16	35,56	20	44,44	6	13,33	5	11,11	7	15,56	4	8,89	2	4,44	2	4,44

(e. oluklanma; p=0.01, pitting; p=0.042, dikey sırtlanma; p=0.01)

* Bazı hastalarda birden fazla bulgu saptanmıştır.

e.oluklanma.; enine oluklanma, l.çizgilenme; longitudinal çizgilenme, s.hemoraji; splinter hemoraji, d. sırtlanma; dikey sırtlanma, s. hiperkeratoz; subungual hiperkeratoz

Ayrıca akut atak grubundaki tırnak bulguları ile kronik ekzema grubunda (kronik seyir, kronik sık atak ve kronik ara sıra atak) görülen tırnak bulguları karşılaştırıldı. Ekzema seyri ile tırnak bulgularının şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0.495$).



Şekil 1: Tırnak bulgusu izlenmeyen DE'li bir hasta.



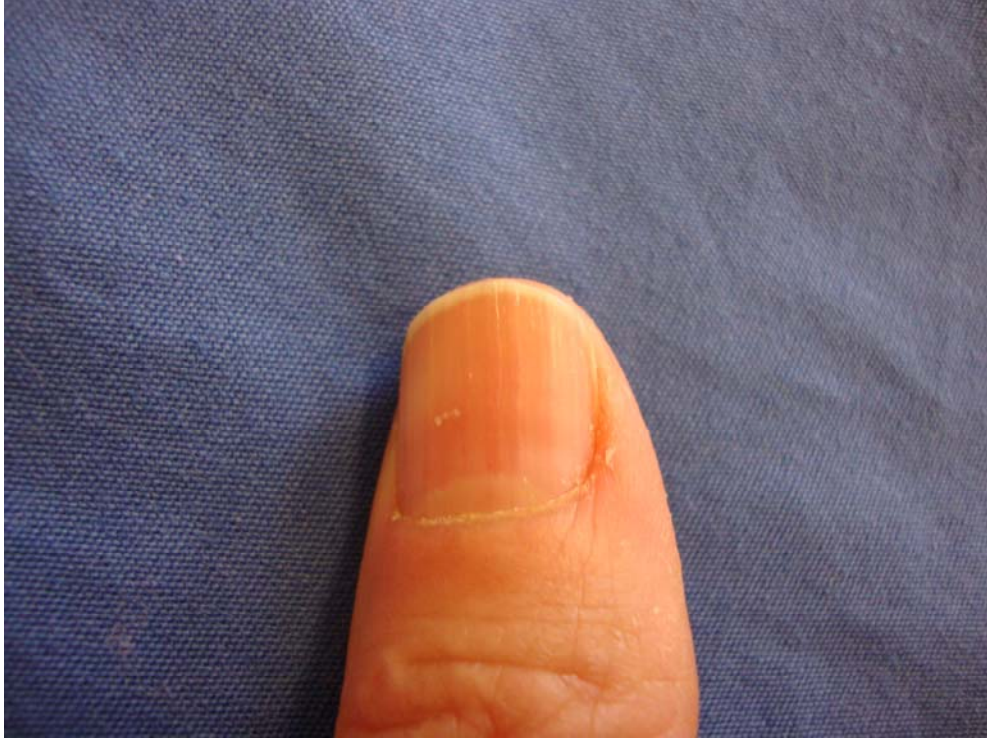
Şekil 2: AKD'li bir hastada enine oluklanma ve sarımsı diskolorasyon bulguları.



Şekil 3a: İKD'li bir hastada palmar yüz ve parmak tutulumu.



Şekil 3b: İKD'li hastada pitting bulgusu.



Şekil 4: İKD’li bir hastada longitudinal çizgilenme ve lökonişi bulguları.



Şekil 5: Sınıflandırılmayan grubundaki bir hastada splinter hemoraji, subungual hemoraji, longitudinal çizgilenme, dikey sırtlanma, enine oluklanma ve sarımsı diskolorasyon bulguları.

5. TARTIŞMA

Ülkemizde el ekzeması klinik tiplerinin görülme sıklıklarına dair bildirilmiş geniş seriler yoktur. Bu nedenle çalışmamızda ilk aşamada geniş bir hasta grubunda klinik olarak ekzema tiplerinin ve görülme oranlarının tespit edilmesi, ayrıca hastaların öyküleri doğrultusunda en sık el ekzemasına yol açan etkenlerin saptaması amaçlandı. İkinci aşamada klinik olarak olası ve kesin AKD tanısı alan hastalara yama testi yapılarak, toplumumuzda en sık görülen alerjenlerin tespit edilmesi, olası etken ya da etkenlerden sakınmaya yönelik hastaların bilgilendirilmesi ve böylece hastaların yaşam kalitesinin artırılması amaçlandı. Üçüncü aşamada ise tüm hasta grubunda tırnak bulguları kaydedilerek, ekzemayla ilişkili olabilecek tırnak bulgularının tespit edilmesi, ekzemaya eşlik etme oranlarının saptanması ve ekzema klinik tipleriyle karşılaştırılması amaçlandı.

Çalışmamızda 421 el ekzemalı hasta ekzemayla ilişkili tüm faktörler yönünden sorgulandıktan sonra klinik açıdan değerlendirilerek ekzema sınıflaması yapıldı ve tırnak bulguları kaydedildi. Daha sonra klinik olarak AKD tanısı konulan ya da bu tanının tam olarak dışlanamadığı 57 hastaya Avrupa Standart Serisi TRUE test paneli ile yama testi yapıldı. Saptanan tüm bulgular bu konularda yapılmış çalışma sonuçlarıyla karşılaştırıldı.

Yapılan tüm çalışmalarda kadınlardaki el ekzeması prevalansı erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek saptanmıştır (42,43). Ayrıca yapılan çalışmalarda el ekzemalarının genç kadınlarda pik yaptığı ve ilerleyen yaşla birlikte azaldığı gösterilirken (41,42); erkeklerde prevalansın yaş gruplarından bağımsız olduğu bildirilmiştir (42). Bizim çalışmamızda da diğer tüm çalışmalara benzer şekilde kadınlarda el ekzeması prevalansı daha yüksek bulundu (K/E:1.39). Kadınlarda en sık el ekzeması saptanan yaş aralığı 20-29 yaş (%28.98) iken, erkeklerde 30-39 yaş (%25) idi. Ayrıca kadınlar ve erkeklerde ilerleyen yaşla birlikte el ekzeması sıklığının azaldığı, ancak erkeklerde el ekzeması sıklığında azalmanın kadınlara göre daha ileri yaşlarda olduğu gözlemlendi.

Hald ve arkadaşları el ekzemasının kadınlarda erkeklere göre biraz daha erken yaşta geliştiğini (ortalama başlangıç yaşı; K:26, E:28) tespit etmişlerdir. Meding ve

arkadaşları da yaptıkları çalışmada el ekzemasının kadınların %35'inde, erkeklerin %27'sinde 20 yaş öncesi başladığını göstermişlerdir (42). Bizim çalışmamızda da kadınlarda el ekzemasının erkeklere göre daha erken yaşta geliştiği saptanmakla birlikte (ortalama başlangıç yaşı; K:28.3 E:34.5), Hald ve arkadaşlarının bildirdiklerine göre hem kadınlarda hem de erkeklerde daha geç yaşta başladığı saptandı. Ayrıca ekzeması 20 yaş öncesi başlayan kadınların ve erkeklerin oranı (K:%29.8, E:%15.34) Meding ve arkadaşlarının bildirdikleri orana göre daha düşüktü.

Avrupa Çevresel ve Kontakt Dermatit Araştırma Grubu (European Environmental and Contact Dermatitis Research Group) kapsamında Diepgen ve arkadaşları 2005-2006 yılları arasında 416 hasta ile yaptıkları bir çalışmada el ekzemalarını temel olarak 'İKD, AKD, AKD+İKD, AEE, AEE + İKD, Veziküler Ekzema ve HE' olarak sınıflandırmışlardır. Bu sınıflamada en sık görülen klinik tipler; İKD (%21.5), AKD (%15.2), AKD+İKD (%15.2), AEE+İKD (%7.8), AEE (%5.8), Veziküler Ekzema (%9.3) ve HE (%5.3)'dir (16). Meding ve Swanbeck 1982-1983 yılları arasında yaptıkları çalışmada el ekzemalarını başlıca 'İKD, AKD, Atopik Dermatit, Pomfoliks, HE, NE ve sınıflandırılmayan ekzema' klinik tiplerine ayırmışlardır. Klinik tipleri sıklık sırasıyla; İKD (%36), sınıflandırılmayan ekzema (%21), AKD (%16), Atopik Dermatit (%16), Pomfoliks (%6), HE (%3) ve NE (%2) olarak belirlemişlerdir (15). Çalışmamızda Meding ve Swanbeck'in sınıflamasına kısmen benzer şekilde başlıca İKD, AKD, HE, AEE, DE, İR, NE ve sınıflandırılmayan grubundan oluşan el ekzeması sınıflaması yapıldı. Klinik tipler; İKD (%56.29), AKD (%10.45), HE (%5.46), AEE (%2.61), DE (%9.74), İR (%3.80), NE (%1.66) ve sınıflandırılmayan grup (%9.98) olarak saptandı. Sıklık sırası yönünden çalışmalar arasında belirgin fark gözlenmemekle birlikte, çalışmamızdaki AEE oranı diğer iki çalışmaya göre belirgin derecede düşüktü.

Diepgen ve arkadaşlarının çalışmasında İKD kadınlarda daha yüksek oranda saptanırken, AKD ve veziküler ekzema erkeklerde daha yüksek saptanmıştır (52). Çalışmamızda Diepgen ve arkadaşlarının çalışmasına benzer şekilde kadınlarda İKD (E:35.86, K:64.14) ve erkeklerde AKD (E:%61.36, K:%38.64) daha yüksek oranda saptanırken, DE (E:%48.78, K:%51.22) açısından cinsiyetler arasında belirgin

farklılık saptanmadı. İR (E:%68.75, K:%31.25) ise AKD'ye benzer şekilde erkeklerde daha yüksek orandaydı.

Diepgen ve arkadaşlarının çalışmasında; klinik tipler içerisinde en genç grup AEE, en yaşlı grup HE olarak saptanmıştır (16). Çalışmamızda da benzer şekilde en genç yaş ortalamasına sahip klinik tip AEE iken, en ileri yaş ortalamasına sahip klinik tipler NE ve HE olarak saptandı.

Meding ve Swanbeck'in çalışmasında; klinik tiplere göre ekzema süreleri karşılaştırıldığında AEE'de 15.5 yıl, İKD'de 10.3 yıl ve AKD'de 12.8 yıl devam süresi saptanmıştır (15). Çalışmamızda dağılım aralıkları çok geniş olmakla birlikte İKD'de 7.3 ± 9.0 , AKD'de 7.4 ± 9.3 ve AEE'de 7.3 ± 10.2 yıl ile el ekzeması devam süreleri daha kısa süreli olarak bulundu.

Diepgen ve arkadaşları el ekzeması lokalizasyonunu EEŞİ skorlamasına uygun olarak 'parmak uçları, parmaklar, palmar, dorsal ve el bileği' şeklinde gruplandırmışlardır. En sık 'parmak' tutulumu saptanmış olup, veziküler ve hiperkeratotik tiplerde ise farklı olarak en sık 'palmar tutulum' saptanmıştır. İKD ve AEE'de el sırtının da sıklıkla tutulduğu bildirilmiştir (16). Çalışmamızda en sık palmar yüz ile birlikte parmaklar tutulurken (%21.85), el ile birlikte el bileği ve/veya diğer vücut alanları ve parmaklar diğer sık tutulan alanlardı. İKD'de de en sık palmar yüz ile birlikte parmaklar, AEE'de ve AKD'de de en sık el ile birlikte el bileği ve/veya diğer vücut alanları tutulumu saptandı. Çalışmamızda lokalizasyon gruplarının kısmen farklılık göstermesi nedeniyle net karşılaştırma yapılamadı.

Agner ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada erkeklerde el ekzemanın daha şiddetli seyrettiği bulunmuştur (43). Veien ve arkadaşlarının çalışmasında ise kadınlarda erkeklere göre hafif ekzema (K:%31, E:%50) oranları daha düşük, orta (K:%53, E:%41) ve şiddetli ekzema (K:%13, E:%8) oranları daha yüksek saptanmıştır. Erkeklerin %1'i ve kadınların %3'ü 'ekzema şiddeti bilinmeyen grup' olarak sınıflandırılmıştır (47). Çalışmamızda kadınlarda erkeklere göre hafif ekzema (K:%42.86, E:%34.09) oranları daha yüksek, orta (K:%46.53, E:%55.11) ve şiddetli ekzema (K:%10.61, %10.80) oranları daha düşüktü. Erkeklerdeki orta ve şiddetli ekzema oranları ise hem kadınlarla hem de Veien ve arkadaşlarının (47) çalışmasıyla karşılaştırıldığında daha yüksek bulundu. Bununla birlikte çalışmamızdaki cinsiyete

göre şiddetli ekzema oranları birbirine oldukça yakın olup ekzema şiddetlerine göre cinsiyetler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p=0.172$).

On yıldan uzun ekzema süreli hastalarda 10 yıl ya da daha az ekzema süreli hastalara göre ekzema şiddetlerindeki artış istatistiksel olarak anlamlı idi ($p=0.042$). Bu sonuçlara dayanarak ekzema süresi uzadıkça ekzema şiddetinin arttığı söylenebilir.

El ekzemaları hastane çalışanlarında, ıslak işlerde çalışanlarda, kimyasal madde yapımında çalışanlarda, inşaat işçilerinde, elektrik ve metal işçilerinde, boyacılar ve kuaförlerde görülmektedir (53). Anveden ve arkadaşları kadınların hem sıklık hem de süre açısından erkeklere göre daha fazla mesleki su maruziyeti yaşadıklarını ortaya koymuşlardır. Bu maruziyet özellikle vaktinin çoğunu evde geçiren genç kadınlarda saptanmıştır (42). Çalışmamızda Anveden ve arkadaşlarının çalışmasıyla uyumlu olarak en sık el ekzeması görülen meslek grubunu 20-29 yaş ve 30-39 yaş aralıklarındaki ev hanımları oluşturmaktaydı. Diğer meslek grupları sıklık sırasıyla; sağlık çalışanı (%10.93), metal sanayi işçisi (%5.94), ofis çalışanı (%4.99), inşaat işçisi (%4.28) ve ziraat işçisi (%3.33) olarak saptandı. Kimya endüstrisi çalışanı, temizlik personeli, gıda sektörü çalışanı, depo-ambar çalışanı, mobilya işçisi ve kuaförlerin oranı daha düşüktü. Diğer grubunun büyük çoğunluğunu beklenenden farklı olarak öğrenciler (%12.35) ve emekliler (%8.79) oluşturdu.

İritan el ekzeması sıklıkla mesleki maruziyetle ilişkilidir (15). Özellikle bulaşıkçılar, kuaförler, fırıncılar, kasaplar, aşçılar, araba tamircileri, barmenler, hemşireler, balıkçılar, gıda sektöründe çalışanlar, inşaat işçileri, tesviyeciler ve metal işçileri gibi ıslak işlerde çalışanlarda ve ev hanımlarında gelişen el ekzemalarının çoğunluğunun İKD olduğu saptanmıştır (2). Çalışmamızda İKD'nin en sık gözlemlendiği gruplar ev hanımları (%31.65), sağlık çalışanları (%15.61), öğrenciler (%11.39) ve emekliler (%8.02) idi. Öğrencilerin oranındaki yükseklik çalışmamızın üniversite hastanesinde yapılmış olması nedeniyle öğrencilerin daha çok başvurmasından kaynaklanabilir.

Meding ve Swanbeck yaptıkları bir çalışmada su, deterjanlar, kimyasallar ve toprakla mesleki maruziyeti olanlarda el ekzeması prevalansını daha yüksek saptamışlardır (6). Çalışmamızda mesleki maruziyet öyküsü %38.48 oranında saptandı. İKD'lerin %47.7'sinde, AKD'lerin %41.0'inde ve sınıflandırılmayan

grubunun %47.7'sinde mesleki maruziyet öyküsü mevcuttu. İKD'li hastalarda belirtilen nedenler içerisinde ıslak iş (lateks %10.3, su %9.9, su ve deterjan %4.6, su ve toprak %0.8) %25.6 oranıyla en yaygın neden olarak saptandı.

English yaptığı bir çalışmada el ekzemalı hastaların yaklaşık yarısında ekzema başlangıcının işe başladıktan sonraki 2 yıl içinde görüldüğünü saptamıştır (10). Çalışmamızda mesleki maruziyet sorgulamasına 'olası' ve 'var' cevabını veren 162 hastadan ev hanımları dışında kalan 94 hastanın %57.45'inde (n=54) işe başlama zamanı ile el ekzemasının ortaya çıkması arasında geçen süre 2 yıl ve altında iken, %42.55'inde (n=40) bu süre 2 yıldan uzundu.

Veien ve arkadaşları el ekzeması nedeni olarak yiyecekler ve psikolojik stres cevabını verenlerin oranını sırasıyla %14.0 ve %13.0 olarak bildirmişlerdir (47). Çalışmamızda bu oranlar sırasıyla %8.8 ve %7.84 olarak saptandı ve Veien ve arkadaşlarının sonuçları ile karşılaştırıldığında daha düşük bulundu.

Genel popülasyon çalışmaları AE'nin el ekzemasındaki en önemli risk faktörü olduğunu ortaya koymuştur (42,44). Apfelbacher ve arkadaşları da atopik deri diyatezini (%38.5) el ekzeması ile en fazla ilişkili faktör olarak saptamışlardır (54). Hald ve arkadaşlarının çalışmasında bu oran %28.7 olarak saptanmıştır (55). Veien ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise geçmişte ya da halen mevcut atopik ekzema öyküsü oranı %19 olarak tespit edilmiştir (47). Çalışmamızda geçmişte ya da halen mevcut AE %4.28, kişisel atopi öyküsü %14.49, aile bireylerinden en az birinde atopi varlığı ise %13.06 oranında saptandı. Hem AE öyküsü hem de kişisel atopi oranları yukarıda bahsedilen çalışmalarla kıyaslandığında daha düşük saptandı.

Sigara kullanımı ile el ekzeması arasındaki ilişkiyi araştıran az sayıda çalışma mevcuttur. Thyssen ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada anlamlı bir ilişki saptanırken, Montnemery ve arkadaşlarının çalışmalarında zayıf bir ilişki olduğu bildirilmiştir (42). Meding ve arkadaşları ile Bo ve arkadaşlarının çalışmasında ise herhangi bir ilişki tespit edilmemiştir (42). Kedrowski ve arkadaşları DE'li kişilerin çoğunluğunun sigara içici ve/veya nikel alerjisi olan kişiler olduğunu belirtmişlerdir (32). Çalışmamızda daha önce sigara kullanmış ya da halen kullanmakta olanların oranı %39.9 olarak saptandı. Klinik tipler sigara kullanım oranları açısından karşılaştırıldığında; İR'li hastaların %62.5'inde ve AKD'li hastaların %61.3'ünde geçmişte ya da halen sigara kullanım öyküsü mevcuttu. DE'li hastaların ise

%46.4'ünde bu öykü mevcuttu ve Kedrowski ve arkadaşlarının çalışmasıyla kıyaslandığında bu oran daha düşüktü.

Yokozeki ve arkadaşları yaptıkları çalışma ile lokal hiperhidrozun DE'deki veziküler lezyonların gelişimine katkı sağladığını bildirmişlerdir (36). Çalışmamızdaki klinik tipler karşılaştırıldığında; en yüksek palmar ya da palmoplantar hiperhidroz oranına sahip klinik tipler İR (%25) ve DE (%24.4) idi. DE'deki bu yüksek oran Yokozeki ve arkadaşlarının çalışması ile uyumlu idi. İR oranındaki yükseklik ise hiperhidrozun dermatofit enfeksiyonlarına yatkınlığı artırması ve dolaylı olarak İR'e yol açmasıyla açıklanabilir.

El ekzeması ile ilişkili faktörler yönünden yapılan sorgulamalarda en yüksek oranda mesleki maruziyet (%38.48) ve mevsimsel ilişki (%38.48) öyküsü saptandı. Dolayısıyla çalışmamızda el ekzemasıyla ilişkili olarak saptadığımız en önemli risk faktörlerinin mesleki maruziyet öyküsü ve mevsimsel ilişki olduğunu söyleyebiliriz.

Hemen hemen tüm toplumlarda kadınlardaki AKD'nin en yaygın nedeninin nikel olduğu iyi bilinmektedir. Erkeklerde en sık saptanan alerjen ise potasyum dikromatdır ve genellikle mesleki duyarlanma sonucu gelişmektedir (20).

Ülkemizde pek çok merkezde yapılan çalışmalarda değişik sayıda olguda yama testi sonuçları ve alerjen listeleri yayınlanmıştır. Bu çalışmalarda da en sık rastlanan alerjen nikelidir (24-27). Doğramacı ve arkadaşları 1195 kontakt dermatitli hasta ile yaptıkları çalışmada AKD'nin en sık ellerde görüldüğünü tespit etmişler ve yama testi sonuçlarında en sık duyarlanmanın nikel sülfat ile olduğunu ortaya koymuşlardır (24). Akasya-Hillenbrand ve arkadaşları 542 kontakt dermatitli hastaya yama testi yaptıkları retrospektif bir çalışmada en sık duyarlandırıcıları sırasıyla nikel sülfat (%19.1), potasyum dikromat (%11.8), palladium klorit (%9.4), kobalt klorit (%8.5) ve tiuram karışımı (%7.7) olarak saptamışlardır (25). Agrup alerjik el ekzemalı 462 bayan hasta ile yaptığı çalışmada yama testi sonucunda %12.1 nikel pozitifliği saptarken, Peltonen nikel alerjisi bulunanlarda el ekzeması sıklığının daha fazla olduğunu göstermiştir (42). Bizim çalışmamızda da tüm bu sonuçlarla uyumlu olacak şekilde yama testinde %22.81 (n=13) ile nikel sülfat pozitifliği (en az 1 pozitiflik) en yüksek oranda saptanırken, kadınlarda bu oran % 39.13 (n=9) ve erkeklerde % 11.76 (n=4) idi. Potasyum dikromat pozitifliği ise %17.54 (n=10) ile 2. en sık saptanan alerjendi. Erkeklerde en yüksek pozitiflik oranına sahip olan bu

alerjene karşı kadınlarda hiç pozitif reaksiyon görülmedi. Tüm yama testi sonuçlarımız değerlendirildiğinde en sık pozitif sonuçlar nikel sülfat, potasyum dikromat, karba karışımı, tiuram karışımı, tiomersal ve kolofoni ile elde edildi.

Çalışmamızda 1 hastada öyküsü doğrultusunda fotoalerjik kontakt dermatit düşünüldü. Fotoyama testi yapılamayan hastada beklendiği şekilde TRUE test parametresinde herhangi bir pozitiflik saptanmadı.

El ekzemalarının beraberinde görülen tırnak tutulumuna dair literatür bilgileri incelendiğinde tırnak kozmetiklerinin kullanımı sonucu gelişen ekzema ve tırnak bulgularına ait olgu örnekleri dışında el ekzemalarında görülen tırnak tutulum şekillerine ve görülme oranlarına yönelik herhangi bir verisel çalışmaya rastlanmadı. Bu nedenle saptanan tırnak bulgularının ekzemaya bağlı olup olmadığını tespit etmek amacıyla yapılan değerlendirmeler tarafımızdan oluşturuldu.

Çalışmamızda şiddetine bakılmaksızın en sık görülen tırnak bulguları enine oluklanma (%37.29), longitudinal çizgilenme (%36.1), pitting (%30.64) ve lökonişi (%19.95) olarak saptandı.

Kronik ekzemalarda ve uzun dönem AEE'de tırnaklarda kalınlaşma ile enine çizgilenme ve oluklanmalar görülebilmektedir (32). DE lezyonlarında da enine oluklanma izlenebilir (32).

Çalışmamızda en sık görülen tırnak bulgusu enine oluklanma (%37.29) idi ve en yüksek oranda AKD'de izlendi. Elli yaş üzerindeki el ekzemalı hastalarda enine oluklanmanın ve şiddetli enine oluklanmanın daha sık görülmesi ileri yaşta el ekzemalarının daha şiddetli seyretmesiyle ilişkili olabileceği gibi bu bulgular sadece yaşa bağlı da olabilir. Şiddetli ekzemaların AKD'ye daha sık eşlik etmesine dayanarak, bu bulgunun özellikle ileri yaştaki şiddetli ekzemalarda daha sık görüldüğü söylenebilir.

Longitudinal çizgilenme ekzemada görülebileceği gibi (2), yaşlı bireylerde özellikle de 60 yaşın üzerindeki kişilerde sık görülen tırnak bulgularından biridir (48).

Çalışmamızda longitudinal çizgilenme el ekzemalı hastalarda 2. en sık (%36.1) görülen tırnak bulgusuydu. NE (%85.71) ve HE'de (%60.87) orantısal olarak bu bulgu daha sık iken, AEE'de (%9.09) daha düşük idi. Bu sonuçlar aynı zamanda en erken başlangıç yaşına sahip AEE ile en geç başlangıç yaşına sahip NE ve HE

sonuçları ile paralellik gösterdi. Elli yaş üstünde longitudinal çizgilenme ve şiddetli longitudinal çizgilenme bulgusunda artış saptandı. Bu bulgu ekzema ile ilişkili olabileceği gibi yaşla ilişkili de olabilir.

El tırnağında pitting İKD ve AKD'ye eşlik (2) edebildiği gibi sağlıklı bireylerde de görülebilen (50) bir bulgudur.

Çalışmamızda pitting 3. sıklık sırasında (%30.64) tespit edilen bulguydu. Bu bulgu longitudinal çizgilenme bulgusuna benzer şekilde başlangıç yaşları daha ileri olan NE ve HE klinik tiplerinde orantısal olarak daha yüksekti. Ancak diğer sık görülen bulgulardan farklı olarak; 50 yaş üstü dönem ile 50 yaş ve altı dönem arasında bu bulgunun görülme sıklığı ve şiddet oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı. Bu veriler eşliğinde pitting gerçekten el ekzemalarında sık görülen bir bulgu olabileceği gibi, sağlıklı bireylerde de görülebilen bir bulgu olabilir.

Ekzema transvers lökonişiye neden olabilir (2). Noktasal lökonişi ise tamamen sağlıklı bireylerde sık görülen bir bulgudur (50).

Çalışmamızda lökonişi %19.95 oranıyla sık saptanan bulgulardan biriydi. Bu grubun %14.28'i noktasal lökonişi ile birlikte ya da izole transvers lökonişi iken, diğerlerinde yalnızca noktasal lökonişi saptandı. Bu bulgu orantısal olarak İR'de (%37.5) daha yüksek iken, şiddetli lökonişi AEE'de (%9.09) daha yüksek idi. Ayrıca lökonişi ile yaş grupları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde 50 yaş üzerindeki hariç diğer yaş gruplarında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0.05$). Elli yaş üzerinde ise lökonişi ve şiddetli lökonişi bulgusunun azaldığı izlendi ve 50 yaş üzeri ile 50 yaş ve altı gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0.024$). Bu veriler eşliğinde noktasal lökonişinin tamamen sağlıklı bireylerde sık görüldüğünün bilinmesinden de yola çıkarak el ekzemalı hastalarda yüksek oranda saptanması, genç-orta yaşta görülen ekzema tiplerine eşlik edebileceği gibi genç-orta yaştaki bireylerin sağlıklı tırnaklarında da görülme olasılığını düşündürmektedir.

Splinter hemoraji yaşa bağlı görülebilmekle birlikte özellikle meslek kaynaklı (travmatik) bir tırnak bulgusudur ve el ekzemaları da büyük oranda meslek kaynaklı olduğundan, bu bulgu dolaylı yoldan ekzema ile ilişkili olabilir ve hastalarda nispeten yüksek oranda gözlenmesi beklenen bir sonuçtur. Çalışmamızdaki

hastaların %6.89'unda (n=29) splinter hemoraji saptandı. Bu hastaların %24.14'ünde (n=7) olası mesleki travma öyküsü mevcuttu (2'si onarım-bakım işçisi, 3'ü inşaat işçisi, 1'i mekanik bakım işçisi, 1'inde hobi olarak toprak teması). Travma öyküsü vermeyen diğer hastalardaki %5.22'lik oran da (n=22) oldukça yüksekti. Bu durum splinter hemorajinin travmadan bağımsız olarak direk ekzemayla ilişkili olabilme ihtimalini güçlendirmektedir.

Yaşlılarda sık görülen bir bulgu olan dikey sırtlanma çalışmamızda nispeten yüksek oranda bulunmakla birlikte 40-49 ve 50-59 yaş grupları dışındaki hastalarda görülmemiştir. El ekzemasının nispeten sık görüldüğü yaş aralıklarında bu bulgunun hiç görülmemesi ekzemayla ilişkili olma ihtimalini azaltmaktadır.

Sarı diskolorasyon tırnağın kalınlaşmasından kaynaklanan bir bulgudur. Ekzema da tırnakta kalınlaşmaya yol açması nedeniyle sarı diskolorasyona neden olabilir (2). Çalışmamızda el ekzemalı hastaların tırnağında saptanan total diskolorasyon oranı %6.4 idi. Yapısal ve travmatik diskolorasyonların dışlanması sonrası saptanan diskolorasyon oranı %4.04 ve subungual hiperkeratoz oranı %3.33 bulundu. Birlikte görülmesi beklenen bu iki bulgu yakın oranlarda saptandı. Subungual hiperkeratoz orantısal olarak %6.82 ile AKD'de daha yüksek iken, diskolorasyon %9.09 ile AEE (n=1) ve %9.09 ile AKD'de (n=4) daha yüksekti. Bu iki bulgunun çalışmamızdaki oranları düşük olmakla birlikte birliktelikleri nedeniyle ekzemayla ilişkileri anlamlı görünmektedir.

Onikoliz tırnak kozmetiklerine bağlı gelişen AKD'lerde görülebildiği gibi mesleki ve meslek dışı nedenlerle de oluşabilir. Mesleki onikoliz tekrarlayan minör travmalar sonucu tırnaktaki basınç artışından kaynaklanmaktadır (2).

Çalışmamızda onikoliz %4.28 (n=18) oranında saptandı. Bu bulgu %13.64 ile AKD'de daha yüksek oranda saptandı. Bu bulguya; %16.67 (n=3) ile onikomadezis, %5.56 (n=1) ile onikoşizi, %5.56 (n=1) ile subungual hemoraji ve %5.56 (n=1) ile travmatik distrofi eşlik etmekteydi. Onikolizin diğer travmatik tırnak bulgularına eşlik etmesi minör travmalarla görüldüğü görüşünü desteklemektedir. Diğerlerine göre düşük oranda saptanan bu bulgu farkında olmadan karşılaşılan minör travmalardan kaynaklanabileceği gibi ekzemayla direk ilişkisi olabileceği ihtimalini de akla getirmektedir.

Çalışmamızda ekzema şiddeti arttıkça enine oluklanma, pitting, splinter hemoraji, dikey sırtlanma, diskolorasyon ve subungual hiperkeratoz bulgularının oranlarında artış izlendi. Enine oluklanma ve pitting bulgularının el ekzemasında görülme oranlarının yüksek olması ve ekzema şiddeti arttıkça görülme oranlarının da artması ekzemayla ilişkili bulgular olma olasılıklarını güçlendirmektedir. Splinter hemorajinin de ekzema şiddeti arttıkça artan bir bulgu olması ekzemaya bağlı gelişebilme ihtimalini artırmaktadır. Dikey sırtlanmanın görüldüğü yaş aralıklarında özellikle ekzema şiddeti arttıkça bu bulgunun görülme oranının artması, şiddetli ekzemalara eşlik etme eğiliminde olduğunu düşündürmektedir. Longitudinal çizgilenme ise ilerleyen yaşla birlikte artış göstermesine rağmen ekzema şiddeti ile görülme oranlarında değişiklik saptanmaması bu bulgunun ekzemaya bağlı gelişme ihtimalini azaltmakta, yaşa bağlı tırnak bulgusu olma ihtimalini daha da güçlendirmektedir. Lökonişinin ekzema şiddetiyle ters orantı göstermesi, genç erişkin sağlıklı bireylerde görülme ihtimalini artırmaktadır.

Çalışmamızda ayrıca akut atak ve diğer tüm kronik seyirli gruplar arasında tırnak bulguları yönünden yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmaması, bu bulguların süreden bağımsız olarak akut ekzemalarda da görülebileceğini desteklemektedir.

Çalışmamızdaki AEE, NE ve İR hasta sayılarının düşük olması ve kontrollü bir çalışma olmaması nedeniyle yanıtıcı sonuçlara yol açabilir. Yapılacak geniş serili yeni çalışmalarla tırnak bulgularının ekzema ile ilişkisi daha net ortaya konabilecektir.

6. SONUÇLAR

1. Çalışmamızda kadınlarda el ekzeması prevalansı daha yüksek bulundu ve erkeklere göre daha erken yaşta başladığı saptandı.
2. Kadınlar ve erkeklerde ilerleyen yaşla birlikte el ekzeması sıklığının azaldığı, ancak erkeklerde el ekzeması sıklığında azalmanın kadınlara göre daha ileri yaşlarda olduğu gözlemlendi.
3. Çalışmamızda İKD, AKD, HE, AEE, DE, İR, NE ve sınıflandırılmayan grubundan oluşan el ekzeması sınıflaması yapıldı. Diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında çalışmamızdaki AEE oranı belirgin derecede düşüktü.
4. Kadınlarda İKD, HE, AEE ve sınıflandırılmayan grubu, erkeklerde ise AKD, İR ve NE daha yüksek oranda saptanırken, DE açısından cinsiyetler arasında belirgin farklılık saptanmadı. Klinik tiplerin cinsiyete göre görülme sıklıkları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0.008$).
5. Çalışmamızda el ekzemasının en sık palmar yüz ile birlikte parmak tutulumu gösterdiği saptandı. İKD'de en sık palmar yüz ile birlikte parmaklar etkilenirken, AEE'de ve AKD'de de en sık el ile birlikte el bileği ve/veya diğer vücut alanlarında tutulum saptandı.
6. Çalışmamızda el ekzemasının şiddeti açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ($p=0.172$).
7. On yıldan uzun süren ekzeması olanlarda 10 yıl ve altı ekzema süreli hastalara göre ekzema şiddetinde istatistiksel olarak anlamlı artış saptandı ($p=0.042$).
8. Çalışmamızda el ekzemasının en sık görüldüğü meslek grubunu ev hanımları oluşturdu. Diğer sık görülen meslek grupları; sağlık çalışanı, metal sanayi işçisi, ofis çalışanı, inşaat işçisi ve ziraat işçisi olarak saptandı. Diğer grubunun çoğunluğunu beklenenden farklı olarak tüm çalışmadaki ikinci en yüksek orana sahip olan öğrenciler oluşturdu. İKD'li hastaların çoğunluğunu ev hanımları, sağlık çalışanları, öğrenciler ve emekliler oluşturdu.
9. Çalışmamızda atopik ekzema öyküsü düşük oranda saptanmasına rağmen, kişisel atopi öyküsü nispeten yüksekti. El ekzeması ile ilişkili faktörler yönünden yapılan

sorgulamada mesleki maruziyet öyküsü (%38.48) ve mevsimsel ilişki (%38.48) en yüksek oranlara sahipti.

10. Yama testinde en sık pozitif sonuçlar nikel sülfat, potasyum dikromat, karba karışımı, tiuram karışımı, tiomersal ve kolofoni ile elde edildi. Kadınlarda en sık nikel sülfat pozitifliği saptanırken, erkeklerde en sık potasyum dikromat pozitifliği saptandı.

11. Çalışmamızda şiddetine bakılmaksızın en sık görülen tırnak bulguları enine oluklanma, longitudinal çizgilenme, pitting ve lökonişi idi.

12. Enine oluklanma en yüksek oranda AKD'de saptandı. Elli yaş üzerinde bu bulgunun görülme oranının ve şiddetinin arttığı izlendi, özellikle ileri yaşta şiddetli ekzeması olan hastalarda daha sık görülen bir bulguydu.

13. Longitudinal çizgilenme NE ve HE'de daha yüksek oranda, AEE'de daha düşük oranda izlendi. Elli yaş üstünde görülme ve şiddet oranlarında artış saptandı. Ancak ekzema şiddetinden etkilenmediği tespit edildi. Bu bulgunun ekzema ile ilişkili olabileceği gibi ileri yaş ile de ilişkili olabileceği düşünüldü.

14. Pitting bulgusu HE ve NE'de daha yüksek oranda saptandı. 50 yaş üstü dönem ile 50 yaş ve altı dönem arasında bu bulgunun görülme sıklığı ve şiddet oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı. Ancak ekzema şiddeti arttıkça pitting oranında artış tespit edildi. Sağlıklı bireylerde de görülebilen bir bulgu olmasına rağmen özellikle şiddetli ekzemada sık saptadığımız bir bulgu olması nedeniyle el ekzemasıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

15. Lökonişi İR'de daha yüksek oranda izlendi. Elli yaş üzerinde bu bulgunun görülme sıklığı ve şiddet oranının azaldığı tespit edildi. Bu bulgu genç-orta yaştaki kişilerde görülen el ekzemalarına eşlik edebileceği gibi, bu yaştaki bireylerin tırnaklarında ekzemadan bağımsız olarak da görülebileceği düşünülmektedir.

16. Splinter hemoraji de dış faktörlerden bağımsız olarak direk ekzemayla ilişkili olabilir.

17. Yaşlılarda sık görülen bir bulgu olmasına rağmen dikey sırtlanmanın özellikle şiddetli ekzemayla ilişkili bir bulgu olma olasılığı vardır.

18. Diskolorasyon ve subungual hiperkeratozun görülme oranları düşük olmakla birlikte birliktelikleri nedeniyle ekzemayla ilişkileri anlamlı olabilir.

19. Mevcut tırnak bulguları süreden bağımsız olarak akut ekzemalarda da görülebilebilir. Bu bulguların ekzemayla ilişkilerinin daha net ortaya konulabilmesi için daha fazla sayıda hasta ile yapılacak karşılaştırmalı çalışmalara ihtiyaç vardır.

7. ÖZET

EL EKZEMALARI VE TIRNAK TUTULUMU

Giriş: El ekzeması toplumda yüksek prevalansa sahip uzun seyirli bir dermatozdur. Epidemiyolojik çalışmalar el ekzeması prevalansını ve risk faktörlerini ortaya koymuştur fakat el ekzemasının klinik tipleri için kabul edilmiş bir sınıflama sistemi yoktur. Ayrıca el ekzemasında görülen tırnak bulgularını içeren geniş seriler bulunmamaktadır.

Amaç: El ekzemalı hastaların demografik özellikleri yanında etyolojik faktörleri ve el ekzemalarının klinik tiplerini saptamak ve el ekzemalarıyla ilişkili olabilen tırnak bulgularını tespit etmek.

Gereç ve Yöntem: Bu prospektif çalışmaya Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin Dermatoloji polikliniğinde 1 yıl içerisinde görülen el ekzemalı 421 hasta (176'sı erkek, 245'i kadın) dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, meslekleri, klinik bulguları ve el ekzeması ile ilişkili faktörler belirlendi. Tüm hastaların tırnak bulguları kaydedildi. Alerjik kontakt dermatitten şüphelenilen 57 hastaya yama testi yapıldı.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 37.5 (yaş aralığı 4-80), kadınların erkeklere oranı 1.39 idi. Yüksek insidans, erken başlangıç yaşı ve nikel alerjisi kadınlarda gözlenen özelliklerdi. Hastaların %39.19'u hafif ekzemaya, %50.12'si orta şiddette ve %10.69'u şiddetli ekzemaya sahipti. Hastaların %17.34'ünde 10 yıldan uzun süreli ekzema öyküsü vardı. Hastaların %38.48'inde el ekzeması meslekle ilişkiliydi (hastaların ifadesine göre). En sık görülen meslek grubu ev hanımlarıydı (%29.93) ve diğerleri sırasıyla sağlık çalışanı (%10.93), metal işçisi (% 5.94), ofis çalışanı (%4.99), inşaat işçisi (%4.28) ve ziraat işçisi (%3.33) idi. İritan kontakt dermatit en yaygın el ekzeması klinik tipi idi (%56.29). Diğerleri sırasıyla alerjik kontakt dermatit (%10.45), sınıflandırılmayan grup (%9.98), dishidrotik ekzema (%9.74), hiperkeratotik ekzema (%5.46), elde id reaksiyonu (%3.80), atopik el ekzeması (%2.61) ve numuler ekzema (%1.66) idi. El ekzemalı hastalarda en sık saptanan tırnak bulguları sırasıyla enine oluklanma (%37.29), longitudinal çizgilenme

(%36.10), pitting (%30.64) ve lökonişi (%19.95) idi. Enine oluklanma, pitting, splinter hemoraji, diskolorasyon, onikoliz ve subungual hiperkeratozu içeren tırnak bulgularının el ekzeması ile ilişkili olabileceği düşünöldü.

Sonuç: El ekzeması için ortak kabul görmüş bir sınıflama sistemine ve el ekzemasıyla ilişkili tırnak bulgularını saptamak için daha fazla klinik çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: El ekzeması, risk faktörleri, meslek, sınıflama, yama testi, tırnak bulgusu.

8.ABSTRACT

HAND ECZEMA AND NAIL INVOLVEMENT

Background: Hand eczema is a long-lasting dermatosis with a high prevalence in the population. Epidemiological studies have identified the prevalence and risk factors but a classification system for clinical types of hand eczema is not agreed upon. Moreover no clinical trial was done containing the findings of the nail seen in hand eczema.

Objective: To establish the etiologic factors and clinical types of hand eczema as well as the demographic features of the patients with hand eczema, and to determine nail findings that can be related with hand eczema.

Material and Method: 421 consecutive patients (176 men and 245 women) with hand eczema seen in 1 year in the outpatient-clinic of Dermatology at Kocaeli University, School of Medicine were included in this prospective study. Demographic features, occupations and clinical findings of the patients and related factors with hand eczema were determined. Nail findings of all patients were noted. Patch tests were performed in 57 patients suspected allergic contact dermatitis.

Results: The median age of the patients was 37.5 (range 4-80) years; female/male ratio was 1.39. A high incidence rate, earlier age of onset, and nickel allergy were associated with female sex. Of the patients, 39.19% had mild dermatitis, 50.12% had dermatitis of moderate severity, and 10.69% had severe dermatitis. 17.34% of patients had dermatitis for more than 10 years. For 38.48% of the patients, the eczema was related with occupation (according to the query of patients). The most common occupational group was housewives (29.93%), and the others respectively were health workers (10.93%), metal workers (5.94%), office workers (4.99%), cement workers (4.28%), agricultural workers (3.33%). Irritant contact dermatitis (56.29%) was the most common clinical type of hand eczema. The others were allergic contact dermatitis (10.45%), unclassified group (9.98%), dyshidrotic eczema (9.74%), hyperkeratotic eczema (5.46%), id reaction on the hand (3.80%), atopic hand eczema (2.61%), and nummular eczema (1.66%), respectively. The most

common nail findings detected in the patients with hand eczema were transverse furrowing (37.29%), longitudinal ridging (36.10%), pitting (30.64%), and leukonychia (19.95%), respectively. It was thought nail findings including transverse furrowing, pitting, splinter hemorrhage, discoloration, onycholysis and subungual hyperkeratosis could be related with hand eczema.

Conclusion: A generally accepted classification system for hand eczema, and more clinical trials to describe the nail findings related with hand eczema are needed.

Key words: hand eczema, risk factors, occupation, classification, patch test, nail finding.

9. KAYNAKLAR

1. Elston CDM, Ahmed DDF, Watsky KL, Schwarzenberger K. Hand dermatitis. *J Am Acad Dermatol* 2002; 47: 291-9.
2. Hari Dhir. Hand dermatitis and nail disorders of the workplace. *Clin Occup Environ Med* 2006; 5: 381-396.
3. Ferahbaş A, Utaş S. İrritan kontakt dermatit. *T Klin J Int Med Sci* 2006; 2: 26-30.
4. Rystedt I. Hand eczema and long-term prognosis in atopic dermatitis. *Acta Derm Venereol* 1985; 117: 1-59.
5. Christensen OB. Prognosis in nickel allergy and hand eczema. *Contact Dermatitis* 1982; 8: 7-15.
6. Meding B, Swanbeck G. Occupational hand eczema in an industrial city. *Contact Dermatitis* 1990; 22: 13-23.
7. Smith HA, Burdorf A, Coenraads PJ. Prevalance of hand dermatitis in different occupations. *Int J Epidemiol* 1993; 22: 288-93.
8. Smith HR, Armstrong DK, Wakelin SH, Rycroft RJ, White IR, MacFadden JP. Descriptive epidemiology of hand dermatitis at the St. John's contact dermatitis clinic 1983-1997. *Br J Dermatol* 2000; 142: 284-7.
9. Stingeni L, Lapomarda V, Lisi P. Occupational hand dermatitis in hospital environments. *Contact Dermatitis* 1995; 33: 172-6.
10. English JS. Current concepts of irritant contact dermatitis. *Occup Environ Med* 2004; 61: 722-6.
11. Fettahlıoğlu B, Aksungur VL. El ekzemasında Allium'a karşı kontakt duyarlılık-Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji ABD, Uzmanlık Tezi; 2009.
12. Li LF, Wang J. Contact hypersensitivity in hand dermatitis. *Contact Dermatitis* 2002; 47: 206-9.
13. Boyvat A. El Ekzemaları. *T Klin J Dermatol-Special Topics* 2010; 3: 39-46.

14. Dickel H, Kuss O, Schmidt A, Kretz J, Diepgen TL. Importance of irritant contact dermatitis in occupational skin disease. *Am J Clin Dermatol* 2002; 3: 283-289.
15. Meding B, Swanbeck G. Epidemiology of different types of hand eczema in an industrial city. *Acta Derm Venereol* 1989; 69: 227-233.
16. Diepgen TL, Andersen KE, Brandao FM, Bruze M, Bruynzeel DP, Frosch P, Goncalo M, Goossens A, Le Coz CJ, Rustemeyer T, White IR, Agner T. Hand eczema classification: A cross-sectional, multicentre study of the aetiology and morphology of hand eczema. *Br J Dermatol* 2009; 160: 353-358.
17. Slodownik D, Lee A, Nixon R. Irritant contact dermatitis: A review. *Australas J Dermatol* 2008; 49: 1-11.
18. Schwindt DA, Wilhelm KP, Miller DL, Maibach HI. Cumulative irritation in older and younger skin: A comparison. *Acta Derm Venereol* 1998; 78: 279-83.
19. Cua AB, Wilhelm KP, Maibach HI. Cutaneous SLS irritation potential: Age and regional variability. *Br J Dermatol* 1990; 123: 607-13.
20. Önder M. Allerjik kontakt dermatitler. *Türkderm* 2009; 43: 3-9.
21. Bayramgürler D, Bilen N, Apaydın R. Topikal pentoksifilin %5, %7,5 ve %10'lük konsantrasyonları allerjik yama testi sonuçlarını baskılamaz. *T Klin J Dermatol* 2003; 13: 150-153.
22. Kang YC, Lee S, Ahn SK, Chol EH. Clinical manifestations of hand eczema compared by etiologic classification and irritation reactivity to SLS. *J Dermatol* 2002; 29: 477-83.
23. Saint-Mezard P, Rosieres A, Krasteva M, Berard F, Dubois B, Kaiserlian D, Nicolas J. Allergic contact dermatitis. *Eur J Dermatol* 2004; 14: 284-95.
24. Doğramacı AC, Gürer MA. Kontakt dermatitli hastalarda yama testi sonuçları: Beş yıllık retrospektif çalışma. *T Klin J Dermatol* 2008; 18: 215-22.
25. Akasya-Hillenbrand E, Özkaya Bayazit E. Patch test results in 542 patients with suspected contact dermatitis in Turkey. *Contact Dermatitis* 2002; 46: 17-23.
26. Tunalı S, Acar A, Sarıcaoğlu H. Kontakt dermatitli 400 hastada yama testi sonuçları. *T Klin Dermatoloji* 1995;5:71-7.
27. Akyol A, Gürgey E, Erdi H. Evaluation of patch test results with standart antigens in various type of eczema. *Contact Dermatitis* 1996; 35: 303-06.

28. Alper S, Ertam İ. Allerjik kontakt dermatit. T Klin J Int Med Sci 2006; 2: 3-8.
29. Belsito DV. Allergic contact dermatitis. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI, eds. Fitzpatrick's Dermatology In General Medicine. 6th ed. New York: McGraw-Hill; 2003. p.1164-77.
30. Interpretation of T.R.U.E. Test Results from <http://www.truetest.com/PhysicianPDF/File7.pdf>
31. Mennè T, Veien N, Sommerlund M, Johansen JD. Hand eczema. Operational guidelines for diagnosis and treatment (Short version). December 2009, from <http://www.videncenterforallergi.dk>.
32. Kedrowski DA, Warshaw EM. Hand dermatitis: A review of clinical features, diagnosis, and management. Dermatol Nurs 2008; 20: 17-25.
33. Perry AD, Trafeli JP. Hand dermatitis: Review of Etiology, Diagnosis, and Treatment. J Am Board Fam Med 2009; 22: 325-30.
34. Harmanyeri Y, Karabudak Ö. Atopik Dermatit. T Klin J Int Med Sci 2006; 2: 17-25.
35. Landow K. Hand dermatitis. Postgrad Med 1998; 103: 141-52.
36. Yokozeki H, Katayama I, Nishioka K, Kinoshita M, Nishiyama S. The role of metal allergy and local hyperhidrosis in the pathogenesis of pompholyx. J Dermatol 1992; 19: 964-7.
37. Burdick AE and Santos L. Dyshidrotic eczema. Retrieved May 31, 2006, from <http://emedicine.com/DERM/topic110.htm>.
38. Möller H. Atopic hand eczema. In T. Menne and H. I. Maibach (Eds.), Hand Eczema. 2nd ed., Boca Raton, FL: CRC Press; 2000. p.141-146.
39. Başkan EB. İd reaksiyonu, ekzema disseminasyonu. T Klin J Int Med Sci 2006; 2: 67-72.
40. Akay N, Erdem C. Kronik aktinik dermatit ve klonal dermatitler. T Klin J Int Med Sci 2006; 2: 47-50.
41. Rea JN, Newhouse ML, Halil T. Skin disease in Lambeth. A community study of prevalence and use of medical care. Br J Prev Soc Med 1976; 30: 107-114.
42. Thyssen JP, Johansen JD, Linneberg A, Menne T. The epidemiology of hand eczema in the general population—prevalence and main findings. Contact Dermatitis 2010; 62: 75-87.

43. Agner T, Andersen KE, Brandao FM, Bruynzeel DP, Bruze M, Frosch P, Goncalo M, Goossens A, Le Coz C J, Rustemeyer T, White I R, Diepgen T. Hand eczema severity and quality of life: A cross-sectional, multicentre study of hand eczema patients. *Contact Dermatitis* 2008; 59: 43-47.
44. Bryld LE, Hindsberger C, Kyvik KO, Agner T, Menne T. Risk factors influencing the development of hand eczema in a population-based twin sample. *Br J Dermatol* 2003; 149: 1214-1220.
45. Lerbaek A, Kyvik K O, Ravn H, Menne T, Agner T. Incidence of hand eczema in a population-based twin cohort: Genetic and environmental risk factors. *Br J Dermatol* 2007; 157: 552-557.
46. Held E, Skoet R, Johansen JD, Agner T. The hand eczema severity index (HECSI): a scoring system for clinical assessment of hand eczema. A study of inter- and intraobserver reliability. *Br J Dermatol* 2005; 152: 302-307.
47. Veien NK, Hattel T, Laurberg G. Hand eczema: causes, course, and prognosis 1 . *Contact Dermatitis* 2008; 58: 330-334.
48. Singh G, Haneef NS, Uday A. Nail changes and disorders among the elderly. *Indian J Dermatol* 2005; 71: 386-392.
49. Göksügür N, Kılıç B. Dermatolojik Hastalıklarda Tırnak 2 – Ekzema, yirmi tırnak distrofisi, alopesi areata, Darier hastalığı, pitiriyazis rubra pilaris, pemfigus, epidermolizis bülloza, akantozis nigrikans, ILVEN, sarkoidozis, histiyositozis X. *T Klin J Int Med Sci* 2007; 3: 20-4.
50. James WD, Berger TG, Elston D. *Andrews' Diseases of The Skin Clinical Dermatology*, Elsevier; Philadelphia, 10th ed. 2006: 781-793.
51. Baykal C. *Dermatoloji Atlası*. 2. baskı, İstanbul: ARGOS İletişim Hizmetleri Reklamcılık ve Ticaret A.Ş. 2004: 446-470.
52. Rao S, Banerjee S, Ghosh SK, Gangopadhyay DN, Jana S, Mridha K. Nail changes and nail disorders in the elderly. *Indian J Dermatol* 2010; 55: 301-304.
53. Tunalı Ş. Başkan EB. El Ekzemaları. *T Klin J Int Med Sci* 2006; 2: 26-30.
54. Apfelbacher CJ, Funke U, Radulescu M, Diepgen TL. Determinants of current hand eczema: results from case-control studies nested in the PACO follow-up study (PACO II). *Contact Dermatitis* 2010; 62: 363-370.

55. Hald M, Agner T, Blands J, Veien NK, Laurberg G, Avnstorp C, Mennè T, Kaaber K, Kristensen B, Kristensen O, Andersen KE, Paulsen E, Thormann J, Sommerlund M, Nielsen NH, Johansen JD. Clinical severity and prognosis of hand eczema. *Br J Dermatol* 2009; 160: 1229-36.

EL EKZEMALI HASTA MUAYENE FORMU

Hasta adı-soyadı:

Tel:

Yaş-Cinsiyet:

Meslek:Sağlık çalışanı, Ev hanımı, Metal çalışanı, Kimyasal endüstri çalışanı, Gıda sektörü çalışanı, Mobilya işçisi, Kuaför, Depo-ambur çalışanı, İnşaat işçisi, Ziraat işçisi, diğeri)

Kronik hastalık öyküsü(ayrıntılı):

Ailede kronik hastalık öyküsü:Var/Yok

Sistemik ilaç kullanımı:Var/Yok

Topikal ekzema ilacı kullanımı:Var/Yok

Ekzema toplam süresi (yıl olarak):

Ekzema seyri: 1)Kronik 2)Kronik sık atak 3)Kronik ara sıra atak 4)Akut atak

Ekzema iş ilişkisi: 1)Var 2) Yok 3)Olası 4)Fikri yok

Diğeri ilişkili faktörler(Agreve eden faktörler):1)Yok 2)Stres 3)Menstrüasyon

4)İş dışı diğeri uğraşlar ve diğeri olası nedenler (sık el yıkama, toprak teması, hayvancılık, yiyecek ilişkisi, enfeksiyon, sıvı sabun, deniz suyu, oral ilaç kullanımı, kolonya, deterjan, topikal ilaç uygulama, stres+yiyecek, metal teması, çimento teması, plastik teması, kimyasal teması, bitkisel ürün teması, kömür teması, mermer, fiziksel travma, toprak+sık el yıkama)

Diğeri:

Atopik ekzema öyküsü(şimdi ya da geçmişte):Var/Yok

Atopi öyküsü:Var/Yok

Ailede atopi öyküsü: Yok/Bir kişide var/Birden fazla kişide var

Ailede el ekzeması öyküsü:Var/Yok

Mevsimsel alevlenme: Yok/ Kış döneminde /Bahar dönemlerinde /Yaz döneminde

Palmar hiperhidroz:Var/Yok

Sigara öyküsü:Yok/ İçiyor/ Önceden kullanmış

Nikel alerjisi:Var/Yok

Klinik muayene bulgularına göre ekzema şiddeti

(6 parametrenin her biri 0-3 arası skorlandı, **0:yok; 1:hafif; 2:orta; 3:şiddetli**. Tüm parametrelerin toplam skoruna göre **ekzema şiddetli** belirlendi. **0-6:hafif; 7-12:orta; 13-18:şiddetli**)

Eritem: Yok/ Hafif / Orta /Şiddetli **Fissür:** Yok/ Hafif / Orta /Şiddetli
Vezikül-bül: Yok /Hafif/ Orta/ Şiddetli **Kaşınıtı:** Yok/ Hafif / Orta /Şiddetli
Deskuamasyon: Yok/ Hafif / Orta /Şiddetli **Alan:** Yok/ Hafif / Orta /Şiddetli

El Ekzemasının lokalizasyonu:

Parmak uçları:

Diğer parmak alanları:

Sadece palmar alan:

Sadece dorsal alan:

Palmar alan + parmaklar:

Dorsal alan + parmaklar:

Palmar alan + dorsal alan +parmaklar (tüm el):

El + el bileği veya diğer vücut alanlarının birlikte tutulumu:

Ekzema Sınıflaması:

İKD	Hiperkeratotik Ekzema	AKD
Atopik El Ekzeması	Numuler Ekzema	Dishidrotik Ekzema
İd reaksiyonu	Sınıflandırılmayan grup	

Sınıflandırılmayan grup:İKD?AKD?

İKD? Dishidrotik Ekzema?

İKD? Atopik El Ekzeması?

AKD? Dishidrotik Ekzema?

AKD? Atopik El Ekzeması?

İKD? Numuler Ekzema?

Numuler Ekzema? AKD?

İKD? Nörodermatit?

Tam koyma şekli: Sadece klinik muayene

Klinik muayene + HP

Klinik muayene +Mantar enfeksiyonu dışlanarak(DF ile)

TRUE test sonucu.

TRUE test sonucu-öykü ilişkisi: Yok/ Olası /Kesin

(AKD tanısı alanlara ve bu tanının dışlanamadığı hastalara TRUE test yapıldı)

İKD eksojen nedenler: su; deterjan; çözücü; yağ; asit-alkali; toz; toprak; lateks; metal; plastik; diğer

Tırnak bulguları:

Enine oluklanma	Longitudinal çizgilenme:	Lökonişi	Pitting
Subungual hiperkeratoz	Splinter hemoraji	Diskolorasyon	Onikoliz
Dikey sırtlanma	Beau çizgisi	Diğer:	

(Mevcut bulgulardan her biri 1-2 tırnakta varsa hafif; 3-5 tırnakta varsa orta; 6-10 tırnakta varsa şiddetli olarak sınıflandırıldı.)