



YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLAR ANABİLİM DALI

**EL EKZEMALİ OLGULARDA KLİNİK VE
ETYOLOJİK ÖZELLİKLERİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Elif GÖKCE

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. M. Oktay TAŞKAPAN

İSTANBUL-2016

Bu çalışma Yeditepe Üniversitesi Bilimsel Komitesi tarafından desteklenmiştir.

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bana yol gösteren, bilimselliği, eğitimciliği, karakteri ve duruşu ile benim için her zaman bir doktordan, bir hocadan fazlası olan ve bundan sonraki meslek hayatımda izinden gideceğim değerli hocam Prof. Dr. M. Oktay TAŞKAPAN'a,

Uzmanlık eğitimimin başından itibaren sabırla, özveriyle değerli bilgilerini ve ilgilerini benden esirgemeyen, hem hocam hem de artık birer ablam olan Yrd. Doç. Dr. Asuman CÖMERT ERKİLİNÇ'a ve Yrd. Doç. Dr. Özlem AKIN'a,

Hayatıma girdiği ilk andan itibaren çalışkanlığı, azmi ve sabırla örnek aldığı, sonsuz sevgisini ve desteğini hep yanımda hissettiğim sevgili eşim Doç. Dr. İbrahim GÖKCE'ye ve bu zorlu süreçte hayatıma anlam katan, yaşamı katlanılabilir kılan, geleceğe umutla bakmamı sağlayan kızlarım Zeynep ve Ayşegül'e,

Bana analitik düşünmeyi, soru sorabilmenin, kuşkulunabilmenin önemini çok küçük yaşlardan itibaren aşıl原因 ve belki de bu mesleği seçmemdeki en etkili insan olan canım babama; koşulsuz sevme, sonsuz özveri, şefkat ve her anlamda desteğin vücut bulmuş hali, olmasaydı birçok şeyi başaramayacak olduğum biricik anneme,

Uzmanlık eğitimim süresince birlikte çalışmaktan zevk aldığım Yeditepe Üniversitesi Hastanesi Dermatoloji Bölümü'nde görev yapan tüm çalışma arkadaşlarıma ve hemşirelerime,

Adını saymadığım üzerimde emeği olan tüm hocalarım, arkadaşlarım ve aileme sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLO LİSTESİ	v
ŞEKİL LİSTESİ	vi
KISALTMALAR	vii
ÖZET	viii
ABSTRACT	ix
1 GİRİŞ VE AMAÇ	1
2 GENEL BİLGİLER	2
2.1 EL EKZEMASI TANIMI, EPİDEMİYOLOJİSİ, PATOGENEZİ, ETYOLOJİ VE RİSK FAKTÖRLERİ	2
2.1.1 TANIM	2
2.1.2 EPİDEMİYOLOJİ	3
2.1.3 PATOGENEZ	4
2.1.4 ETYOLOJİ VE RİSK FAKTÖRLERİ	5
2.2 KLİNİK ÖZELLİKLER	7
2.2.1 İRRİTAN KONTAKT DERMATİT	7
2.2.2 ALLERJİK KONTAKT DERMATİT	8
2.2.3 ATOPİK EL EKZEMASI	10
2.2.4 PROTEİN KONTAKT DERMATİT	11
2.2.5 POMFOLİKS	12
2.2.6 HİPERKERATOTİK EKZEMA	13
2.2.7 EL EKZEMASININ DİĞER KLİNİK TİPLERİ	14
2.3 EL EKZEMASININ TANISI, ŞİDDET İNDEKSİ, KORUNMA VE TEDAVİSİ	15

2.3.1	TANI.....	15
2.3.2	EL EKZEMASI ŞİDDET İNDEKSİ	18
2.3.3	KORUNMA VE TEDAVİ.....	19
3	<i>GEREÇ VE YÖNTEM</i>	23
4	<i>BULGULAR</i>	28
5	<i>TARTIŞMA</i>	37
6	<i>KAYNAKLAR</i>	46
7	<i>EKLER</i>	50
7.1	ETİK KURUL KARAR FORMU	50
7.2	BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU	52
7.3	EL EKZEMASI KAYIT FORMU	57
7.4	HECSI FORMU.....	58

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: El ekzemasında etyolojik sınıflama.....	5
Tablo 2: El ekzeması ayırıcı tanısı.....	15
Tablo 3: Yama testi değerlendirme ölçütleri	17
Tablo 4: “HECSI” skoru hesaplanma yöntemi	19
Tablo 5: El ekzemasından korunma.....	20
Tablo 6: “T.R.U.E Test” allerjenleri	25
Tablo 7: Hastaların meslekleri ve mesleksen el ekzeması sıklığı.....	28
Tablo 8: El ekzemasını artıran etmenler	29
Tablo 9: El ekzeması morfolojik tipleri.....	29
Tablo 10: Deri yama testi sonuçları.....	31
Tablo 11: Hastaların etyolojik tanıları	32
Tablo 12: Morfolojik tiplere göre etyolojik tanıların dağılımı	33
Tablo 13: Etyolojik tanılara göre morfolojik tiplerin dağılımı	34
Tablo 14: Etyolojik tanılarla yaş, başlangıç yaşı, hastalık süresi, IgE ve HECSI arasındaki ilişki	35
Tablo 15: Demografik-klinik özelliklerin etyolojik tanılarla ilişkisi.....	36

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: İrritan el ekzeması	8
Şekil 2: Allerjik el ekzeması	9
Şekil 3: Atopik el ekzeması	11
Şekil 4: Veziküler el ekzeması.....	12
Şekil 5: Hiperkeratotik el ekzeması	13
Şekil 6: Nummuler el ekzeması	14
Şekil 7: Parmak ucu ekzeması	15
Şekil 8: El ekzeması ayırıcı tanısında düşünülmesi gereken bir olgu: Tinea manuum ..	16
Şekil 9: Deri yama testi uygulanması	25
Şekil 10: Deri yama testi sonuçları	26
Şekil 11: Hastaların etyolojik tanıları	32

KISALTMALAR

İKD: İrritan kontakt dermatit

AKD: Allerjik kontakt dermatit

AEE: Atopik el ekzeması

KEE: Kronik el ekzeması

MEE: Mesleksel el ekzeması

HECSI: Hand Eczema Severity Index (El Ekzeması Şiddet İndeksi)

EECDRG: European Environmental and Contact Dermatitis Research Group (Avrupa Çevresel ve Kontakt Dermatit Araştırma Grubu)

ÖZET

Amaç: Ellerde eritem, skuam, vezikül ve fissürler ile karakterize olan ve çoğu olguda kronikleşme eğilimi gösteren el ekzeması, oldukça sık görülen bir dermatolojik hastalıktır. Ülkemizde el ekzemasının epidemiyolojisine ve etyolojik nedenlerini saptamaya yönelik oldukça az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmada el ekzemalı olguların ayrıntılı olarak değerlendirilerek, etyoloji, şiddet ve klinik tiplerinin belirlenmesi ve hastaların demografik veriler ışığında sınıflandırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmaya Aralık 2014 - Aralık 2015 tarihleri arasında Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı Polikliniği'ne başvuran ve el ekzeması tanısı alan 18 yaş üstü ilk 100 hasta alındı. Hastaların demografik özellikleri ve atopi varlığı kaydedildi, morfolojik tiplendirme yapıldı, el ekzeması şiddetini yansıtan "HECSI" ("Hand Eczema Severity Index") skorları hesaplandı. Kontakt duyarlılığı belirlemek amacıyla tüm hastalara deri yama testi uygulandı. Hastalar öyküleri, dermatolojik muayene bulguları, laboratuvar tetkikleri ve deri yama testi sonuçları ışığında bütüncül olarak değerlendirilerek, "irritan kontakt dermatit" (İKD), "allerjik kontakt dermatit" (AKD), "atopik el ekzeması" (AEE), "veziküler el ekzeması", "hiperkeratotik ekzema" ve "diğerleri" olmak üzere altı temel gruba ayrıldı.

Bulgular: Çalışmamıza katılan hastaların %55'i kadın, %45'i erkekti ve yaş ortalaması $38,6 \pm 11,6$ 'ydı. Hastaların %84'ünde kronik el ekzeması saptandı. Atopi oranı %22 olarak belirlendi. En sık izlenen morfolojik tip eritemaskuamöz/fissürlü (%61) iken; etyolojik tipler sırasıyla İKD (%44), AKD (%21) ve İKD+AKD (%11), veziküler el ekzeması (%10), hiperkeratotik ekzema (%9), AEE (%2), pulpit (%2) ve AKD+AEE'ydı (%1). Mesleksel el ekzeması oranı %28'di. HECSI skorları hiperkeratotik ekzema grubunda en yüksek ($115,2 \pm 214,1$), veziküler el ekzemalı hasta grubundaysa en düşük ($23,4 \pm 2,4$) düzeydeydi. Ayak tutulumu hemen hemen her beş hastadan birinde izlenirken, hiperkeratotik ekzemalı hastaların yaklaşık yarısında (%44) görüldü. Deri yama testi sonucunda en sık duyarlılık saptanan allerjenler nikel sülfat, kobalt klorit ve kathondu (sırasıyla %16, %10 ve %9).

Sonuç: Çalışmamız, ülkemizde halen üzerine çok az sayıda araştırma yapılmış el ekzemalarının klinik, morfolojik ve etyolojik özelliklerine ilişkin yeni veriler ortaya koymakta, bildiğimiz kadarıyla ülkemizde ilk kez morfoloji/etyoloji ilişkisine dayanan alt grup sınıflamalarını sunmakta, ayrıca atopinin ve ayak tutulumunun önemine dikkat çekmektedir.



ABSTRACT

Objective: Hand eczema is a frequently seen disease in dermatology practice. It usually has a chronic course and characterized by erythema, squam, vesicle and fissures. There are limited number of studies on the epidemiology and etiology of hand eczema in our country. In this study, we aimed to determine the etiology, severity and clinical subtypes of hand eczema, and classify the patients in the light of demographic data.

Methods: One hundred patients aged 18 years and older with hand eczema admitted to Dermatovenereology Outpatient Clinic of Yeditepe University School of Medicine, between December 2014 – December 2015 were included. Demographic data and atopic status of patients were recorded. The patients with hand eczema were classified according to their morphological findings. Severity of hand eczema was assessed by a scoring system (“Hand Eczema Severity Index”, HECSI). All patients were patch tested in order to reveal contact allergy. The hand eczema was classified into one of six clinical subtypes: Irritant contact dermatitis (ICD), allergic contact dermatitis (ACD), atopic hand eczema (AHE), vesicular hand eczema, hyperkeratotic eczema and others.

Results: Fifty five patients were female and 45 were male. The mean age of the participants was $38,6 \pm 11,6$. Chronic hand eczema was detected in 84% of the patients. Twenty two patients were atopic. While erythemasquamous/fissured subgroup was the most frequently seen morphological type (61%), irritant contact dermatitis was the most frequent etiological subtype (44%). The other etiological subtypes were ACD (21%), ICD+ACD (11%), vesicular hand eczema (10%), hyperkeratotic eczema (9%), AHE (2%), pulpitis (2%) and ACD+AHE (1%). Occupational hand eczema was seen in 28% of the patients. The highest HECSI scores ($115,2 \pm 214,1$) were noted in hyperkeratotic eczema and the lowest ones ($23,4 \pm 2,4$) in vesicular hand eczema. The rate of foot involvement was about 20% in all subtypes; however, half of the hyperkeratotic eczema patients had feet symptoms. The most frequent sensitizers were nickel sulphate (16%), cobalt chloride (10%) and kathon (9%).

Conclusion: In this study, we presented some novel and important findings related to clinical, morphological and etiological features of hand eczema which is a more common but a less studied disease. To our knowledge, this is the first research project investigating the relationship between morphological and etiological subtypes of hand eczema in our country. This study also emphasizes the importance of atopic status and foot involvement in hand eczema.



1 GİRİŞ VE AMAÇ

Eller hem kaba motor hareketleri, hem de ince motor becerileri ile insanın günlük yaşamında kullandığı vazgeçilmez ve benzersiz organlarıdır. Motor yetisinin yanı sıra özellikle parmak uçlarında yoğun olarak bulunan sinir uçları sayesinde vücudun en önemli taktil/sensöryal bölgesidir. Eller gün içerisinde birçok fiziksel ve kimyasal faktöre maruz kalmaktadır. Eli etkileyen dermatolojik hastalıklar kişinin günlük, sosyal ve mesleki hayatını etkileyebilmekte ve yaşam kalitesini belirgin olarak düşürebilmektedir.

El ekzemaları dermatoloji pratiğinde oldukça sık karşılaşılan bir durumdur. Tüm ekzemaların yaklaşık dörtte biri ellerde yerleşir. Sık nüks etme ve kronikleşme olasılığı oldukça yüksek olan bu hastalığın önemli psikolojik ve sosyoekonomik sonuçları vardır. El ekzemalarının değerlendirilmesinde etyolojik ve morfolojik değişik sınıflamalardan yararlanır. Etiyolojik olarak irritan, allerjik ve atopik el ekzeması olarak sınıflandırılırken; morfolojik olarak üzerinde uzlaşmış tek bir sınıflama bulunmamaktadır. Pomfoliks, hiperkeratotik/ragadiform, eritemoskuamöz, nummuler ve pulpiti (parmak ucu dermatiti) hastalığın sıkça görülen klinik formlarına örnekler olarak sayılabilir.

El ekzeması gelişiminde endojen ve ekzojen birçok faktör rol oynamaktadır. Kadın cinsiyet, atopi ve ıslak işle uğraşma hastalığın en önemli risk faktörleri olsa da, çoğu olgu tek bir etyolojik nedene bağlanamaz. El ekzemaları aynı zamanda önemli bir meslek hastalığı nedenidir. Mesleki deri hastalıkları içinde en sık görülenidir ve halen önemli bir iş sağlığı sorunudur.

Bu kadar sık görülmesine karşın özellikle ülkemizde el ekzemalarında epidemiyolojiye ve etyolojik nedenleri saptamaya yönelik oldukça az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmada hastanemize bir yıl içinde başvuran el ekzemalı olguları değerlendirmek, el ekzemasının etyolojisini, şiddetini, klinik tiplerini belirlemek ve hastaların demografik verileri ışığında sınıflandırılması amaçlanmıştır.

2 GENEL BİLGİLER

2.1 EL EKZEMASI TANIMI, EPİDEMİYOLOJİSİ, PATOGENEZİ, ETYOLOJİ VE RİSK FAKTÖRLERİ

2.1.1 TANIM

El ekzeması, adından da anlaşılacağı üzere, genellikle yalnız ellerin etkilendiği ekzematıdır. Ekzema, hem dermatoloji pratiğinde hem de halk dilinde sıkça kullanılan bir terimdir. Bu terim, Yunanca ‘‘ec-’’ (üzerine), ‘‘-ze-’’ (kaynama) ve ‘‘-ma’’ (sonucu) sözlerinden oluşur. Ekzema, histopatolojik olarak sponjiyoz ve değişen derecelerde akantozun izlendiği, yüzeysel perivasküler lenfositik hücre infiltrasyonunun eşlik ettiği derinin inflamatuvar bir durumudur. Klinikte kendini kaşıntılı, kızamık, pullanan yama ve plaklar, kümelenmiş papüloveziküller, hiperkeratoz ve fissürler ile gösterir. Dermatit terimi de deriye lokalize inflamasyonlar için kullanılır. Her ne kadar bu iki terim çoğu zaman birbiri yerine kullanılsa da dermatit genellikle derinin tüm inflamatuvar durumlarını kapsayan geniş bir tanımdır. Halen ‘‘el ekzeması’’ na yönelik kabul görmüş net bir tanımlama bulunmamaktadır. Etiyolojisi net bir şekilde bilinen (tinea manuum, skabies gibi), iyi tanımlanmış nonekzematöz hastalıklar (psöriazis, liken planus, granuloma annulare, porfira kutanea tarda, sabit ilaç döküntüsü gibi) ve ellerin yaygın bir deri hastalığının sonucu tutulmadığı durumlar haricinde kalan elin inflamatuvar hastalıkları ‘‘el ekzeması’’ başlığı altında incelenir ¹. Ekzema terimi dermatolojide sıklıkla atopik dermatit ve kontakt dermatiti tanımlamak için kullanılır.

El ekzemalı olguların çoğunluğunda birden çok etyolojik faktörün bir arada etkisi söz konusudur. Bu nedenle el ekzeması karmaşık bir konudur. Özellikle kronikleşen durumlarda, saf bir iritan kontakt dermatitten (İKD) ya da saf bir allerjik kontakt dermatitten (AKD) söz etmek olası değildir. Dolayısıyla el ekzeması, neredeyse yalnızca ellerin etkilendiği ve genellikle birden çok nedene bağlı olan ekzematıdır ².

Kronik el ekzeması (KEE), üç aydan uzun süren ya da bir yılda ikiden fazla atak yapan ekzema olarak tanımlanır. Dermatoloji pratiğinde sıkça karşılaşılan bu klinik tablo, yaşam kalitesini ileri derecede düşürebilen ve işten uzak kalmaya neden olabilen bir durumdur ³. Cazzaniga ve arkadaşlarının 2015 yılında, İsviçre’de yaptığı bir çalışmada

KEE'nin ortalama süresinin yedi yıl olduğu ve hastaların %32 'sinin mesleksenel el ekzeması (MEE) olarak kabul edildiği belirtilmiştir. Hastaların %37'sinin son 12 ay içinde el ekzemaları nedeniyle işten uzak kaldığı ve yaklaşık %15'inin de el ekzemaları nedeniyle zorunlu olarak iş değiştirdiği saptanmıştır. Ayrıca KEE'li olguların %98'inin son 12 ay içinde topikal; %44'ünün ise sistemik tedavi alma gereksinimi duyduğu belirtilmektedir ⁴.

2.1.2 EPİDEMİYOLOJİ

El ekzemaları dermatoloji pratiğinde en sık karşılaşılan durumlardan biridir. El ekzeması prevalansı çeşitli çalışmalarda değişkenlik göstermekle birlikte yıllık %6.5-17.5 arasında bulunmuş, yaşam boyu prevalansı ise %30 olarak saptanmıştır ^{5 6}. El ekzeması kapsamı içinde sayılabilecek olan, ellerin hafif kuruması ve çatlaması şeklindeki durumlar ise neredeyse tüm kişilerde yaşamın bir döneminde gelişebilir. İsveç'te yaşları 20 ve 65 arasında değişen 20.000 kişinin tarandığı bir epidemiyolojik çalışmada el ekzemasının yıllık prevalansı %11 olarak bulunmuştur ⁷. El ekzeması kadınlarda erkeklere oranla 1.5-2 kat daha sık görülmektedir ve yaşam boyu prevalans erkekler için %18, kadınlar için ise %32 düzeylerindedir. Kadınlarda el ekzemasının daha sık görülmesinin nedeni daha çok suyla temas etmeleri ve kimyasallara daha fazla maruz kalmalarıdır ^{8 9}. El ekzeması prevalansındaki en büyük artış 20-29 yaşları arasında görülmektedir ⁸.

Tüm meslek hastalıklarının %9-35'ini, mesleksenel dermatozların ise %80'ini el ekzemaları oluşturmaktadır ¹⁰. Hastalığın prevalansı endüstriyel alanda çalışan işçilerde, sağlık çalışanlarında, elektrik ve metal işçilerinde, inşaatçılarda, boyacılar da ve kuaförlerde normal popülasyona kıyasla belirgin olarak yüksektir. Ülkemizde, 'Pamukkale Üniversitesi Eğitim, Sağlık ve Araştırma Merkezi' sağlık çalışanlarında yapılan bir araştırmada el ekzeması görülme sıklığı %27.1 olarak bulunmuştur. El ekzeması genel popülasyonda kadınlarda, MEE ise erkeklerde daha sık görülmektedir ¹¹.

2.1.3 PATOGENEZ

İrritan kontakt dermatit, irritan özellikteki maddelerin deriye doğrudan hasar oluşturması sonucunda gelişir. ‘İrritan madde’ yeterli sürede, yeterli konstantrasyonda maruz kalındığında herkeste doku hasarı yaratma potansiyeli olan maddedir. İrritan kontakt dermatit gelişiminde spesifik immünolojik mekanizmalar rol oynamaz. İrritan maddeler epiderminin üst tabakalarını hasarlar, keratini denatüre eder, koruyucu lipid bariyeri ve derinin su tutma kapasitesini bozarlar. Dermatitin şiddeti irritanla karşılaşma biçimine ve bireysel yatkınlıklara bağlıdır. Örneğin normal, kuru ve kalın deri irritanlara daha dirençliyken; nemli, masere ve ince deri daha duyarlıdır. İrritan dermatit genellikle elin dorsal yüzü ve parmak araları gibi derinin ince olduğu ve irritana en çok maruz kaldığı alanları etkiler ¹.

Allerjik kontakt dermatit, daha önceden duyarlanmış bireylerde görülen bir tip IV hipersensitivite reaksiyonudur. Allerjik kontakt dermatit oluşumunda duyarlanma evresi ve oluşum evresi olmak üzere iki evre söz konusudur. Kontakt allerjenler düşük molekül ağırlıklı (≤ 500 Da) maddelerdir (haptent) ve deriye penetre olduktan sonra kovalen bağlarla taşıyıcı proteinlere bağlanırlar. Deride oluşan haptent-protein kompleksi başta ‘‘Langerhans’’ hücreleri olmak üzere, dermal dendrositler ve makrofajlar gibi antijen sunan hücrelerce işlenir. İşlenen antijenler yerel lenf nodlarında T lenfositlere sunulur ve antijene karşı duyarlanmış T hücreleri oluşur. Bu duyarlanmış T hücreleri lenf nodunda klonal proliferasyona uğrayarak etkin T lenfositlere ve bellek T lenfositlere dönüşür ve dolaşıma verilirler. Yaklaşık iki hafta (10-15 gün) süren bu evreye ‘‘duyarlanma evresi’’ denir.

Önceden duyarlanmış olan birey aynı antijenle yeniden karşılaştığında yine haptent-protein kompleksi oluşur. Bu kez antijen, ‘‘Langerhans’’ hücreleri ve makrofajlar tarafından deride ve lenf nodunda bulunan antijene spesifik T lenfositlerine sunulur. Antijeni tanıyan derideki etkin ve bellek T lenfositler aktive olurlar ve bir dizi sitokin ve kemokin salgılanır. Yaklaşık 72 saat süren ve salgılanan sitokin ve kemokinlerin etkileri sonucunda klinikte tipik bulguların oluştuğu bu evreye ‘‘oluşum evresi’’ denir ¹².

El ekzemalarının patogenezinde derinin bariyer fonksiyonunun bozulması da önemli rol oynamaktadır. ‘‘Claudin’’, ‘‘desmoglein’’, ‘‘fillagrin’’, ‘‘ceramide’’, iskele görevi gören ‘‘involucrin’’, ‘‘envoplakin’’ ve ‘‘periplakin’’ gibi proteinlerin uygun işlev görmesi

ve proteazların kontrolü deri bariyerin sağlanmasında, allerjen ve mikroorganizmaların epidermal invazyonunun önlenmesinde, transepidermal su kaybının engellenmesinde etkilidir. Örneğin fillagrin gen mutasyonu, bozulmuş bir deri bariyerine, buna bağlı transepidermal su kaybının artmasına, inflamasyona ve çevresel allerjenlere maruziyeti kolaylaştırarak atopik el ekzemasına (AEE) neden olur ¹³.

2.1.4 ETYOLOJİ VE RİSK FAKTÖRLERİ

El ekzeması çoğunlukla multifaktöryel bir hastalıktır. Etyolojisine göre el ekzeması genellikle endojen, ekzojen ve endojen ve/veya ekzojen olmak üzere üç grupta incelenir (Tablo 1) ¹⁴.

Tablo 1: El ekzemasında etyolojik sınıflama

Ekzojen	İrritan kontakt dermatit Allerjik kontakt dermatit Protein kontakt dermatit
Endojen	Nummuler dermatit Pomfoliks/dishidrotik ekzema Palmar hiperkeratotik ekzema
Ekzojen ve/veya endojen	Atopik ekzema Parmak ucu ekzeması/pulpit

Ekzojen nedenlerin başında kontakt iritanlar gelir. Sabunlar, deterjanlar, lastik, sebze-meyve suları kontakt iritanlara örneklerdir. Fiziksel sürtünme ve minör travmalar da İKD'ye neden olabilir. Ekzojen nedenlere bir diğer örnek ise kontakt allerjenlerdir. En sık karşılaşılan allerjenler çeşitli çalışmalarda değişiklik göstermekle birlikte nikel sülfat, potasyum dikromat, kobalt klorür, tiuram karışımı, karbamat karışımı ve "fragrance" karışımıdır ^{15 16}. Protein kontakt dermatit ise diğer ekzemalardan farklı olarak, özellikle besin sektöründe çalışan kişilerde rastlanılan, protein yapısındaki maddelerle temastan

yaklaşık 30 dakika sonra ellerde gözlenen dermatit tablosudur, en sık nedeni sebze, meyve, et ve balık gibi besin maddeleridir ¹⁴.

Endojen nedenlerin başında atopi gelir. Atopik dermatit, el ekzemasının en önemli risk faktörlerinden biri olarak kabul edilmektedir ¹⁷. Stres, hormonal faktörler ve kserozis de el ekzeması etyolojisinde rol oynayan endojen nedenlerdendir. Tüm ayrıntılı sorgulama ve araştırmaya karşın birçok olguda neden belirlenememektedir ¹.

Kadın cinsiyet, ıslak işle uğraşma, sağlık çalışanı olmak, kuaförlük, inşaat ve metal işçiliği, diş hekimliği/teknisyenliği ve aşçılık gibi mesleklerde çalışmak da el ekzeması için risk faktörü olarak kabul edilir. Aşağıda sıralanan yedi sorudan (“Mathias ölçütleri”) dört ya da daha fazlasına olumlu yanıt verilmesi mesleksi kontakt dermatit olasılığını güçlü biçimde belirler ^{18 19}.

1. Hastanın klinik görünümü kontakt dermatitle uyumlu mu?
2. Kütanöz iritan ya da allerjenlerle iş yerinde temas öyküsü var mı?
3. Dermatitin anatomik dağılımı yapılan iş sırasında iritan ya da allerjenle karşılaşmayı yansıtıyor mu?
4. İritan ya da allerjenle karşılaşma ile kontakt dermatit başlangıcı arasında zamansal bir bağlantı var mı?
5. Mesleksi olmayan nedenler dışlanmış mı?
6. Temastan kaçınma dermatitin düzelmesini sağlıyor mu?
7. Yama ya da provakasyon testleri iş yerindeki allerjen ya da iritan madde temasını ortaya koyabiliyor mu?

Sigara kullanımı ve el ekzeması arasında ise değişik çalışmalarda farklı sonuçlar saptanmıştır. Bu yüzden el ekzemasının bir risk faktörü olarak kabul edilmemektedir. Alkol kullanımının ise el ekzeması gelişimi üzerine herhangi bir etkisi bulunmamıştır ¹⁷.

2.2 KLİNİK ÖZELLİKLER

Ekzemanın klinik olarak akut, subakut ve kronik olmak üzere üç evresi vardır. Akut evrede, eritemli, ödemli bir zeminde çok sayıda vezikül izlenir. Bunların kolaylıkla patlaması sonucunda erozyonlar ve sulantı gelişir. Subakut evrede deskuamasyon oluşur ve kabuklanmalar görülür. Kronik evrede ise likenifikasyon ve hiperkeratoz gelişir. El ekzeması, bu evrelerin biriyle veya birden fazlasıyla karşımıza çıkabilir.

El ekzemasının sınıflandırılmasında halen üzerinde anlaşma sağlanmış tek bir sınıflama bulunmamaktadır. Birçok araştırmacı, çeşitli etyolojik ve morfolojik sınıflamalar önermiştir. Bunların en güncel olanı 2015’de Avrupa Kontakt Dermatit Araştırma Grubu’nun önerdiği sınıflamadır. Bu sınıflama gerek etyolojiyi gerekse morfolojiyi büyük ölçüde kapsamaktadır²⁰. Çoğu olgu ise tek bir alt grupta değerlendirilememekte ve birden çok tanı almaktadır^{20 21}.

2.2.1 İRRİTAN KONTAKT DERMATİT

En sık görülen kontakt dermatittir ve ellerde yerleşen ekzemanın da en sık nedenidir. Mesleksi dermatozların %80’ini yine İKD oluşturur. Kuaförlük, temizlik, inşaat ve metal işçiliği gibi yüksek riskli mesleklerde sıklığı %40’lara varabilmektedir.

Deride irritasyona neden olan maddelerin başında alkali ve asitler gelmektedir. Bu maddelerle temas sonucunda aslında bir çeşit kimyasal yanık olarak da kabul edilen akut İKD gelişir. İrritasyon potansiyeli fazla olan kimyasallara yeterli konsantrasyon ve sürede temas eden herkesin derisinde reaksiyon gelişir. Bu reaksiyon genellikle sadece temas eden bölgeye sınırlıdır ve yayılım göstermez. Sabunlar, deterjanlar gibi zayıf irritan özellikteki maddeler ise genellikle daha hafif şiddette ancak daha uzun süreli sorunlara yol açar. Ellerde yoğun terleme, deri kuruluğu, ve atopik dermatit gibi endojen faktörler zayıf irritanlara bağlı gelişen İKD riskini artırır. İrritan kontakt dermatitlerin çoğunun nedeni işte bu hafif irritan özellikteki maddelere tekrarlayan ve uzun süreli maruziyettir. Tipik nedeni ise ellerin sık yıkanması; su, sabun ve deterjanlarla sık temas etmesidir^{14 17}.

Akut İKD’de baskın olan semptomlar yanma, batma, ağrı ve duyarlılık iken; kronik İKD’de kaşıntı ön plandadır. Akut İKD’de reaksiyonun şiddetine göre klinik hafif

eritem, ödem ve vezikülasyondan, nekroz ve ülserasyona varabilen ağır bulgulara kadar değişkenlik gösterebilir. Kronikleşen İKD olgularında ise hiperkeratoz, kuruluk, deskuamasyon ve fissürleşme izlenir. Lezyonlar genellikle kontakt alanına sınırlıdır ve sağlam deriden keskin sınırlarla ayrılır (Resim 1).

İrritan kontakt dermatit tanısı genellikle hastanın öyküsü ve dermatolojik muayene bulguları birlikte değerlendirilerek konur. Hastanın günlük etkinlikleri, mesleksi öyküsü ve hobileri detaylı olarak sorgulanmalıdır. Allerjik kontakt dermatitten ayırımında ve özellikle uzamış olgularda İKD'ye eşlik edebilecek kontakt allerjenlerin belirlenebilmesi için yama testi yapılması önerilir. Yama testi sonucunda varsa duyarlı olunan allerjenlerle hastanın öyküsünün ve klinik bulgularının uyumunun değerlendirilmesi önemlidir ve deneyim gerektirir²².



Şekil 1: İrritan el ekzeması

2.2.2 ALLERJİK KONTAKT DERMATİT

Tip IV hipersensitivite reaksiyonu sonucunda gelişir. El ekzemasının etyolojisinde allerjenler birincil rol oynayabilir ya da uzun süreli irritan ya da atopik el ekzemalarına ikincil olarak gelişebilir. Spesifik bir ajana bağlı olmayan kronik el ekzemalarında, bozulmuş deri bariyerine bağlı olarak, allerjenlerin deriye penetrasyonu ve duyarlanma görülebilmektedir. Kişinin öyküsü, mesleksi temasları, el ekzemasının morfolojik özellikleri ve yama testi sonucunda saptanan allerjenler bir arada

değerlendirildiğinde İKD+AKD, AKD+AEE ve İKD+AEE gibi çoğul tanılar söz konusu olmaktadır²⁰.

Allerjik kontakt dermatitte klinik bulgular neden olan allerjene temastan yaklaşık 48-72 saat sonra görülmeye başlanır. Ancak bulguların görülmesi beş saat kadar kısa sürede ya da yedi gün gibi uzun sürede de olabilir. Ön planda olan semptom kaşıntıdır. Özellikle akut AKD’de şiddetli olabilen vezikülasyon ayırıcı tanıda önemli bir bulgu iken, kronik AKD’de görülmeyebilir. Nekroz ve ülserasyon da İKD’nin aksine ender olarak izlenen bulgulardır. Lezyonlar genellikle temas alanındadır ancak sınırları net seçilemez (Resim 2). Dermatitin temas alanı dışına yayılımı sıkça görülen bir bulgudur¹⁴. El ekzemasına en çok neden olan allerjenler nikel sülfat, potasyum dikromat, kobalt klorür, tiuram karışımı, karbamat karışımı ve “fragrance” karışımıdır^{15 16}.



Şekil 2: Allerjik el ekzeması

Allerjik kontakt dermatitin ender görülen bazı özel klinik formları bulunmaktadır. Bunlardan bazıları şu şekilde özetlenebilir¹²:

- Sistemik kontakt dermatit: Deri yoluyla duyarlanılan maddeye, ya da ona yapısal olarak çok benzeyen maddelere deri dışındaki yollarla (enteral, parenteral ya da inhalasyon gibi) maruz kalınması sonucunda görülen dermatittir. Daha önce dermatit gelişen ya da yama testi uygulanan yerlerde alevlenmeyle birlikte, temasın olmadığı vücudun diğer bölgelerinde de görülebilen simetrik, eritemli, papüloveziküler ya ekzematize tarzda lezyonların izlenmesi tipiktir.

- Havayla taşınan ajanlara bağlı (“airborne”) AKD: Havayla taşınan allerjenlerin en sık açıkta kalan yüz, boyun başta olmak üzere eller ve kollarda; zaman zaman da katı partiküllerin kıvrım bölgelerindeki birikimine bağlı aksiller bölge gibi alanlarda neden olduğu özel bir AKD formudur. Hastaların çoğunluğu allerjenlere mesleksel olarak maruz kalmaktadır.
- Nonekzematöz AKD: Bazı allerjenlerin deriyle teması sonucunda tipik ekzematizasyon oluşmaz, bunun yerine değişik klinik görünümmler oluşabilir. Nonekzematöz AKD’ye en tipik örnekler eritema multiforme-benzeri döküntüler, pigmente kontakt dermatit ya da püstüler kontakt dermatittir.
- Fotoallerjik kontakt dermatit: Ultraviyole (UV) ışınlarıyla duyarlandırıcı özellik kazanan allerjenlerin neden olduğu AKD’dir. Birçok topikal ya da oral ilacın kullanımı sırasında UV ışınlarına maruz kalma, tipik olarak açıkta kalan alanlar, yüz, boyun, göğüs üst bölümünde V şeklinde, el sırtlarında, ön kol ve nadiren de bacakta ekzematizasyona neden olabilir.

Allerjik kontakt dermatitin tanısında altın standart yama testidir (Bkz. Tanı). Kişinin muayenede saptanan klinik bulguları, günlük aktiviteleri, mesleksel temasları AKD yönünde kuvvetli kuşku doğursa da, kesin tanı yama testi sonucunda saptanan duyarlılıklar ile konur ¹⁵.

2.2.3 ATOPIK EL EKZEMASI

Atopik dermatitli bireylerde görülen el ekzemasıdır. Atopik dermatiti olsun ya da olmasın, atopik bireyler kontakt iritanlar ile el ekzeması geliştirmeye yatkındır. Atopik dermatitli hastaların %70’inde hayatlarının bir döneminde el ekzeması gelişir, özellikle de erişkin yaştaki atopik dermatit hastalarında el ekzeması sık karşılaşılan bir problemdir. Atopik derinin bariyer fonksiyonları bozulmuş ve iritanlara direnci azalmıştır ^{3 20 23}.

Atopik el dermatiti değişik morfolojik formlarda görülebilir. Klinik olarak zaman zaman vezikülasyonun izlenebildiği ya da nummuler, ekzematize lezyonlar saptanabilir.

El bileğinin tutulumu atopik el ekzemasında patognomonik sayılabilecek bir bulgudur (Resim 3). Parmak uçlarının tutulduğu pulpit (“fingertip” dermatiti) ya da anatomik “snuff box”un tutulumu AEE’de görülebilen klinik formlara örnek olarak sayılabilir. Vücudun diğer alanlarında da eldeki ekzemaya eşlik eden dermatit görülebilir³.

Allerjik kontakt dermatit görülme sıklığı atopik dermatitte belirgin olarak artmış olmasa da var olan AEE kontakt allerjenlerle kötüleşebilir. Özellikle kuşkulanan olgularda yama testiyle duyarlı olunan allerjenlerin saptanması önerilir.^{3 23}.



Şekil 3: Atopik el ekzeması

2.2.4 PROTEİN KONTAKT DERMATİT

Tip I ve tip IV hipersensitivitenin patogenezinde birlikte rol oynadığı ender görülen bir el ekzeması formudur. Yüksek moleküler ağırlıklı başlıca protein yapılı maddelerin deriyle temasından sonra, bir saat gibi kısa bir süre içerisinde, temas bölgelerinde kızarıklık, ürtiker plağı, mikrovezikülasyon ve ekzematizasyon gibi klinik bulgular görülür. Atopi öyküsü olguların çoğunda bulunmaktadır. Başlıca tetikleyiciler sebze, et ve balık gibi besin allerjenleri, lateks ve hayvan tüyleridir. Besin sektörü çalışanları, sağlık çalışanları ve hayvancılıkla uğraşanlarda sıktır.

Protein kontakt dermatit, izole parmak ucu ekzeması, kronik paronişinin eklendiği klinik görünüm ve tırnak tutulumunun baskın olduğu, tırnakta düzensiz çizgilenmeler ve sarımsı onikolizle seyreden klinik görünümle de kendini gösterebilir.

Tanısında standart yama testinin yanı sıra, tip I reaktiviteyi ortaya koymak için deri “prick” testi, “prick-by-prick” testi uygulanması gerekebilir^{3 12}.

2.2.5 POMFOLİKS

Pomfoliks, avuç içi-ayak tabanı yerleşimli derin veziküllerin izlendiği genellikle nedeni saptanamayan (endojen) bir ekzematıdır. Palmar bölgeyi etkilediğinde “cheiopomfoliks”, plantar bölgeyi etkilediğinde ise “podopomfoliks” adını alır. Her ne kadar isimlendirilmesi (dishidrozu) akla ter bezleri ile ilgili bir patogenetik ilişkiyi getirirse de hastaların ter bezlerinde herhangi bir fonksiyonel ya da morfolojik sorun saptanmamıştır. Hiperhidroz olgularının hepsinde izlenen bir bulgu değildir. Sıklıkla sıcak havalarda görülür^{1 24}.

Kişisel ya da ailesel atopi öyküsü pomfoliksli hastaların yaklaşık yarısında görülür²⁵. Dermatofitlere bağlı delişen “id reaksiyonu”, IVIG (intravenöz immunoglobulin) ve neomisin gibi ilaçların kullanımı, başlıca nikel, kobalt ve krom gibi metallerle tetiklenen sistemik kontakt dermatit reaksiyonları gibi; sarımsakla duyarlanmış kişilerde sarımsağın, kompozita bitkisiyle duyarlanmış kişilerde marul gibi sebzelerin ya da Peru balsamı ile duyarlanmış kişilerde çeşitli baharatların tüketilmesine ikincil ve de metallerin ortopedik, dental implantasyonuna bağlı tablolar şeklinde ortaya çıkabilir²⁴.

Veziküler el ekzemasına doğru yaklaşım detaylı bir öykü ve dermatolojik muayene sonucunda, öncelikle varsa neden olan tetikleyicinin ya da eşlik eden atopinin ortaya konması ile başlamalıdır.

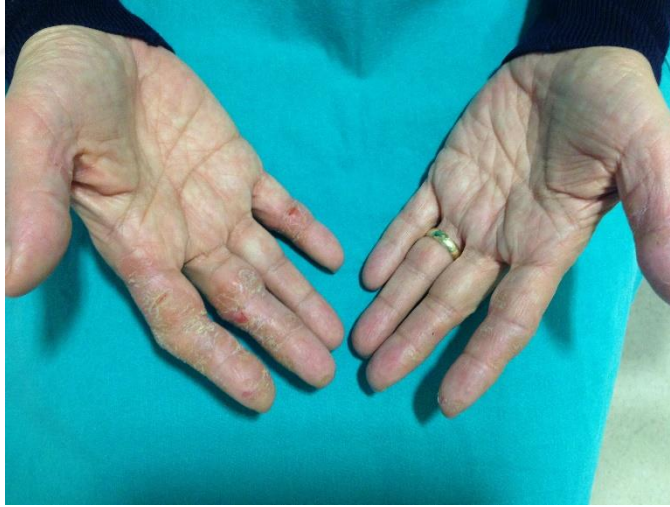


Şekil 4: Veziküler el ekzeması

2.2.6 HİPERKERATOTİK EKZEMA

Hiperkeratotik ekzema, kronik seyirli ve inatçı bir el ekzeması formudur. Klinikte palmar bölgeye yerleşen simetrik, sınırları net seçilemeyen, ağrılı fissürlerin ve derin ragadların eşlik edebildiği plaklar şeklinde görülür. Eritemin şiddeti bazı olgularda oldukça belirgin iken, bazılarında hiç eritem olmayabilir. Etyolojisinde kronik mekanik travma zaman zaman suçlansa da çevresel faktörlerin hastalıktaki rolü kanıtlanamamıştır. Yama testi genellikle negatiftir. Bu nedenle hiperkeratotik ekzema, endojen el ekzemaları başlığı altında incelenir. Ağrılı fissürler ve hastalığın kronik, tedaviye dirençli hali hastaların yaşam kalitelerini önemli ölçüde etkileyebilmektedir ^{3 26}.

Birçok araştırmacıya göre hiperkeratotik el ekzeması ve palmar psoriazis farklı iki antite olarak kabul edilirken, birçoklarına göre ise gerek klinik görünüm ve histopatolojik bulgular gerekse tedavi açısından bu iki durumun net ayrımının olamayabileceği ve aynı hastalık olarak değerlendirilebilecekleri öne sürülmektedir ²⁶.



Şekil 5: Hiperkeratotik el ekzeması

2.2.7 EL EKZEMASININ DİĞER KLİNİK TİPLERİ

El ekzemalarını diğer morfolojik tiplerinden sayılabilecek olan ‘nummuler el ekzeması’ genellikle el dorsumu ve parmak dorsal yüzlerinde iyi sınırlı, diskoid, eritemli, zaman zaman sulantılı ve veziküler, zaman zaman da kuru ve skuamli plaklar şeklinde görülen bir el ekzeması formudur. Etyolojisinde atopi, deri kuruluğu ve stres gibi endojen faktörler suçlanmaktadır^{1 14}.



Şekil 6: Nummuler el ekzeması

Parmak ucu ekzeması (pulpit) ise başlıca parmak pulparlarını etkileyen, ekzematize zeminde fissürlerin izlendiği, ağrı, yanma, batma gibi öznel yakınmalara sıkça neden olan, hastalarda fonksiyon kaybına ve yaşam kalitesinde bozulmaya yol açabilen özel bir el ekzeması formudur. Başlıca iki tipi bulunmaktadır. Genellikle özel bir ayırım olmaksızın tüm el parmaklarının etkilendiği ilk tipinde sıklıkla kış mevsiminde yakınmalar artar. Etyolojisinde iritanların kümülatif etkisi suçlansa da, etyolojiye yönelik yapılan araştırmalarda spesifik bir neden genellikle saptanmamaktadır. Dominant elin baş parmak, işaret parmağı ve bazen de orta parmağının etkilendiği ikinci tip ise ‘gripping (kavrayıcı) tip’ olarak nitelendirilir. Etyolojisinde iritan ve allerjik faktörler sıkça rol oynayabilmektedir. İritan kontakt dermatit, AKD ve protein kontakt dermatit klinikte izole parmak ucu ekzeması olarak ortaya çıkabilir¹⁴.



Şekil 7: Parmak ucu ekzeması

2.3 EL EKZEMASININ TANISI, ŞİDDET İNDEKSİ, KORUNMA VE TEDAVİSİ

2.3.1 TANI

El ekzeması tanısı çoğunlukla öykü ve fizik muayene bulguları sonucunda klinik olarak konulabilse de, zaman zaman ellerin etkilendiği diğer hastalıkların ayırıcı tanıda düşünülmesi gerekmektedir (Tablo 2) ³.

Tablo 2: El ekzeması ayırıcı tanısı

• Psöriazis vulgaris	• Pitriazis rubra pilaris
• Palmoplantar püstülozis	• Skabies
• Liken planus	• Mikozis fungoides
• Porfiria kutanea tarda	• Sabit ilaç döküntüsü
• Tinea manuum (Şekil 8)	• Artefakt dermatiti
• Palmoplantar keratoderma	• Granuloma annulare



Şekil 8: El ekzeması ayırıcı tanısında düşünülmesi gereken bir olgu: Tinea manuum

Hastanın mesleği, günlük aktiviteleri ve hobileri, kişisel ve ailesel atopi öyküsü, hastalığının süresi, nöksleri, işten uzak kalmayla yakınmalarının ilgisi, ellerinin suyla temas süresi, el yıkama sıklığı, var olan hastalıkları ve ilaç kullanımıyla ilgili ayrıntılı sorgulama büyük önem taşır. Ayrıca, hastanın klinik bulguları ile birlikte değerlendirilerek, atopi ve kontakt duyarlılık yönünden araştırılması gerekir¹⁷.

Atopi araştırılması için eozinofil yüzdesini gösteren kan sayımı, serum total IgE ve spesifik IgE düzeylerinin ölçümü ile deri “prick” testi uygulanabilecek yöntemlerdir²⁷.

Kontakt duyarlılığın saptanmasında ise seçkin yöntem yama testidir. Yama testinde amaç duyarlı olunan kontakt allerjenlerle deneysel olarak kontakt dermatit oluşturmaktır. Standart yama testinde çoğunluğu vazelin içinde seyreltilerek şırıngalara yerleştirilmiş, bazıları da sıvı formda bulunan allerjenler kullanılır. Bu allerjenler yapışkan bantlarda bulunan özel kutucukların içine konur ve daha sonra genellikle sırtın üst kısmına uygulanır. Son yıllarda özellikle uygulama kolaylığından dolayı, T.R.U.E (“Thin-Layer Rapid Use Epicutaneous”) test de kontakt dermatit tanısında kullanılmaktadır. T.R.U.E testte allerjenler yapışkan bantlara emdirilmiş ve uygulamaya hazır haldedir. Yama testinde tercih edilecek ilk uygulama “Avrupa Standart Yama Testi Serisi” gibi, en sık karşılaşılan allerjenlerden oluşan standart bir seri olmalıdır. Uygun şekilde yapıldığında, deneyimli ellerde standart yama testinin duyarlılığı ve özgüllüğü %70’leri bulmaktadır. Kuvvetli klinik şüphe durumunda, standart seriden yeterli yanıt

alınmazsa, hastanın mesleğine ve klinik tabloya göre diğer özel yama testi serilerine (dental, kozmetik, ilaç vb.) geçilebilir ¹². Testin sonucu önce 48. saatte, bantlar uzaklaştırıldıktan 30 dakika sonra değerlendirilmeli; ancak özellikle bazı metaller, topikal kortikosteroidler ve neomisin gibi maddelere karşı geç pozitiflikler olabileceğinden mutlaka 72 ya da 96. saatte ve birinci hafta sonunda test bölgesi yeniden değerlendirilmelidir. Yama testi sonuçlarında eritem, infiltrasyon, papül ve vezikül oluşumu göz önüne alınır ve negatiflikten 3 (+) liğe kadar değerlendirilir. İrritan reaksiyonlar genellikle 48. saatte en belirgin durumdadır. Materyalin uygulandığı bölgeye sınırlı, çok hafif düzeyde eritem ve infiltrasyonun izlendiği lezyonlardan, bül ve nekrozlara dek giden irritan reaksiyonlar tanımlanmıştır. Pozitif sonuçlar ise genellikle 48. saatteki ilk değerlendirmeyi takiben giderek artan şiddette (“crescendo”) izlenirler. Avrupa ve Kuzey Amerika Kontakt Dermatit Araştırma Grupları’nın yama testi değerlendirme ölçütleri Tablo 3’te gösterilmiştir.

Tablo 3: Yama testi değerlendirme ölçütleri

	DEĞERLENDİRME
0	Reaksiyon yok
+/-	Hafif eritem
+	Eritem, infiltrasyon ve ödem
++	Papüler eritem, infiltrasyon ve vezikülasyon
+++	Vezikülobüllöz reaksiyon
IR	İrritasyon

Test sonucunda tüm maddelere karşı negatif sonuç alınabilir, ya da birden fazla maddeye karşı pozitif yanıt elde edilebilir. Yama testinde saptanan pozitif reaksiyon kişide o madde ya da maddelere karşı kontakt duyarlılığın olduğunu gösterir, ancak var olan klinik tablodan, yama testi pozitifliğine neden olan madde ya da maddelerin sorumlu olduğunu kanıtlamaz. Test sonucunun öykü ve dermatolojik muayeneyle uyumlu olması gerekmektedir.

Yama testi uygulanmasında kesin bir kontrendikasyon yoktur. Gebelik, hastanın altı yaşından küçük olması, yaygın dermatit varlığı, test uygulanacak deri bölgesinin sağlıklı olmaması, sistemik kortikosteroid ya da siklosporin gibi immünsüpresif ilaç

kullanımı, son üç hafta içinde test uygulanacak alana UV tedavisi uygulanmış olması ya da test bölgesine topikal kortikosteroid/immünomodülatör kullanımı görece kontrendikasyonlardır^{12 28}.

Allerjik kontakt dermatitte, klasik yama testi dışında tanıya yardımcı diğer bazı testler de vardır. Klasik yama testine oranla çok ender kullanılan bu testler; açık test, kullanım testi ve yinelenen açık uygulama testidir¹².

2.3.2 EL EKZEMASI ŞİDDET İNDEKSİ

Tedavi izlemlerinin daha nesnel yapılabilmesi ve hastalığın şiddetine göre koruyucu önlemlerin belirlenebilmesi için el ekzeması şiddetinin ölçümü büyük önem taşır. Üzerinde tam olarak uzlaşmış ve yaygın kullanılan bir şiddet ölçeği bulunmamaktadır. Weistenhöfer ve ark.'nın 2009'da yayınladığı bir derlemede el ekzeması şiddetini belirlemede kullanılan 45 farklı ölçek incelenmiştir. Bu skorlama ölçeklerinin çoğunluğunda hastalığın morfolojik özellikleri ve etkilediği alanlar göz önüne alınırken, bazı ölçeklerde hastanın öznel yakınmaları da değerlendirmeye alınmıştır²⁹. El ekzemasının etkilerinin değerlendirilmesinde şiddet ölçeklerinin yanı sıra yaşam kalitesini belirleyen ölçeklerin de kullanılması önerilmektedir³⁰.

El ekzeması şiddetini belirlemede en sık kullanılan ölçek 'El ekzeması şiddet indeksi'dir (HECSI-Hand Eczema Severity Index)³¹. El ekzeması şiddet indeksi hesaplanma yöntemi Tablo 4'de özetlenmiştir.

Tablo 4: ‘‘HECSI’’ skoru hesaplanma yöntemi

	Parmak uçları	Parmaklar	Avuç içi	El sırtı	Bilek
Eritem	0-3	0-3	0-3	0-3	0-3
İnfiltrasyon	0-3	0-3	0-3	0-3	0-3
Vezikül	0-3	0-3	0-3	0-3	0-3
Fissür	0-3	0-3	0-3	0-3	0-3
Pullanma	0-3	0-3	0-3	0-3	0-3
Ödem	0-3	0-3	0-3	0-3	0-3
Toplam					
Yaygınlık	0 (%0),1 (%1-25), 2 (%26-50), 3(%51-75), 4 (%76-100)				
Toplam skor (toplam x yaygınlık)					

Toplam ‘‘HECSI’’ skoru (minimum 0;maksimum 360)

Her bölge için iki elin tamamı değerlendirilerek tutulan alan yüzdesine göre 0-4 arası bir puan verilir. (%0: 0, %1-25: 1, %26-50: 2, %51-75: 3, %76-100: 4).

Her klinik bulgu için (eritem, infiltrasyon, vezikül, fissür, pullanma ve ödem) ayrı ayrı puan verilerek (0: Yok, 1: Hafif, 2: Orta, 3: Şiddetli) toplamı hesaplanır.

Klinik bulguların puanlarının toplamı tutulan alan katsayısı ile çarpılır. Her bölge için elde edilen çarpım değerleri toplanarak total ‘‘HECSI’’ skoru belirlenir.

2.3.3 KORUNMA VE TEDAVİ

El ekzeması alevlenme dönemleriyle kendini gösteren ve sıklıkla kronikleşen bir hastalıktır. Hastaların yaklaşık %5-7’si ağır-kronik seyir gösterirken, %2-4’ü ise klasik topikal tedavilere yanıtızsızdır³². Allerjen ve iritan maddelerden kaçınma her ne kadar el ekzemasından korunmanın temel ilkesiyse de; hızla endüstrileşen dünyada gerek ev ortamında, gerekse çalışma ortamında bu çok kolay olmamaktadır. El ekzemalarının neredeyse tüm formları stratum korneumun bariyer fonksiyonunun bozulması ve buna bağlı transepidermal su kaybında artış ile başlar. Bu nedenle derinin bariyer fonksiyonlarının geriye kazandırılması ve korunması el ekzeması tedavisinin esasını oluşturur. El ekzemasından korunma ve deri bakımı Tablo 5’te özetlenmiştir³.

Tablo 5: El ekzemasından korunma

<ul style="list-style-type: none">• El yıkarken ılık su ve fizyolojik pH'da "syndet" formunda temizleyiciler tercih edilmelidir.• Yıkama sonrası eller, parmak araları da dahil olacak şekilde iyice kurulanmalıdır.• El yıkama, ıslak işle uğraşma sonrasında gün içinde sık sık eller nemlendirilmelidir.• Islak işle uğraşma öncesinde yüzükler çıkarılmalıdır.• İritanlarla, deterjan, sabun, şampuan ve saç losyonlarıyla, asit ve alkali özellikteki maddelerle, boyalar, sebze ve meyvelerle doğrudan temastan kaçınılmalıdır.• Özellikle ıslak işlemlerle uğraşırken, ellere tercihen önce pamuk eldiven ("cotton glove liner"), onun üstüne lateks ya da lateks duyarlılığı varsa vinil, nitril eldivenler kullanılmalıdır.• Koruyucu eldivenlerin elde kalış süresi 20 dakikadan uzun olmamalıdır.
--

El ekzeması tedavisi düzenlenirken göz önüne alınması gereken unsurların başında hastalığın etyolojisi (irritan, allerjik, atopik), şiddeti, süresi (akut, kronik), morfolojisi (eritem, deskuamasyon, likenifikasyon, vezikülasyon, hiperkeratoz, fissürleşme vb.) ve tutulum yeri (ellerin dorsal yüzü, avuç içleri, interdijital bölgeler vb.) gelir. Tedavide kullanılacak yöntemler 'topikal tedaviler', 'fototerapi' ve 'sistemik tedaviler' başlıkları altında incelenebilir^{3 33}.

Topikal tedaviler

Topikal kortikosteroidler

Antiinflamatuvar etkileri nedeniyle el ekzeması tedavisinde en sık kullanılan topikal ajanlardır. Kortikosteroidlerin potansi, ekzemanın şiddetine ve tutulum yerine göre değişebilse de sıklıkla orta potens ilaçlar tercih edilmektedir. Hafif güçteki ilaçlar yeterli etkiyi göstermezken, güçlü kortikosteroidler kısa süreli kullanımlarda bile atrofiye yol açabilmektedir. Önerilen kullanım şekli, günde bir defa yalnızca ekzemalı alana uygulama biçimindedir. Hastaların kortikosteroidlerin etkileri ve yan etkileriyle ilgili

bilgilendirilmeleri hasta uyumunu artıracak ve yanlış kullanıma bağlı yan etkilerin gelişimini engelleyecektir. Uzun süreli kullanımlarında başta epidermal atrofi ve deri bariyerinin bozulması olmak üzere birçok yan etki görülebilmektedir.

Topikal kortikosteroid tedavisine başlanmadan önce mutlaka fungal enfeksiyonlar dışlanmalıdır. Uygun tedavi altında kliniği kötüleşen hastalarda olası bir kortikosteroid duyarlılığı akılda tutulmalı ve gerekirse yama testi planlanmalıdır. İlacın bazının (losyon, krem, pomat, yağlı pomat) seçimi de hastanın morfolojik tipine göre planlanmalıdır ³³.

Topikal kalsinörin inhibitörleri

Pimekrolimus ve takrolimus antiinflamatuvar ve immünomodülatuar etkileriyle el ekzemasının topikal tedavisinde tercih edilmektedirler. Topikal steroidlere oranla yan etkilerinin az olması ve topikal kortikosteroidlere bağlı istenmeyen etkilerin görülmemesi, el ekzemasının idame tedavisinde de tercih edilebilmelerine olanak sağlamaktadır ³⁴. Özellikle takrolimusun el ekzeması tedavisinde birçok randomize kontrollü çalışma ile de desteklenen başarılı sonuçları vardır. Ancak, topikal kalsinörin inhibitörleri AEE dışında, el ekzemalarında ruhsatlı ajanlar değildir ³³.

Diğer topikal tedaviler

Hiperkeratoz ve likenifikasyonun baskın olduğu formlarda salisilik asit ve üreli ilaçlar, bakteriyel süperenfeksiyonun el ekzemasına eşlik ettiği durumlarda ise antimikrobiyel ajanlar tedaviye eklenebilir. Özellikle hiperhidrozun klinik tabloya eşlik ettiği veziküler el ekzemasında iyontofrez kullanılabilir ³.

Fototerapi

Topikal tedavilerden yeterli yanıt alınamayan kronik el ekzemalarında, UV tedavisi ikinci seçenek olarak kullanılabilir. Banyo PUVA ve lokal PUVA en çok tercih edilen yöntemlerdir. Ultraviyole A tedavisinde ışınlar dermisin derinliklerine kadar ulaşabilirken, UVB'de ışınların çoğunluğu epidermiste absorbe edilir ve antiinflamatuvar etkinin beklendiği dermise ulaşamaz. Bu nedenle UVB tedavisi özellikle hiperkeratotik ve ragadiform tiplerde tercih edilmemelidir. Fototerapiye bağlı kısa ve uzun dönem (eritem, hiperpigmentasyon ve deri kanseri sıklığında artış gibi) riskler konusunda hastalar bilgilendirilmeli ve yakın izlenmelidirler ³³.

Sistemik tedaviler

Topikal tedavilerin ya da fototerapinin yetersiz kaldığı durumlarda, üçüncü basamak olarak sistemik tedavilere geçilmelidir. Dirençli olgularda sistemik immünsüpresifler ve retinoidler tercih edilir. Sistemik steroid tedavisi ise potansiyel yan etkileri nedeniyle, ancak çok şiddetli durumlarda, akut alevlenmelerde ve kısa süreyle verilmelidir.

Alitretinoin

Topikal tedavilere yanıtız kronik el ekzemasında ruhsat almış ancak ülkemizde olmayan bir oral retinoid preparatıdır. İmmünomodülatuar ve antiinflamatuvar etkileri vardır ve diğer retinoidlerin aksine kuruluk etkisi minimaldir. El ekzemasında önerilen kullanım dozu günlük 30 mg'dır ve yaklaşık 24 haftalık tedavi sonucunda %75'lere varan iyileşmeler izlenmektedir. Genellikle iyi tolere edilen ilacın en sık bildirilen yan etkisi baş ağrısıdır. Diğer A vitamini türevlerinde olduğu gibi teratojenik etkileri vardır ve teratojenik etki profili isotretinoin ile aynıdır. Doğurganlık çağındaki kadın hastalarda kullanılırken kontrasepsiyona dikkat edilmelidir ³⁵.

Diğer sistemik tedaviler

Siklosporin, atopik dermatitte onaylı bir sistemik immünsüpresif ilaçtır. Lokal tedavilere dirençli atopik el ekzemasında tercih edilebilir, ancak diğer el ekzeması formlarındaki etkinliği kanıt değeri yüksek çalışmalarla net olarak ortaya konmamıştır. Metotreksat, azatiopürin gibi ilaçların endikasyon dışı kullanımlarıyla ilgili randomize kontrollü çalışmalar da bulunmamaktadır.

3 GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmaya Aralık 2014 - Aralık 2015 tarihleri arasında Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı Polikliniği'ne başvuran ve el ekzeması tanısı alan 18 yaş üstü ilk 100 hasta alındı. Araştırmada, ellerinde akut, subakut ve/veya kronik evrede ekzeması olan hastalar değerlendirildi. Laktasyon dönemindeki hastalar ve gebeler çalışmaya dahil edilmedi. Psöriazis öyküsü olan ya da fizik muayenede psöriazis bulguları olan hastalar da çalışmaya alınmadı. Fizik muayenede fungal enfeksiyon yönünde kuşku uyandıran hastaların lezyonlarından deri kazıntı örneği alınarak, potasyum hidroksit preparasyonu ile incelendi ve mantar elemanları saptanan olgular çalışma dışında tutuldu. Araştırma öncesinde Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan onay alındı (Ek 1) ve tüm olgulara çalışma konusunda bilgi verilerek bilgilendirilmiş olur formları imzalatıldı (Ek 2).

Hastaların yaşı, cinsiyeti, mesleği gibi demografik özellikleriyle; el ekzemasının süresi, başlangıç yaşı, birinci derece akrabalarında el ekzeması öyküsü, nüks sıklığı, atopi (atopik dermatit, allerjik rinokonjonktivit, allerjik bronşiyal astım) öyküsü, mesleğinden uzak kalmayla el ekzemasının ilişkisi, el ekzemasını artıran etmenler, tırnak ve ayak tutulumu, başka herhangi bir deri hastalığı varlığı, lateks eldiven kullanımı ve el ekzeması ile ilişkili olabilecek hobi varlığı "El Ekzeması Kayıt Formu"na kaydedildi. "Mathias" ölçütlerinden yararlanılarak mesleksel kontakt dermatiti olan hastalar belirlendi. Yapılan fizik muayene sonucunda belirlenen el ekzeması morfolojileri de (veziküler, eritemaskuamöz / fissürlü, hiperkeratotik / ragadiform, nummuler) yine hekim tarafından değerlendirildi. Çalışmada kullanılan "El Ekzeması Kayıt Formu" Ek 3'de gösterilmiştir.

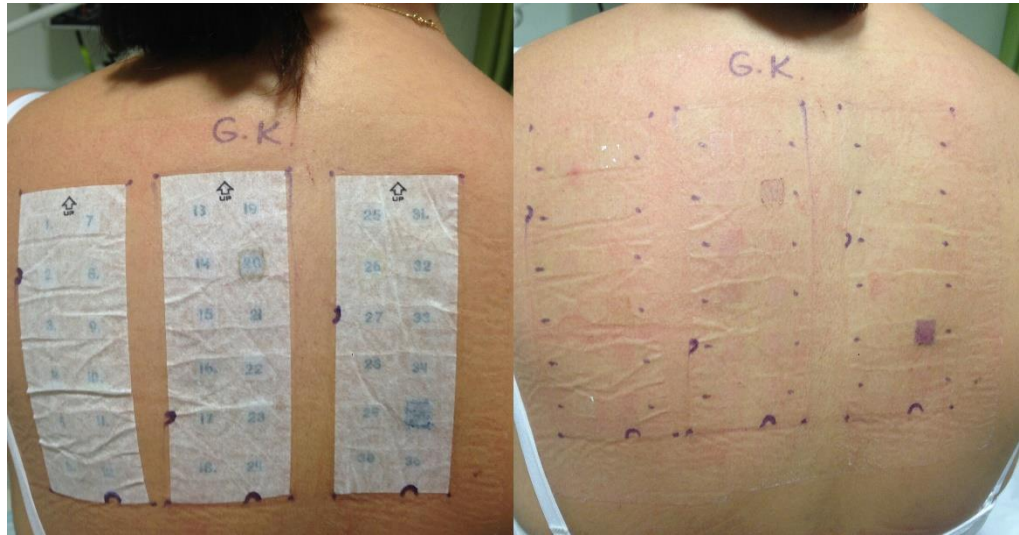
Her hasta için başvuru sırasında el ekzeması şiddetini yansıtan HECSI skoru hesaplandı (Ek 4). Etkilenen alanların her biri için (parmak ucu, parmaklar, avuç içi, el sırtı, bilek) ayrı ayrı olmak üzere tutulan alan katsayıları belirlendi. Eritem, infiltrasyon, vezikül, fissür, skuam (pullanma) ve ödem bulgularının her biri için, her alana ayrı ayrı (0-3) puan verilerek toplam değer hesaplandı. Her alanın tutulan alan katsayısı, o alan için verilen puanların toplamı ile çarpıldı ve elde edilen tüm değerler toplanarak HECSI skoru hesaplandı (Tablo 4).

Atopi varlığı, kişisel/ailesel atopi öyküsü, muayene bulguları ve total IgE düzeyleri göz önüne alınarak değerlendirildi. Bu amaçla her hastadan kan alınarak total IgE düzeyleri belirlendi. Tüm bu verilerle atopi varlığı tam olarak ortaya konulamayan beş olguya 13 temel aeroallerjenle ("*Stallergenes*", France: feather mix, *alternaria alternata*, cat epithelia, dog epithelia, *dermatophagoides pteronyssinus*, *dermatophagoides farinae*, cockroach, orchard grass, Bermuda grass, birch, oak, salix, mugwort) deri "prick" testi yapıldı.

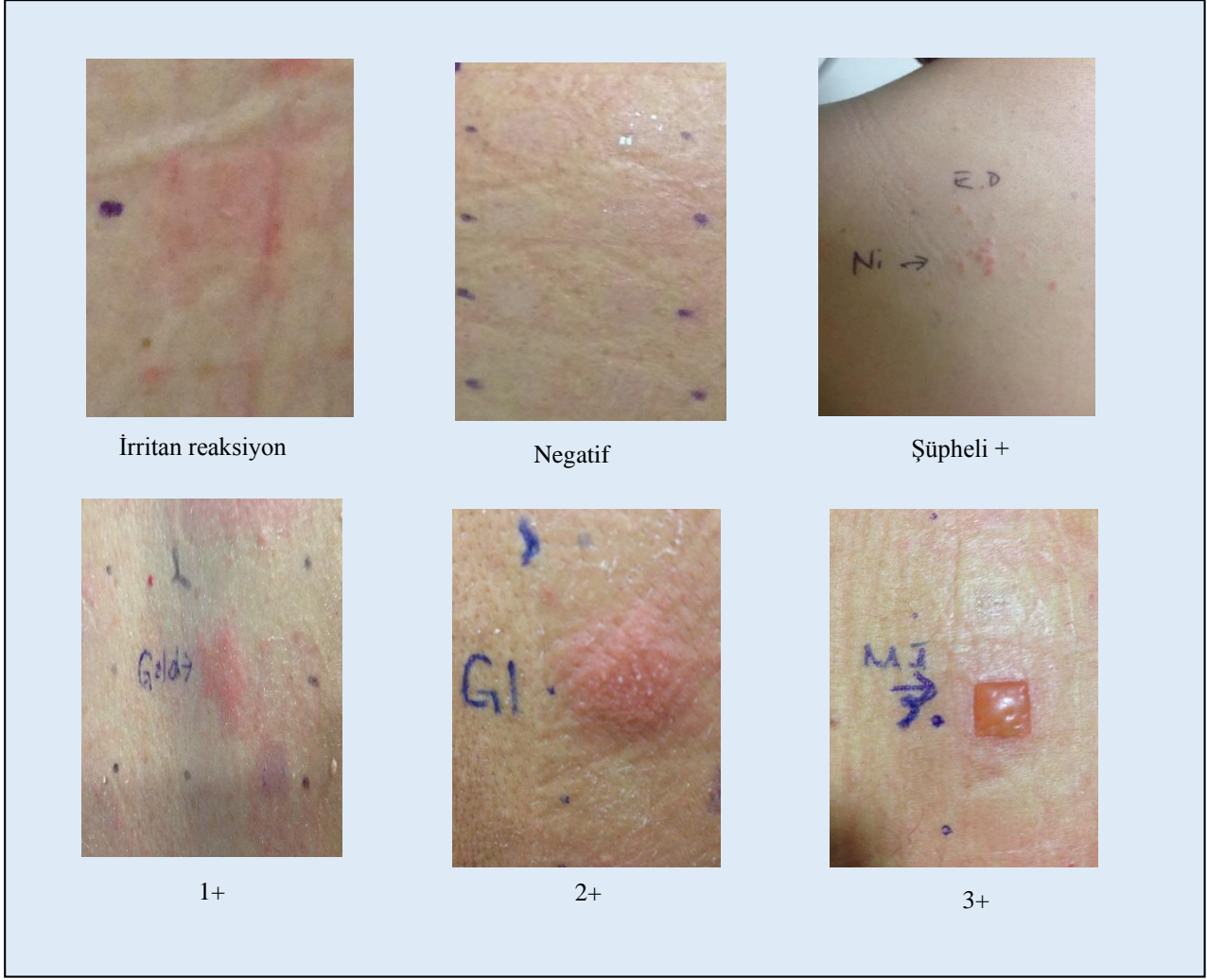
Kontakt duyarlılığı belirlemek amacıyla tüm hastalara deri yama testi uygulandı. Test için sırt üst bölümü tercih edildi. Bölge, değerlendirmeyi zorlaştıracak düzeyde kıllı ise öncesinde traş edildi. Uygulama alanı alkollü mendil ile silindi. Yama testi materyali olarak Avrupa Standart Serisi'yle uyumlu olan ve 36 allerjen içeren "T.R.U.E Test" kullanıldı ("*SmartPractice*", Denmark - Tablo 6). Allerjenlerin emdirildiği kullanıma hazır olan yamalar uygulama bölgesine yapıştırıldı. Deriden kolayca ayrılmaması için bantlarla sabitlendi. Yamalar, 48 saat süreyle uygulama bölgesinde kaldı. Yamaların yerinden ayrılmaması ve testin doğru bir şekilde değerlendirilebilmesi için hastalar, terlememeleri ve aşırı efor sarf etmemeleri yönünde sözlü olarak bilgilendirildi. Yamalar kaldırılmadan önce sınırlar UV kalemyle (UV-Skin Marker Slim, "*Chemotechnique Diagnostics*", Sweden), allerjenlerin deriyle temas ettikleri bölgeler ise bir "marker" kalemle tek tek çizilerek işaretlendi (Şekil 9). Bantlardan kaynaklanabilecek irritan reaksiyonların ortadan kalkması için 30 dakika beklendi ve ardından sonuçlar uluslararası yama testi değerlendirme ölçütleri dikkate alınarak kaydedildi (Tablo 3). 96. saatte ve 1. hafta sonunda 2. ve 3. değerlendirmeler yapıldı. Bir test maddesi yerinde herhangi bir reaksiyon yok ise sonuç 'negatif', yalnız eritem var ise '+/-', eriteme infiltrasyon ve ödem eşlik ediyorsa 1+, eritemli papüller ve vezikül oluşumu izleniyorsa 2+, şiddetli vezikülobüllöz reaksiyon varsa 3+, test alanına sınırlı ve izlem süresi içinde hızla gerileyen reaksiyonlar ise 'irritasyon' olarak kabul edildi (Şekil 10).

Tablo 6: ‘T.R.U.E Test’ allerjenleri

1.Nickel sulphate	19.Methyldibromogluteronitrile
2.Wool alcohols	20.p-Phenylenediamine
3.Neomycin sulphate	21.Formaldehyde
4.Potassium dichromate	22.Mercapto mix
5.Caine mix	23.Thiomersal
6.Fragrance mix	24.Thiuram mix
7.Colophony	25.Diazoldinylurea (Germall II)
8.Paraben mix	26.Quinoline mix
9.Blank patch	27.Tixocortol-21-pivalate
10.Balsam of Peru	28.Gold sodium thiosulphate (GST)
11.Ethylenediamine dihydrochloride	29.Imidazolidinylurea (Germall 115)
12.Cobalt chloride	30.Budesonide
13.p-tert Butylphenol formaldehyde resin	31.Hydrocortisone-17-butyrate
14.Epoxy resin	32.Mercaptobenzothiazole
15.Carba mix	33.Bacitracin
16.Black rubber mix	34.Parthenolide
17.Cl ⁺ Me ⁻ Isothiazolinone	35.Disperse blue 106
18.Quaternium 15	36.Bronopol



Şekil 9: Deri yama testi uygulanması



Şekil 10: Deri yama testi sonuçları

Hastalar öyküleri, dermatolojik muayene bulguları, laboratuvar tetkikleri ve deri yama testi sonuçları ışığında bütüncül olarak değerlendirildi ve “irritan kontakt dermatit”, “allerjik kontakt dermatit”, “atopik el ekzeması”, “veziküler el ekzeması”, “hiperkeratotik ekzema” ve “diğerleri” olmak üzere altı temel gruba ayrıldı.

Deri yama testi sonucunda herhangi bir allerjene karşı reaktivite saptanmayan hastaların tümü değerlendirme formundaki veriler ve dermatolojik muayene bulguları dikkate alınarak AKD dışındaki diğer etyolojik gruplara dahil edildi. Yama testinde bir ya da daha fazla allerjene karşı reaktivite saptanan hastalar değerlendirilirken ise, allerjen ya da allerjenlerle kişinin sosyal ve/veya mesleki teması ayrıntılı biçimde sorgulanarak var olan el ekzeması ile allerjen(ler)in ilişkisi ortaya konmaya çalışıldı. Özellikle hastanın klinik bulguları ve öyküsü ile uyumsuz bazı allerjenlere karşı gelişen, düşük şiddetteki

pozitif reaksiyonlar (+/- ya da +) dikkate alınmadı ve bu hastalar AKD olarak kabul edilmedi. Deri yama testinde reaktivite saptanan diğer tüm hastalar ise yine öyküleri ve dermatolojik muayeneleri ışığında AKD olarak değerlendirildi.

Veriler, bilgisayarda SPSS 23.0 (“Statistical Packages of Social Sciences”) programı kullanılarak analiz edildi. Verilerin normal dağılıma uygunluğu “Kolmogorov-Smirnov testi” ile değerlendirildi. Açıklayıcı istatistikler, sürekli değişkenler için “ortalama \pm standart sapma” şeklinde, kategorik değişkenler için “frekans ve yüzde” şeklinde gösterildi. Bağımsız iki grubun normal dağılıma uyan verilerinin karşılaştırılmasında “iki bağımsız örneklem t testi”, normal dağılıma uymayan verilerinin karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U testi” kullanıldı. Kategorik değişkenler arasındaki farkın analizi için “ki-kare testi” ve yerine göre “Fisher kesin olasılık testi” ile yapıldı. $p < 0,05$ olması durumunda aradaki fark anlamlı kabul edildi.

4 BULGULAR

Çalışmaya alınan 100 el ekzemalı hastanın 55'i (%55) kadın, 45'i (%45) erkekti. Hastaların yaşları 18-73 (ort. $38,6 \pm 11,6$) arasında değişmekteydi. El ekzemasının ortalama başlangıç yaşı $33,9 \pm 12$ (7-73 yaş) düzeyindeydi. Hastaların el ekzeması süreleri 1-480 ay arasında değişiyordu (ort. 58 ay). Hastaların 16'sında (%16) akut el ekzeması, 84'ünde (%84) ise KEE saptandı. Hastaların 7'si (%7) yılda ikiden az atak tanımlarken, 59'u (%59) yılda ikiden fazla atak yaşadığını belirtiyordu. Otuz dört (%34) hasta ise el ekzemasının süreklilik gösterdiğini belirtiyordu. Yirmi bir (%21) hastanın birinci derece akrabalarında el ekzeması öyküsü bulunmaktaydı.

Hastaların meslek bilgileri Tablo 7'de gösterilmektedir. Mesleksel el ekzeması ise tüm hastaların %28'inde saptandı. İşten uzak kaldığında el ekzemasında belirgin düzelme olduğunu belirten hasta sayısı 36'ydı (%36).

Tablo 7: Hastaların meslekleri ve mesleksel el ekzeması sıklığı

Meslek	Hasta sayısı n	Mesleksel el ekzeması n (%)
Ofis çalışanı	44	6 (13,6)
Ev hanımı	20	4 (20)
Sağlık sektörü	12	7 (58,3)
İnşaat ve küçük sanayi	7	5 (71,4)
Besin sektörü	6	2 (33,3)
Temizlik sektörü	5	2 (40)
Kuaför	2	2 (100)
Diğer (emekli, esnaf)	4	0 (0)
Toplam	100	28 (28)

Hastaların %95'i el ekzemasını artıran en az bir etmen olduğunu belirtiyordu. Bu etmenler Tablo 8'de gösterilmektedir. On yedi (%17) hasta el ekzemasını artırabilecek bir hobiyile uğraşmaktaydı.

Tablo 8: El ekzemasını artıran etmenler

El ekzemasını artıran etmenler	Hasta sayısı n (%)
Su, deterjan, sıvı sabun	54
Soğuk, kuru hava	19
Sıcak, terleme	4
Stres	20
Kimyasal madde ve besin teması	34
Diğer*	11

*Alkol ve sigara tüketimi, acı baharatlar, domates, patlıcan, çikolata, turşu yenmesi, menstrüasyon dönemi

Hastaların %22'si atopikti ve 7'sinde atopik dermatit vardı. Kırk dokuz (%49) hasta gündelik hayatta, ev işlerinde ya da iş ortamında lateks eldiven kullandığını belirtiyordu.

Tırnak tutulumu saptanan 14 hastanın (%14) tümünde KEE vardı. Ayak tutulumu ise tüm hastaların %21'inde vardı ve bu hastaların 19'u %(90,4) kronikti. Hiperkeratotik ekzema dışındaki hastaların %19'unda (17/91) ayak tutulumu izlenirken, hiperkeratotik ekzemalı hastalarının %44'ünde (4/9) ayak tutulumu vardı.

Hastalar morfolojilerine göre değerlendirildiğinde en sık (%61) eritemaskuamöz / fissürlü tip saptandı (Tablo 9).

Tablo 9: El ekzeması morfolojik tipleri

Morfolojik tip	Hasta sayısı n (%)
Eritemaskuamöz / fissürlü	61
Hiperkeratotik / ragadiform	20
Veziküler	19
Nummuler	0

El ekzeması şiddet indeksi (HECSI) skoru, 6-122 arasında değişiyordu (ort. 30,9 ± 22.9). Ekzema, 83 (%83) hastada parmaklarda, 54 (%54) hastada parmak uçlarında, 54 (%54) hastada avuç içlerinde, 27 (%27) hastada el sırtlarında ve 15 (%15) hastada bileklerde yerleşim gösteriyordu.

Hastalarımızda T.R.U.E testte yer alan antijenlere karşı gelişen pozitiflikler Tablo 10'da görülmektedir. Yama testinde en az bir allerjene karşı pozitiflik saptanan 44 hastanın 33'ünde (%75) klinik tabloyla uyumluluk vardı. En sık beş pozitifliğin sırasıyla nikel sülfat (%16), kobalt klorit (%10), "Cl⁺Me⁻Isothiazolinone" (kathon) (%9), carba mix (%7) ve thiomersale (%7) karşı geliştiği belirlendi (Tablo 10). Lateks katkı ürünlerine ("carba mix", "thiuram mix", "mercapto mix", "black rubber mix" ve "mercaptobenzothiazole") karşı duyarlılık hastaların %11'inde izlendi.

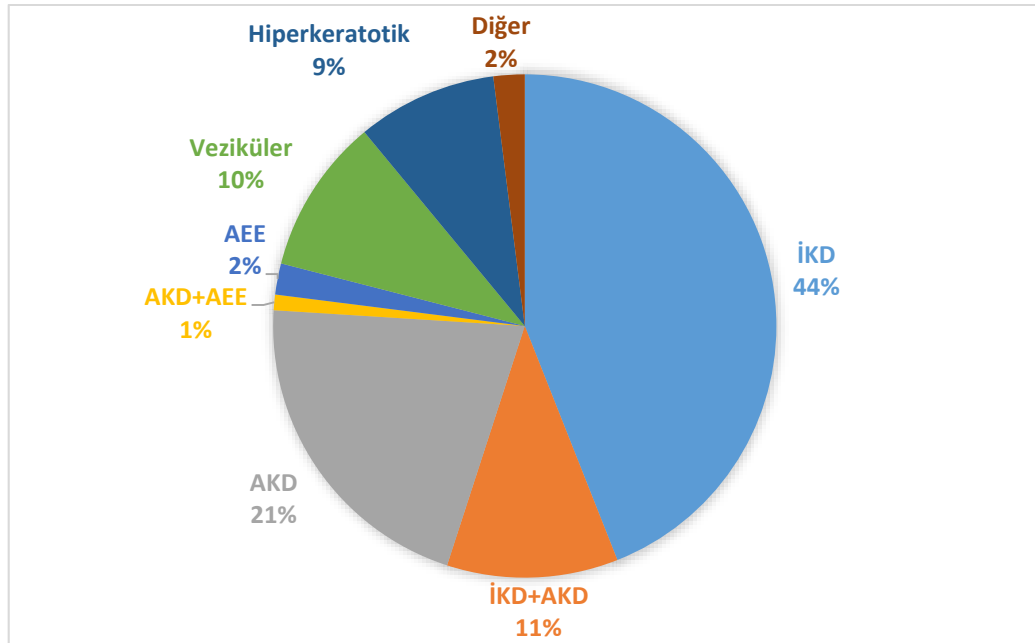
Tablo 10: Deri yama testi sonuçları

Test maddesi	Pozitif (%)
Nikel sülfat	%16
Kobalt klorit	%10
Cl ⁻ Me ⁻ Isothiazolinone	%9
Carba mix	%7
Thiomersal	%7
Potasyum dikromat	%4
Gold sodium thiosulphate	%4
p-Phenylenediamine	%3
Thiuram mix	%3
Fragrance mix	%2
Colophony	%2
Epoxy resin	%2
Black rubber mix	%2
Bacitracin	%2
Wool alcohols	%1
p-tert Butylphenol formaldehyde	%1
Quaternium 15	%1
Mercapto mix	%1
Neomycin sulphate	%0
Caine mix	%0
Paraben mix	%0
Blank patch	%0
Balsam of Peru	%0
Ethylenediamine dihydrochloride	%0
Methyldibromogluteronitrile	%0
Formaldehyde	%0
Diazoldinylurea	%0
Quinoline mix	%0
Tixocortol-21-pivalate	%0
Imidazolidinylurea	%0
Budesonide	%0
Hydrocortisone-17-butyrate	%0
Mercaptobenzothiazole	%0
Parthenolide	%0
Disperse blue 106	%0
Bronopol	%0

Klinik özellikler ve deri yama testi sonuçları göz önüne alındığında, 55 hasta İKD, 33 hasta AKD, 10 hasta veziküler el ekzeması, 9 hasta hiperkeratotik ekzema, 3 hasta AEE ve 2 hasta pulpit tanısı aldı. On iki hastaya ise klinik ve etyolojik açıdan tek bir gruba dahil edilemedikleri için iki ana tanı konuldu (Tablo 11, Şekil 11).

Tablo 11: Hastaların etyolojik tanıları

Tanımlar	Hasta sayıları (n)
İrritan kontakt dermatit	44
Allerjik kontakt dermatit	21
İrritan kontakt dermatit + Allerjik kontakt dermatit	11
Veziküler el ekzeması	10
Hiperkeratotik ekzema	9
Atopik el ekzeması	2
Diğer (pulpit)	2
Allerjik kontakt dermatit + Atopik el ekzeması	1
Toplam	100



Şekil 11: Hastaların etyolojik tanıları

Morfolojik tiplere göre etyolojik tanıların dağılımı Tablo 12’de görülmektedir. Eritemaskuamöz / fissürlü tip el ekzemasında en sık (%67,1) İKD saptanmıştır. Hiperkeratotik / ragadiform morfolojiye sahip hastaların yarıya yakını (%45) hiperkeratotik ekzema tanısı almışken, İKD ve AKD de sırasıyla %30 ve %25 oranda izlenmiştir. Klinikte veziküler morfoloji gösteren hastalarda ise veziküler el ekzeması ve AKD eşit oranda (%45) saptandı.

Tablo 12: Morfolojik tiplere göre etyolojik tanıların dağılımı

Morfolojik tip	Etyolojik tanı	Hasta sayısı (n) / %
Eritemaskuamöz / fissürlü	İrritan kontakt dermatit	47 / 67,1
	Allerjik kontakt dermatit	19 / 27,2
	Atopik el ekzeması	3 / 4,3
	Veziküler el ekzeması	1 / 1,4
	Hiperkeratotik ekzema	0 / 0
Hiperkeratotik / ragadiform	İrritan kontakt dermatit	6 / 30
	Allerjik kontakt dermatit	5 / 25
	Atopik el ekzeması	0 / 0
	Veziküler el ekzeması	0 / 0
	Hiperkeratotik ekzema	9 / 45
Veziküler	İrritan kontakt dermatit	2 / 10
	Allerjik kontakt dermatit	9 / 45
	Atopik el ekzeması	0 / 0
	Veziküler el ekzeması	9 / 45
	Hiperkeratotik ekzema	0 / 0

Etyolojik tanılara göre morfolojik tiplerin dağılımı ise Tablo 13’de görülmektedir. İrritan kontakt dermatitli hastalarda eritemaskuamöz / fissürlü tip (%85,5); veziküler el ekzemalı hastalarda veziküler tip (%90); hiperkeratotik ekzemalı hastalarda ise hiperkeratotik / ragadiform tip (%100) morfoloji istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu (p:0,000).

Tablo 13: Etyolojik tanılara göre morfolojik tiplerin dağılımı

Etyolojik tanı	Morfolojik tip	Hasta sayısı (n) / %
İrritan kontakt dermatit	Eritemaskuamöz / fissürlü	47 / 85,5*
	Hiperkeratotik / ragadiform	6 / 10,9
	Veziküler	2 / 3,6
Allerjik kontakt dermatit	Eritemaskuamöz / fissürlü	19 / 57,5
	Hiperkeratotik / ragadiform	5 / 15,2
	Veziküler	9 / 27,3
Veziküler el ekzeması	Eritemaskuamöz / fissürlü	1 / 10
	Hiperkeratotik / ragadiform	0 / 0
	Veziküler	9 / 90*
Hiperkeratotik ekzema	Eritemaskuamöz / fissürlü	0 / 0
	Hiperkeratotik / ragadiform	9 / 100*
	Veziküler	0 / 0
Atopik el ekzeması	Eritemaskuamöz / fissürlü	3 / 100
	Hiperkeratotik / ragadiform	0 / 0
	Veziküler	0 / 0

*p:0,000

Hastaların etyolojik tanılarıyla yaş, ekzemanın başlangıç yaşı, hastalık süresi, IgE düzeyi ve HECSI skorları arasındaki korelasyon Tablo 14’de gösterilmektedir. El ekzemasının başlangıç yaşı istatistiksel olarak anlamlı olmasa da AEE’li olgularda, diğer gruplara oranla daha düşüktü ($23,3\pm 10,0$). Hiperkeratotik ekzemanın ise başlangıç yaşı anlamlı olarak yüksekti ($43,1\pm 15,1$). Ayrıca, İKD, AKD ve AEE’li hasta gruplarında total IgE düzeyleri anlamlı olarak yüksek bulundu. Veziküler el ekzemalı hastalarda HECSI skorları anlamlı olarak düşük, hiperkeratotik ekzemalı olgularda ise anlamlı olarak yüksek düzeydeydi.

Tablo 14: Etiyolojik tanılarla yaş, başlangıç yaşı, hastalık süresi, IgE ve HECSI arasındaki ilişki

	İKD	AKD	Atopik el ekzeması	Veziküler el ekzeması	Hiperkeratotik ekzema
Yaş	36,7±10,0	36,5±10,7	31,3±3,7	44,2±9,7	48,5±16,7
Başlangıç yaşı	32,6±10,9	31,8±9,5	23,3±10,0	40,5±14,4	43,1±15,1^δ
El ekzeması süresi (ay)	51,3±82,0	59,2±69,8	96,0±125,2	45,7±77,1	67,3±155,8
IgE düzeyi	110,2±151,0*	260,6±290,0[§]	1128,3±261,7[¥]	90,3±59,4	83,7±121,6
HECSI	28,3±18,4	34,4±27,1	47,3±19,1	23,4±2,4[°]	115,2±214,1^Φ

*p:0,020, §p:0,021, ¥p:0,000, °p:0,028, δp:0,039, Φp:0,056

Hastaların etyolojik tanılarıyla bazı demografik ve klinik özelliklerin ilişkisini gösteren veriler Tablo 15’de sunulmaktadır. Hem AKD’li hem de AEE’li hastalarda atopi varlığı istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Allerjik kontakt dermatitli olguların 21’i (%63,6) yakınmalarının işten uzak kaldığı dönemde düzeldiğini belirtti (p:0,000). Veziküler el ekzemalı olguların hiçbiri işleriyle yakınmaları arasında herhangi bir ilişki kurmazken; hiperkeratotik ekzemalı olgularda bu oran %11,1 düzeyindeydi. El sırtı ve

bilek tutulumu AEE'li olguların tümünde (sırasıyla p:0,018 ve p:0,003) saptandı. Allerjik kontakt dermatitli hastaların %27,3'ünde bilek tutulumu gözlemlendi (p:0,016).

Tablo 15: Demografik-klinik özelliklerin etyolojik tanılarla ilişkisi

	İKD		AKD		Atopik el ekzeması		Veziküler el ekzeması		Hiperkeratotik ekzema	
	kadın	erkek	kadın	erkek	kadın	erkek	kadın	erkek	kadın	erkek
Cinsiyet (%)	61,8	38,2	48,5	51,5	33,3	66,7	70,0	30,0	55,6	44,4
Kronik el ekzeması (%)	80,0		90,9		100		70,0		88,9	
Aile öyküsü (%)	16,4		21,2		33,3		10,0		33,3	
Atopi (%)	18,2		42,4*		100[∞]		0		11,1	
Çalışılmayan dönemlerde düzelme (%)	32,7		63,6[§]		66,7		0[§]		11,1^{&}	
Parmak ucu tutulumu (%)	50,9		66,7		33,3		30,0		66,7	
Parmak tutulumu (%)	80,0		87,9		100		90,0		77,8	
Avuç içi tutulumu (%)	54,5		54,5		33,3		60,0		77,8	
El sırtı tutulumu (%)	25,5		30,3		100^δ		20,0		22,2	
Bilek tutulumu (%)	12,7		27,3[¥]		100^φ		0		11,1	

*p:0,001, §p:0,000, ¥p:0,016, ∞p:0,001, δp:0,018, φp:0,003, §p:0,038, &p:0,002

5 TARTIŞMA

El ekzeması, yaşam kalitesini ciddi anlamda bozabilen, işten uzak kalmaya neden olabilen ve dermatolojide sıkça karşılaşılan bir durumdur. Hastalığın epidemiyolojisi ve risk faktörleri iyi tanımlanmış olmasına karşın, üzerinde uzlaşmış bir sınıflandırma bulunmamaktadır. Prognostik faktörlerin belirlenebilmesi ve kanıta dayalı tedavi çalışmalarının kurgulanabilmesi el ekzemasının alt gruplarının iyi tanımlanmasını gerektirdiğinden, sınıflama büyük önem taşımaktadır. Biz de çalışmamızda el ekzemalı hastaları demografik, klinik ve etyolojik açılardan değerlendirip alt gruplara ayırarak sınıflandırdık.

Çalışmamıza katılan hastalar gözden geçirildiğinde kadınlarda el ekzemasının biraz daha sık izlendiği görülmektedir (%55). Bu oran literatürdeki birçok çalışma ile uyumludur. Diepgen ve ark., yaptıkları çok merkezli bir araştırmada el ekzeması tanısı alan hastaların %60'ının kadın olduğunu belirtmektedir³². “Danimarka Kontakt Dermatit Grubu”nun serisinde bu oran %65 düzeyindedir³⁶. Ülkemizde de Bayazit ve ark.'nın yaptığı (ve 225 el ekzemalı hastanın değerlendirildiği) bir çalışmada, kadın-erkek oranı birbirine oldukça yakın bulunmuştur (sırasıyla %52 ve %48)¹⁵. El ekzemasının kadınlarda daha sık izlenmesi, kadınların günlük yaşamda, özellikle rutin ev etkinlikleri sırasında daha sık ıslak işle uğraşmaları, daha fazla deterjan ve kimyasal maddelerle karşılaşmaları ile açıklanabilir. El ekzeması büyük ölçüde genç erişkin hastalarda izlenir. Bizim çalışmamızda da katılımcıların ortalama yaşı 38,6'ydı. Literatür verileri atopik el ekzemasının diğer gruplara orana daha erken yaşta başladığını ve daha genç yaşlarda izlendiğini, hiperkeratotik tip el ekzemasının ise daha ileri yaştaki hasta gruplarında görüldüğünü ortaya koymaktadır³². Çalışmamızda da AEE'nin başlangıç yaşı (23,3±10,0), istatistiksel olarak anlamlı olmasa da, diğer etyolojik gruplara oranla düşük düzeydeyken, hiperkeratotik ekzemanın başlangıç yaşı ise (43,1±15,1) anlamlı olarak yüksekti.

El ekzemalarının ne kadar süreceğine ilişkin veriler sınırlıdır. Özellikle mesleksi olmayan akut olguların uygun tedaviyle kısa sürede düzeleceği söylenebilir, ancak olguların önemli bir bölümünün kronikleştiği dikkate alındığında hastaların uzun süre el ekzemasıyla yaşamak zorunda kalabileceği bir gerçektir. Geniş serili bir kohort

çalışmasında el ekzemalı olguların yaklaşık yarısında 15 yıl sonra bile semptomların sürdüğü belirtilmektedir ³⁷. El ekzemalı 427 olgunun değerlendirildiği çok merkezli bir çalışmada ortalama hastalık süresi 6,1 yıl olarak bulunmuştur ²⁰. “Danimarka Kontakt Dermatit Grubu”na düzenlenen bir sınıflama çalışmasında el ekzemalı hastaların yaklaşık yarısında hastalığın beş yıldan uzun sürdüğü ortaya konulmuştur ³⁶. Bizim çalışmamızda da ortalama hastalık süresi yaklaşık beş yıl (58 ay) olarak belirlendi.

Bazı olgularda el ekzeması tedavilere yeterince yanıt vermemekte ve yıl boyu sürmektedir. Diepgen ve ark.’larının bir çalışmasında bu oran %64,9 olarak bulunmuş ve hastaların yaklaşık ¼’ünün yılda dörtten fazla atak yaşadığı belirlenmiştir ³². Bizim çalışmamızda ise olguların yaklaşık üçte birinde (%34) hastalığın yıl boyu sürdüğü ve yine yaklaşık her beş olgunun üçünde (%59) bir yıl içinde ikiden fazla atak yaşandığı gözlemlendi.

Genetik faktörlerin el ekzemasının etyopatogenezinde rol oynayabileceğine ilişkin bazı çalışmalar vardır. İkizler üzerinde yapılan bir araştırmada el ekzemalarının %41’inde genetik, %59’unda ise çevresel faktörlerin etkili olduğu bildirilmiştir ³⁸. Bizim hastalarımızın da %21’inin birinci derece akrabalarında el ekzeması öyküsü bulunması genetiğin el ekzemasındaki rolünü düşündürmektedir.

Meslek dermatozlarının önemli bir bölümünü el ekzemaları oluşturmaktadır. Mesleksen olan ya da olmayan tüm el ekzemalı olguları değerlendirdiğimiz çalışmamızda hastaların %28’inde MEE saptandı. Kuaförler, inşaat işçileri ve sağlık personeli en riskli meslek gruplarını oluşturuyordu. Ülkemizde yapılmış diğer bir araştırmada MEE sıklığı hemen hemen aynı oranda (%27,5) bulunmuş, en riskli mesleklerin yine kuaförlük, inşaat işçiliği ve sağlık sektörü olduğu ortaya konulmuştur ¹⁵. Diepgen ve ark. el ekzemalı olguları izledikleri çok merkezli bir çalışmada mesleksen el ekzeması oranını %51,7 düzeyinde bulmuşlardır ³². Bu oran bizim bulduğumuz oranın neredeyse iki katıdır. Ancak adı geçen çalışma ayrıntılı olarak gözden geçirildiğinde araştırmaya katılan kliniklerin çoğunun Avrupa’da el ekzemaları konusunda referans kurumlar olduğu ve çok sayıda MEE’li hasta izledikleri bilinmektedir. Hastanemiz meslek hastalıkları açısından referans kurumlardan biri olmadığı ve polikliniğimize başvuran hasta popülasyonu genelde sosyoekonomik düzeyi yüksek kişilerden oluştuğu için çalışmamızda MEE sıklığı beklenenden düşük saptanmış olabilir. Mesleksen el ekzeması hastaları İKD ve

AKD tanısı almakta, endojen olduğu kabul edilen veziküler el ekzeması ve hiperkeratotik ekzemanın ise genellikle meslekle ilişkisinin bulunmadığı düşünülmektedir. Çalışmamızdaki veriler de bu yaklaşımı destekler niteliktedir. Veziküler el ekzemalı hastaların hiçbiri işten uzak kaldığında yakınmalarında düzelme olduğunu belirtmezken, hiperkeratotik ekzemalı hastaların ise sadece biri bu dönemlerde yakınmalarının gerilediğini ifade etmiştir.

Islak iş ve bu sırada deterjan ve diğer temizlik ürünlerinin kullanımı el ekzeması için en önemli çevresel risk faktörleridir ³⁹. El ekzeması olan kadın temizlik işçilerinin değerlendirildiği bir araştırmada, hastaların ellerinin gün içindeki çalışma saatlerinin dörtte üçünden fazla sürede ıslak kaldığı ve bu durumun klinik tabloyu tetiklediği gösterilmiştir ⁴⁰. Çalışmamızda da benzer şekilde hastaların %54'ü su, deterjan/sıvı sabun kullanımının el ekzemalarını artırdığını belirtmişlerdir. Stres, aşırı terleme ve atopi el ekzemasını artırdığı iyi bilinen endojen risk faktörleridir ¹. Bizim hastalarımızın da %20'si stresle el ekzemaları arasında ilişki olduğunu belirtmiştir. Atopi zemini gerek İKD, gerekse AKD gelişiminde önemli bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Ancak ayırıcı tanıda atopik dermatitin başlıca ellerde lokalize olmasıyla ortaya çıkan ve ayrı bir klinik tablo olan AEE'yi de unutmamak gerekir ¹⁵. Çalışmamızda 100 el ekzeması hastasının 22'si atopik olarak değerlendirilmiştir. Literatürde genel popülasyon için bildirilen atopi sıklığı %10-20 olup, çalışmamızda saptadığımız oran biraz daha yüksekti ⁴¹. Farklı çalışmalarda el ekzemalı hastalarda belirlenen atopi oranının %19-59 arasında değişmekte olduğu görülmektedir ¹⁵. Ancak "atopi"nin belirlenmesinde farklı araştırmacılar, farklı ölçütleri temel aldığı için çalışmaları birbirleriyle karşılaştırmak yanıltıcı olabilir. Çalışmamızdaki AKD tanısı alan hastalar incelendiğinde IgE düzeylerinin ve atopi oranlarının (%42,4) diğer gruplara oranla anlamlı yüksek olduğu saptanmış olup, bu veriler literatürde belirtilmiş olan AKD ve atopi ilişkisini desteklemektedir. İrritan kontakt dermatit hastalarımızda ise IgE düzeyleri yüksek olmasına karşın, atopi sıklığında (%18,2) anlamlı bir yükseklik saptanmadı. Bu veriler literatürdeki çalışmalarla tam olarak uyumlu değildir. Ancak ülkemizde gerçekleştirilen diğer bir çalışmada da İKD'li hastalardaki atopi oranı bizim çalışmamızda saptadığımız orana benzer düzeyde (%16,5) bulunmuştur ¹⁵. Oranlardaki bu farklılık, çalışılan hasta gruplarından, atopi ölçütlerinden, kişisel, hatta genetik etmenlerden kaynaklanıyor olabilir.

Parmak distallerinin ve periungual alanın etkilendiği kronik deri hastalıklarında tırnak değişiklikleri sıkça izlenebilmektedir. Özellikle kronik el ekzeması bulunan hastalarda tırnak plağında kalınlaşma, renk değişiklikleri, trakionişi, “pitting”, onikomadezis ve transvers oluklanmalar en sık saptanan tırnak değişikliklerindedir⁴². Bizim çalışmamızda da, tırnak değişikliği saptanan hastaların (%14) tümünde KEE vardı. El ekzemalı hastalarda eş zamanlı olarak ayak tutulumu olmasına ve bu tutulumun etyopatogenezine ilişkin literatürde çok fazla veri bulunmamaktadır. Agner ve ark.’nın 427 el ekzemalı hastayı değerlendirdikleri bir çalışmada, ayak tutulum sıklığı %30 olarak belirlenmiştir. Özellikle veziküler ve hiperkeratotik tip endojen ekzema gruplarında bu oranın %50’lere kadar ulaşabildiği ve ayak tutulumu varlığının çoğunlukla endojen / idiyomatik ekzema ile ilişkili olduğu belirtilmektedir^{20 43}. Bizim hastalarımızın da %21’inde ayak tutulumu izlendi. Hiperkeratotik ekzemalı hastalarımızın hemen hemen yarısında (%44) ayakların da tutulmuş olduğu görüldü.

Hastaların el ekzeması morfolojileri, dermatolojik muayeneleri sırasında saptanan bulgulara göre veziküler, eritemaskuamöz / fissürlü, hiperkeratotik / ragadiform ve nummuler olmak üzere dört grupta değerlendirildi. Literatürde el ekzemalı hastaların morfolojik tiplendirilmesi farklı şekillerde yapılmıştır. Johansen ve ark. 710 el ekzemalı olguyu değerlendirdikleri bir çalışmada, hastaları bizim çalışmamızdakine benzer şekilde beş morfolojik gruba ayırarak incelemişlerdir. Bu çalışmada en sık rastlanan alt grubun “kronik/kuru fissürlü ekzema” (%36,1); veziküler ekzema (%31,8), nummuler ekzema (%7,9), hiperkeratotik ekzema (%7,4) ve pulpitin (%2,2) ise diğer morfolojik tipler olduğu saptanmıştır³⁶. Bizim çalışmamızda da eritemaskuamöz/fissürlü tip en sık morfolojik alt grup (%61) olarak belirlendi. Hiperkeratotik/ragadiform ve veziküler el ekzeması ise sırasıyla (%20 ve %19) en sık saptanan diğer morfolojik tiplerdi. Almanya’da 137 el ekzemalı olgunun değerlendirildiği bir başka çalışmada ise hastalar hiperkeratotik/ragadiform, dishidrotik ve mikst olmak üzere üç morfolojik alt gruba ayrılarak değerlendirilmiş ve bu alt gruplardaki hasta sayıları birbirine oldukça yakın bulunmuştur⁴³. Tanımlamadaki farklılıklara karşın, bizim çalışmamız da bu çalışmanın sonuçlarıyla uyumlu gözükmektedir. Hastalarımızda, yukarıda da belirtildiği gibi, hiperkeratotik/ragadiform ve veziküler tip el ekzemalarının oranları birbirine yakındır.

El ekzemasının sınıflamasına ilişkin literatürde yer yer karmaşaya varan farklı yaklaşımlar yıllardır araştırmacıların dikkatini çekmektedir. Diepgen ve ark.’nın 2009

yılında, el ekzemalı hastalara yaklaşım konusunda hazırladıkları ayrıntılı bir derlemede, bu uyumsuzluklara ve karmaşaya açıklık getirmeye çalışmışlardır⁴⁴. Morfoloji, etyoloji ve yerleşim yeri göz önüne alınarak düzenlenen ve kullanılması önerilen sınıflamaların tanımlandığı (araştırmamıza ışık tutan derlemelerden biri olan) bu yazıda, morfolojik tipler bizim çalışmamızdakine benzer biçimde “veziküler”, “eritemli/skuamli”, “hiperkeratotik/radagiform” ve “nummuler” olarak belirlenmiştir⁴⁴.

El ekzeması şiddetinin değerlendirilmesinde birçok farklı skorlama sistemi kullanılmaktadır^{31 45}. Biz de çalışmamızda en sık tercih edilen ve kabul görmüş şiddet indekslerinden biri olan HECSI’yi kullandık ve hastaların ortalama HECSI skorunu 30,9 olarak belirledik. Literatürde benzer çalışmalarda değişik skorlar saptanmıştır. Hald ve ark. el ekzemasının klinik şiddetini değerlendirdikleri bir çalışmada, hastaların ortalama HECSI skorunu 19,9 olarak saptamışlardır⁴⁶. Diepgen ve ark.’nın yaptığı diğer bir çalışmada bu skor 18 olarak bulunmuştur³². El ekzeması sınıflaması üzerine yapılan ve 17’nin üzerindeki HECSI skorlarının şiddetli olarak kabul edildiği bir çalışmada ise bu skorların kadınlarda 6,0 ve erkeklerde 7,5 gibi oldukça düşük düzeyde olduğu belirtilmektedir³⁶. Bu verilerin aksine bir diğer çalışmada, hastaların %78’inde HECSI skoru 40’in üzerinde bulunmuştur⁴⁷. Bizim çalışmamızda HECSI skorlarının literatürdeki diğer çalışmaların çoğundan daha yüksek olarak saptanmasının nedeni, değerlendiricinin öznel yaklaşımı olabileceği kadar, Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı’nın, özellikle allerjik deri hastalıkları açısından daha önce birçok merkezde değerlendirilmiş şiddetli olguların refere edildiği bir 3. basamak sağlık kuruluşu olmasından da kaynaklandığı söylenebilir.

Literatür verileri incelendiğinde HECSI skorlarının özellikle AKD’li ve hiperkeratotik ekzemalı olgularda yüksek, veziküler el ekzemalı olgularda ise düşük olduğu görülmektedir. Handa ve ark., çalışmalarında veziküler el ekzemalı hastalarda hastalık şiddetini düşük, hiperkeratotik ekzemalı hastalarda ise yüksek bulmuşlardır⁴⁷. Çok merkezli diğer bir çalışmada da, en yüksek HECSI skorunun AKD ve hiperkeratotik ekzema gruplarında izlendiği belirlenmiştir³². Bu verilere benzer biçimde, çalışmamızdaki hasta gruplarında, veziküler el ekzeması tanısı alan olguların ortalama HECSI skorları anlamlı olarak düşükken (23,4±2,4); hiperkeratotik ekzemalı hasta grubunda anlamlı olarak yüksek (115,2±214,1) bulundu.

El ekzemasında kontakt allerjinin rolünü belirlemek için uyguladığımız T.R.U.E testte hastaların %44'ü en az bir allerjenle duyarlanmıştı ve bu hastaların 33'ünde (%75) yama testi sonuçları klinik bulgularla uyumluydu. En sık pozitifliklerin sırasıyla nikel sülfat (%16), kobalt klorit (%10) ve kathon (%9) karşı geliştiği saptandı. Bu sonuçlar literatürdeki verilere büyük oranda benzerlik göstermektedir. Boonstra ve ark.'nın 1571 el ekzemalı hastanın deri yama testi sonuçlarını değerlendirdikleri bir çalışmada, olguların yaklaşık yarısının (%50,7) en az bir allerjene karşı duyarlandığı belirtilmiştir. Bu çalışmada da, bizim sonuçlarımıza benzer şekilde en sık pozitiflik gelişen allerjenlerin sırasıyla nikel sülfat (%18,8), kathon (%9,2) ve kobalt klorit (%6,8) olduğu bildirilmektedir ¹⁶. İspanya'da pediatrik yaş grubundaki el ekzemalı olguların değerlendirildiği bir başka araştırmada, hastaların yaklaşık yarısında (%46,8) saptanan yama testi pozitifliklerinin, klinik bulgularla uyumluluğu bizim sonuçlarımıza oldukça yakın (%80) bulunmuştur. En sık saptanan allerjenlerin nikel sülfat, kathon ve "fragrance" karışımı olduğu bu araştırmada, pediatrik el ekzemalı olgularda da kontakt allerjinin önemine dikkat çekilmiş ve tüm KEE'li hastaların değerlendirilmesinde deri yama testi uygulanması önerilmiştir ⁴⁸. Bayazit ve ark.'nın ülkemizde yaptığı bir çalışmada ise, el ekzemalı 225 hastanın %38'inde en az bir allerjene reaktivite saptanmış; sırasıyla nikel sülfat (%14,4), potasyum dikromat (%10,6) ve tiuram karışımı (%8) en sık karşılaşılan allerjenler olarak belirlenmiş ve bu pozitifliklerin klinik bulgularla uyum oranı bizim çalışmamızda olduğu gibi %75 olarak bulunmuştur ¹⁵. Çalışmamızda değerlendirilen hastaların hemen hemen yarısı (%49) gündelik hayatta, ev ya da iş ortamlarında lateks eldiven kullandıklarını belirtmelerine karşın, deri yama testi sonuçlarında sadece 11 hastada lateks katkı ürünü olarak tanımlanan kimyasal maddelere ("carba mix", "thiuram mix", "mercapto mix", "black rubber mix" ve "mercaptobenzothiazole") pozitiflik saptandı. Bu hastaların yalnızca biri lateks eldiven kullandığını ifade etmekteydi. Yama testlerinde lateks katkı maddelerine karşı pozitiflik saptanan 11 hastanın yedisinde el ekzemasından sorumlu olabileceği düşünülen başka allerjenlere karşı da reaktivite vardı, diğer olgularda ise bu pozitifliklerle klinik bulgular arasında bağlantı saptanmadı. Biri dışında hiçbirinin lateks eldiven kullanmadığını saptadığımız hastalarımızın lateks katkı ürünü olarak tanımlanan kimyasal maddelerle daha farklı yollardan (tarım ilaçları, tutkal, boya, küf oluşumunu engelleyen kimyasal

maddeler, yapıştırıcı ürünler, antifriz ve fotoğraf banyo sıvıları vb) duyarlanmış olabilecekleri düşünüldü ⁴⁹.

El ekzemalarında buraya dek tartıştığımız konuların yanı sıra “etyolojik tanı” da büyük önem taşımakta ve çoklu tanıların da söz konusu olduğu bilinmektedir. Avrupa Çevresel ve Kontakt Dermatit Araştırma Grubu’nca (“EECDRG: European Environmental and Contact Dermatitis Research Group”) 2005-2006 yılları arasında 12 aylık bir dönemde gerçekleştirilen çok merkezli bir araştırmada, demografik veriler, öykü ve lezyon morfolojileri göz önüne alınarak; ‘AKD’, ‘İKD’, ‘AKD+İKD’, ‘AEE’, ‘AEE+İKD’, ‘veziküler el ekzeması’, ‘hiperkeratotik el ekzeması’ olmak üzere yedi ana etyolojik alt grup tanımlamıştır. Bu çalışmada hastaların atopi öyküsü, psöriazis öyküsü, ev işleri, mesleki temaslar, atakların sıklığı ve hastalık nedeniyle işten uzak kalma süreleri kaydedilmiş; daha sonra HECSI skorlama sistemi ile değerlendirilen tüm olgulara Avrupa Standart Serisi ile yama testi, gerekli görülen durumlarda ek yama testleri ve (atopiyi belirlemek açısından) “prick” testler uygulanmıştır. Tüm bu verilerin ışığında araştırmacılar, AKD ve İKD tanısının sadece ilişkili allerjen ya da irritan teması olduğunda konulduğunu, ayrıca bir hastanın birden fazla tanı alabileceğini belirtmektedirler ³². Biz de çalışmamızda hastalarımızı demografik verileri, öyküleri ve dermatolojik muayene bulguları ışığında detaylıca değerlendirip, deri yama testi sonuçlarını da göz önüne alarak ‘İKD’, ‘AKD’, ‘İKD+AKD’, ‘veziküler el ekzeması’, ‘hiperkeratotik ekzema’, ‘AEE’, ‘AEE+AKD’ ve ‘diğerleri’ (pulpit) olmak üzere sekiz grupta topladık. İki ana tanısı olan 12 hasta (11 İKD+AKD ve 1 AKD+AEE), tanı aldıkları her iki grubun da karakteristik özelliklerini taşıyordu. Diepgen ve ark.’nın yukarıda ayrıntılı olarak söz ettiğimiz çalışmasında en sık İKD (%21,5) saptanmış olup, bu tanıyı sırasıyla AKD (%15,2), İKD+AKD (%15,2), veziküler el ekzeması (%9,3), AEE+İKD (%7,8), AEE (%5,8) ve hiperkeratotik el ekzeması (5,3) izlemekteydi. Bizim çalışmamızda da benzer biçimde en sık İKD (%44) görüldü. Daha sonra sıklık sırasına göre AKD (%21), İKD+AKD (%11), veziküler el ekzeması (%10), hiperkeratotik ekzema (%9), AEE (%2), pulpit (%2) ve AEE+AKD (%1) belirlendi.

El ekzemasında etyolojik tanı ve morfolojik tipler arasındaki ilişki oldukça karmaşıktır ve bu konudaki çalışmalar oldukça sınırlıdır. En geniş olgu grubunu içeren araştırma, Johansen ve ark.’nın 2008-2010 yılları arasında Danimarka’da 710 el ekzemalı hastayı (Danimarka Kontakt Dermatit Grubu’nca belirlenen rehber ışığında)

değerlendirdikleri çalışmadır. Araştırmamızda hem İKD hem de AKD olgularında en sık karşılaşılan morfolojik alt grubun (sırasıyla %85,5 ve %57,5) olmak üzere “eritemaskuamöz/fissürlü” tip olduğu belirlenmiş, ancak yalnızca İKD olgularında etyoloji ve morfoloji arasında anlamlı bir istatistiksel farklılık ortaya konulmuştur. İrritan kontakt dermatite ilişkin sonuçlarımız Danimarka Kontakt Dermatit Grubu’nun verileriyle uyumlu gözükmemektedir³⁶. Allerjik kontakt dermatit olgularında ise daha farklı bir durum söz konusudur. Danimarka Kontakt Dermatit Grubu verilerine göre AKD’de en sık izlenen morfolojinin veziküler alt grup olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada AEE ile hiçbir klinik tip arasında bir ilişki saptanmazken, çalışmamızdaki AEE hastalarının tümünde eritemaskuamöz/fissürlü morfoloji izlendi. Bu farklılıklar çalışılan hasta gruplarından hastaların sosyoekonomik düzeylerinden, mesleklerinden, değerlendirme ölçütlerindeki farklılıklardan ve belki de genetik etmenlerden kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamıza alınan el ekzemalı hasta sayısının azlığı çalışmamızın kısıtlılıklarındandır. Daha geniş olgu serileriyle el ekzeması alt gruplarına ilişkin özellikler daha sağlıklı biçimde ortaya koyulabilecek ve gruplar arasındaki istatistiksel karşılaştırmalar daha doğru ve güvenilir olabilecektir. Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’ne başvuran hastaların sosyoekonomik düzeylerinin görece yüksek olduğu ve çalışmaya katılan el ekzemalı olguların toplumun genelini temsil edemeyebileceği öne sürülebilir. Ancak Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Bölümü’nün özellikle allerjik deri hastalıkları alanında referans kurumlardan biri olması nedeniyle, İstanbul’daki çeşitli hastanelerden bölümümüze farklı klinik görünümde ve şiddette el ekzemalı olgular referans edilmektedir. Bu nedenle araştırmamızda hasta çeşitliliğinin yeterli olduğu düşünülmektedir.

El ekzeması, dermatoloji pratiğinde sıkça karşılaştığımız, hastaların yaşam kalitelerini ciddi anlamda bozabilen, işten uzak kalmaya ve yüksek tedavi maliyetlerine neden olabilen bir hastalıktır. Meslek dermatozlarının da önemli bir bölümünü oluşturan ve sıklıkla kronikleşme eğiliminde olan el ekzemasının birçok değişik morfolojik görünümü olabilmekte; klinik görünüm, yerleşim yeri ve etyolojik nedene yönelik (hala üzerinde tam olarak uzlaşılmamış) çeşitli sınıflama sistemleri bulunmaktadır. Bu çalışmada, polikliniğimize başvuran el ekzemalı olgular tüm yönleriyle değerlendirilmiş, morfolojik ve etyolojik sınıflamalar yapılmış; çeşitli demografik verilerin, hastalık şiddetlerinin ve allerjik deri testleri sonuçlarının el ekzeması alt gruplarıyla ilişkisi ortaya

konulmuştur. Ülkemizde el ekzemalarının epidemiyolojisine, klinik özelliklerine ve sınıflamasına ilişkin az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu nedenle araştırmamızın literatüre katkıda bulunacağını düşünüyoruz. Daha geniş hasta gruplarıyla yapılacak çalışmalar, el ekzemasının tanı ve sınıflamasına daha çok ışık tutabilecek ve tedaviye yönelik araştırmaların daha iyi planlanmasına olanak sağlayacaktır.



6 KAYNAKLAR

1. Agarwal US, Besarwal RK, Gupta R, Agarwal P, Napalia S. Hand eczema. *Indian J Dermatol.* 2014; 59:213-224.
2. Tunalı Ş, Başkan EB. El Ekzemaları. *Turkiye Klinikleri J Int Med Sci.* 2006; 2:26-30.
3. Diepgen TL, Andersen KE, Chosidow O, Coenraads PJ, Elsner P, English J, Fartasch M, Gimenez-Arnau A, Nixon R, Sasseville D, Agner T. Guidelines for diagnosis, prevention and treatment of hand eczema. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2015; 13:1-22.
4. Cazzaniga S, Ballmer-Weber BK, Grani N, Spring P, Bircher A, Anliker M, Sonntag AK, Piletta P, Huber C, Borradori L, Diepgen T, Apfelbacher C, Simon D. Medical, psychological and socio-economic implications of chronic hand eczema: a cross-sectional study. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2016 ;30:628-637.
5. Johannisson A, Pontén A, Svensson Å. Prevalence, incidence and predictive factors for hand eczema in young adults - a follow-up study. *BMC Dermatol.* 2013; 29:13-14.
6. Thyssen JP, Johansen JD, Linneberg A, Menné T. The epidemiology of hand eczema in the general population--prevalence and main findings. *Contact Dermatitis.* 2010; 62:75-87.
7. Meding B, Swanbeck G. Prevalence of hand eczema in an industrial city. *Br J Dermatol.* 1987; 116:627-634.
8. Montnémerly P, Nihlén U, Löfdahl CG, Nyberg P, Svensson A. Prevalence of hand eczema in an adult Swedish population and the relationship to risk occupation and smoking. *Acta Derm Venereol.* 2005; 85:429-432.
9. Smith HR, Armstrong DK, Wakelin SH, Rycroft RJ, White IR, McFadden JP. Descriptive epidemiology of hand dermatitis at the St John's contact dermatitis clinic 1983-97. *Br J Dermatol.* 2000; 142:284-287.
10. Elston DM, Ahmed DD, Watsky KL, Schwarzenberger K. Hand dermatitis. *J Am Acad Dermatol.* 2002; 47:291-299.
11. Çavuş Ş, Gümüş RO, Koral F, Ergin Ş. Pamukkale Üniversitesi Eğitim, Sağlık ve Araştırma Merkezi sağlık çalışanlarında el ekzeması görülme sıklığı. *Anatol J Clin Investig.* 2012; 6:21-24.
12. Harmanyeri Y, Taşkapın O. Allerjik Kontakt Dermatit. *Dermatoloji'de.* Ed. Tüzün Y, Gürer MA, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur VL. 3. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2008; 201-234.
13. Bieber T. Atopic dermatitis. *N Engl J Med* 2008; 358:1483-1494.
14. Lachapelle JM. Clinical Subtypes and Categorization of Hand Eczema: An Overview. *Textbook of Hand Eczema'da.* Ed. Alikhan A, Lachapelle JM, Maibach HI. 1. Baskı, Berlin, Springer, 2014; 25-36.
15. Bayazıt EÖ, Güngör H, Özınan N, Özarmağan G. Yama testi uygulanan 225 el ekzemalı hastanın mesleki faktörler ve atopi yönünden değerlendirilmesi.


- Türkderm 1999; 33:160-166.
16. Boonstra MB, Christoffers WA, Coenraads PJ, Schuttelaar ML. Patch test results of hand eczema patients: relation to clinical types. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2015; 29:940-947.
 17. Mahler V. Hand dermatitis - differential diagnoses, diagnostics, and treatment options. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2016; 14:7-22.
 18. Mathias CG. Contact dermatitis and workers' compensation: criteria for establishing occupational causation and aggravation. *J Am Acad Dermatol.* 1989; 20:842-848.
 19. Ingber A, Merims S. The validity of the Mathias criteria for establishing occupational causation and aggravation of contact dermatitis. *Contact Dermatitis.* 2004; 51:9-12.
 20. Agner T, Aalto-Korte K, Andersen KE, Foti C, Giménez-Arnau A, Goncalo M, Goossens A, Le Coz C, Diepgen TL; European Environmental and Contact Dermatitis Research Group. Classification of hand eczema. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2015; 29:2417-2422.
 21. Schwensen JF, Menné T, Johansen JD. The combined diagnosis of allergic and irritant contact dermatitis in a retrospective cohort of 1000 consecutive patients with occupational contact dermatitis. *Contact Dermatitis.* 2014; 71:356-363.
 22. Frojo GA, Walle HB, Maibach HI. Irritant Contact Dermatitis. *Textbook of Hand Eczema'da.* Ed. Alikhan A, Lachapelle JM, Maibach HI. 1. Baskı, Berlin, Springer, 2014; 113-120.
 23. Lehtimäki S, Lauerma A. Atopic Hand Eczema. *Textbook of Hand Eczema'da.* Ed. Alikhan A, Lachapelle JM, Maibach HI. 1. Baskı, Berlin, Springer, 2014; 121-126.
 24. Veien NK. Acute and Recurrent Vesicular Hand Eczema. *Textbook of Hand Eczema'da.* Ed. Alikhan A, Lachapelle JM, Maibach HI. 1. Baskı, Berlin, Springer, 2014; 121-138.
 25. Lodi A, Betti R, Charelli G, Urbani CE, Crosti C. Epidemiological clinical and allergological observations on pompholyx. *Contact Dermatitis.* 1992; 26:17-21.
 26. Feldman SR, Taheri A. Hyperkeratotic Eczema (Psoriasis) of the Palms. *Textbook of Hand Eczema'da.* Ed. Alikhan A, Lachapelle JM, Maibach HI. 1. Baskı, Berlin, Springer, 2014; 139-148.
 27. Sudha SD, Kejal JM, Amol MK, Pramod VN. Relationship of Total IgE, Specific IgE, Skin Test Reactivity and Eosinophils in Indian Patients with Allergy. *J IACM.* 2010; 11:265-271.
 28. Alikhan A, Maibach HI. Patch Testing in Hand Eczema. *Textbook of Hand Eczema'da.* Ed. Alikhan A, Lachapelle JM, Maibach HI. 1. Baskı, Berlin, Springer, 2014; 255-262.
 29. Weistenhöfer W, Baumeister T, Drexler H, Kütting B. An overview of skin scores used for quantifying hand eczema: a critical update according to the criteria of evidence-based medicine. *Br J Dermatol.* 2010; 162:239-250.
 30. Agner T, Andersen KE, Brandao FM, Bruynzeel DP, Bruze M, Frosch P, Goncalo

- M, Goossens A, Le Coz CJ, Rustemeyer T, White IR, Diepgen T; EECDRG. Hand eczema severity and quality of life: a cross-sectional, multicentre study of hand eczema patients. *Contact Dermatitis*. 2008; 59:43-47.
31. 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.
 32. Diepgen TL, Andersen KE, Brandao FM, Bruze M, Bruynzeel DP, Frosch P, Gonçalo M, Goossens A, Le Coz CJ, Rustemeyer T, White IR, Agner T; European Environmental and Contact Dermatitis Research Group. Hand eczema classification: a cross-sectional, multicentre study of the aetiology and morphology of hand eczema. *Br J Dermatol*. 2009; 160:353-358.
 33. Agner T. Approaches to the Management of Hand Eczema. Textbook of Hand Eczema'da. Ed. Alikhan A, Lachapelle JM, Maibach HI. 1. Baskı, Berlin, Springer, 2014; 401-410.
 34. Katsarou A, Makris M, Papagiannaki K, Lagogianni E, Tagka A, Kalogeromitros D. Tacrolimus 0.1% vs mometasone furoate topical treatment in allergic contact hand eczema: a prospective randomized clinical study. *Eur J Dermatol*. 2012; 22:192-196.
 35. Ruzicka T, Lynde CW, Jemec GB, Diepgen T, Berth-Jones J, Coenraads PJ, Kaszuba A, Bissonnette R, Varjonen E, Holló P, Cambazard F, Lahfa M, Elsner P, Nyberg F, Svensson A, Brown TC, Harsch M, Maares J. Efficacy and safety of oral alitretinoin (9-cis retinoic acid) in patients with severe chronic hand eczema refractory to topical corticosteroids: results of a randomized, double-blind, placebo-controlled, multicentre trial. *Br J Dermatol*. 2008; 158:808-817.
 36. Johansen JD, Hald M, Andersen BL, Laurberg G, Danielsen A, Avnstorp C, Kristensen B, Kristensen O, Kaaber K, Thormann J, Menné T, Veien N; Danish Contact Dermatitis Group. Classification of hand eczema: clinical and aetiological types. Based on the guideline of the Danish Contact Dermatitis Group. *Contact Dermatitis*. 2011; 65:13-21.
 37. Meding B, Wrangsjö K, Järvholm B. Fifteen-year follow-up of hand eczema: persistence and consequences. *Br J Dermatol*. 2005; 152:975-980.
 38. Lerbaek A, Kyvik KO, Mortensen J, Bryld LE, Menné T, Agner T. Heritability of hand eczema is not explained by comorbidity with atopic dermatitis. *J Invest Dermatol*. 2007; 127:1632-1640.
 39. Bryld LE, Hindsberger C, Kyvik KO, Agner T, Menné T. Risk factors influencing the development of hand eczema in a population-based twin sample. *Br J Dermatol*. 2003; 149:1214-1220.
 40. Nielsen J. The occurrence and course of skin symptoms on the hands among female cleaners. *Contact Dermatitis*. 1996; 34:284-291.
 41. Carr RD, Berke M, Becker SW. Incidence of atopy in the general population. *Arch Dermatol*. 1964; 89:27-32.
 42. Baran R. Nail alterations in hand eczema. Textbook of Hand Eczema'da. Ed. Alikhan A, Lachapelle JM, Maibach HI. 1. Baskı, Berlin, Springer, 2014; 37-47.

43. Molin S, Diepgen TL, Ruzicka T, Prinz JC. Diagnosing chronic hand eczema by an algorithm: a tool for classification in clinical practice. *Clin Exp Dermatol.* 2011; 36:595-601.
44. Diepgen TL, Elsner P, Schliemann S, Fartasch M, Köllner A, Skudlik C, John SM, Worm M; Deutsche Dermatologische Gesellschaft. Guideline on the management of hand eczema. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2009; 3:1-16.
45. van der Valk PG, van Gils RF, Boot CR, Evers AW, Donders R, Alkemade HA, Coenraads PJ, Rustemeyer T, van Mechelen W, Anema JR. A simple tool with which to study the course of chronic hand eczema in clinical practice: a reduced-item score. *Contact Dermatitis.* 2013; 69:112-117.
46. Hald M, Agner T, Blands J, Veien NK, Laurberg G, Avnstorp C, Menné 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; 160:1229-1236.
47. Handa S, Kaur I, Gupta T, Jindal R. Hand eczema: correlation of morphologic patterns, atopy, contact sensitization and disease severity. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2012; 78:153-158.
48. Toledo F, García-Bravo B, Fernández-Redondo V, De la Cuadra J, Giménez-Arnau AM, Borrego L, Carrascosa JM, Armario-Hita JC, Sánchez-Pedreño P, Hervella M, González R, Silvestre JF. Patch testing in children with hand eczema. A 5-year multicentre study in Spain. *Contact Dermatitis.* 2011; 65:213-219.
49. Haman CP, Sullivan KM, Wright P. Hand Eczema from Rubber Gloves. *Textbook of Hand Eczema*'da. Ed. Alikhan A, Lachapelle JM, Maibach HI. 1. Baskı, Berlin, Springer, 2014; 197-218.

7 EKLER

7.1 ETİK KURUL KARAR FORMU

 YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ	YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU
---	--

KURUL ADI	YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ Devlet Yolu Ankara Cad. No: 102-104, 34752 Kozyatağı, İstanbul
TELEFON	0216 578 47 97
E-POSTA	gulin.demir@yeditepe.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	El ekzemalı olgularda klinik ve etyolojik özelliklerin değerlendirilmesi.		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜNÜN KODU			
	EUDRACT NUMARASI			
	SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Arş.Gör.Dr.Elif Gökçe		
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Dermatoloji		
	KOORDİNATÖRÜN UNVANI/ADI/SOYADI			
	KOORDİNATÖRÜN UZMANLIK ALANI			
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ		
	ARAŞTIRMA MERKEZİNİN AÇIK ADRESİ	YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ		
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ			
	UZMANLIK TEZİ/AKADEMİK AMAÇLI	<input checked="" type="checkbox"/> UZMANLIK TEZİ	<input type="checkbox"/> AKADEMİK AMAÇLI	
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1 <input type="checkbox"/>	FAZ 2 <input type="checkbox"/>	FAZ 3 <input type="checkbox"/>
		FAZ 4 <input type="checkbox"/>	BE/BY <input type="checkbox"/>	DIĞER <input type="checkbox"/>
	İL AÇ ARAŞTIRMA	DIŞI <input checked="" type="checkbox"/>	Belirtiniz:	
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	<input checked="" type="checkbox"/> TEK MERKEZ	<input type="checkbox"/> ÇOK MERKEZLİ	<input checked="" type="checkbox"/> ULUSAL <input type="checkbox"/> ULUSLARARASI	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğ er <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŐURÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğ er <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğ er <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğ er <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN DİĞ ER BELGELER	Belge Adı		Açıklama
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>	
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>	
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	<input type="checkbox"/>	

YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR
FORMU

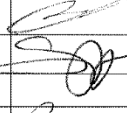
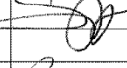

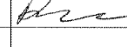

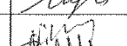
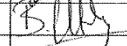

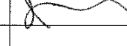
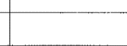
ILAN	<input type="checkbox"/>
YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>
SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>
GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>
DİĞER	<input type="checkbox"/>

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: <u>242</u>	Tarih: <u>22.04.2014</u>
	Arş.Gör.Dr.Elif Gökçe sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik bir sakınca bulunmadığına toplantıda katılan etik kurulu üyelerinin oy çokluğu ile karar verilmiştir.	

ETİK KURULU BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Kuruluş ve Çalışma Esasları.
---------------	--

ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI: Prof. Dr. R. Serdar ALPAN
ETİK KURULU ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		İlişki *		Katılım **		İmza
Prof. Dr. R. Serdar Alpan	Farmakoloji	YÜTF	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. M. Reha Cengizler	Pediyatri	YÜTF	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Serdar Öztezcan	Biyokimya	YÜTF	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Baki Ekçi	Genel Cerrahi	YÜTF	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Ferda Özkan	Patoloji	YÜTF	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Nural Bekiroğlu	Biyostatistik	MÜTF	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Esra Can Say	Diş Has. Ted.	YÜDF	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Meriç Köksal	Eczacılık	YÜEF	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Ali Rıza Okur	Hukuk	YÜHF	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Başar Atalay	Beyin Cerrahi	YÜTF	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Nesrin Sarıman	Göğüs Hastalıkları	MÜTF	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Esin Öztürk İşik	Biyomedikal Mühendisi	YÜTF	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yakut Gümüşlügil	Sivil Üye		E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* : Araştırma ile İlişki

** : Toplantıda Bulunma

Önemli Not: Çalışmanın Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylanan protokole göre yürütülmesi ve çalışma protokolündeki değişikliklerin kurulumuza bildirilmesi gerekmektedir.

7.2 BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

 YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ	Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu
---	--

Hastanın veya yerine onam verecek kişinin okuma, anlama, konuşma, dil sorunu mevcut mu? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Cevabımız EVET ise Hasta İlişkileri Sorumlusu ile iletişim kurunuz.	Tercüman gerekiyorsa; Tercümanın adı _____ İmza _____ Tarih _____
---	---

Sayın Hastamız,

- Bu belge bilgilendirilme ve aydınlatılmış onam haklarınızdan yararlanabilmenizi amaçlamaktadır.
- Size gerçekleştirilebilecek klinik araştırmalar amaçlı girişimler konusunda, tüm seçenekler ile bu girişimlerin yarar ve muhtemel zararları konusunda anlayabileceğiniz şekilde **bilgi alma hakkınız ve bir kopyasını isteme hakkınız** vardır.
- Yasal ve tıbbi zorunluluk taşıyan durumlar dışında **bilgilendirmeyi reddedebilirsiniz**. Yazılı bildirmek koşulu ile bilgi almama veya yerinize güvendiğiniz bir kimsenin bilgilendirilmesini talep etme hakkına sahipsiniz.
- klinik araştırmalara katılım konusunda bilgilendirildikten sonra bunu kabul edebilirsiniz. Ya da **karar verebilmek için uygun zaman talep edebilirsiniz**.
- Hayatınız veya hayati organlarınız tehlikede olmadığı sürece onamınızı (yazılı talep etme koşulu ile) **dilediğiniz zaman geri alabilir** ya da önceden kabul etmediğiniz herhangi bir tanı/tedavi amaçlı girişimi **tekrar talep edebilirsiniz**.
- Hastanemizde verilen hizmetleri **Hastane Tanıtım Broşürü**nden edinebilirsiniz. Ayrıca Hastanemiz personeli hakkında <http://www.yeditepehastanesi.com.tr/> web sayfamızdan daha detaylı bilgilere ulaşabilirsiniz.
- Burada belirtilenlerden başka sorularınız varsa bunları yanıtlamak görevimizdir.

TANIMLAMA

Araştırmanın Adı / Protokol numarası

El ekzematı olgularda klinik ve etyolojik özelliklerin değerlendirilmesi

Araştırma Konusu

El ekzematı olgularda klinik bulguların, hastalığa neden olabilecek faktörlerin belirlenmesi ve hastaların yaş, cinsiyet, meslek vb... gibi değişik açılardan gruplanarak bu verilerin klinik özelliklerle ilişkilendirilmesi

Araştırmaya Katılımcı Sayısı

100 (yüz)

Bu araştırmanın

Amacı

El ekzemaları, derinin sık görülen ve özellikle kronikleştiği durumlarda yaşam kalitesini ileri derecede düşürebilen hastalık gruplarından biridir. Erişkin bireylerde el ekzemasının bir yıllık prevalansı (bir yıl içerisinde hastalığın toplumdaki toplam görülme oranı) yaklaşık % 10 , insidansı (bir yıl içerisinde hastalığın toplumda yeni tanı alma oranı) ise % 0.5 düzeyindedir. Hastaların yine yaklaşık yarısı dermatolojik tedavi görmekte, %5 i hastalığına bağlı olarak işinden uzak kalabilmekte, %5-7 si kronik ve ağır gidiş göstermekte, son olarak %2-4 ünde topikal (deriye sürülen) tedavilere dirençli, çoğu kez önemli sosyoekonomik sorunlara yol açabilen, kronik el ekzeması (KEE) gelişmektedir. Kronik el ekzeması, en az 3 aydır iyileşmeyen ya da düzenli dermatolojik tedavi ve iyi bir hasta uyumuna karşın bir yılda en az iki kez alevlenme gösteren durum olarak tanımlanmaktadır. Günümüzde nedene yönelik faktörler göz önüne alındığında, el ekzemaları tahrişe bağlı ya da alerjik olarak sınıflandırılmaktadır. Bu çalışmada el ekzemalarının demografik özelliklerinin belirlenmesi, klinik ve etyolojik sınıflamasının yapılması ve hastalık şiddetlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Süresi

1(Bir) yıl



Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

İzlenecek Yöntem / Yöntemler

Bu çalışmaya Yeditepe Üniversitesi Hastanesi Dermatoloji polikliniğine başvuran el ekzeması olan 18 yaş üzeri 100 hasta alınacaktır. Gebeliği olan veya emzirme döneminde olan hastalar çalışmaya alınmayacaktır. Hastaların epidemiyolojik ve demografik özellikleri, tıbbi özgeçmiş ve soygeçmişleri (yaş, cinsiyet, meslek, hastalığın başlangıç yaşı, aile öyküsü, nüks sıklığı, atopik dermatit öyküsü, solunum yolu alerjisi öyküsü, ailede atopi öyküsü, tatillerde döküntü karakteri, varsa önceki yama testi, şikayetlerini artıran faktörler, önceki tedaviler, diğer deri hastalıkları, sistemik hastalık varlığı, eldiven kullanımı, sigara, alkol gibi alışkanlıklar, resim, heykel gibi hobileri) ayrıntılı olarak sorgulanacaktır. Hastaların detaylı olarak fizik muayeneleri yapılacak ve hastalığın morfolojik özelliği, yerleşim yeri, varsa tırnak tutulumu, ayak tutulumu ve başka alan tutulumu değerlendirilecektir. Tüm hastalara etiyolojik değerlendirmeye yönelik deri yama testi uygulanacak ve test sonuçları 2., 4. ve 7. günlerde değerlendirilecektir. Tüm hastalara total IgE (alerji araştırılması amacıyla) bakılacaktır. Her hastada el ekzeması ağırlık indeksi (HECSI) değerlendirilecektir.

Araştırma Sonunda Beklenen Fayda

Klinik muayene, yama testi ve atopi sonuçlarına göre var olan hastalığın daha akılcı biçimde tedavisi amaçlanmaktadır

Alternatif Tedavi Veya Girişimler

Araştırmaya katılan tüm hastalara deri yama testi (True Test) uygulanacak ve total IgE için kan tahlili yapılacaktır.

Araştırma Sırasında Karşılaşılabilecek;

<i>Riskleri</i>	<i>Rahatsızlıklar</i>
Yoktur	a) Deri yama testi uygulanan bölgede deride geçici kızarıklık, yanma hissi gelişebilir

 YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ	Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu
---	--

Risk / rahatsızlık durumlarında yapılması gerekenler

Beklenmeyen etki görüldüğünde belirtilen telefon numaralarının aranması, gerektiği takdirde deri yama testinin uygulanan bölgeden uzaklaştırılması önerilir.

Aşağıdaki özel durumlara ait katılımcı var mı?

	EVET*	HAYIR
Çocuk		X
Mahkum		X
Gebe		X
Mental yetersizlik		X
Sosyoekonomik eğitim olarak yetersiz		X

*Ancak çocuklarda, hamilelik, lohusalık ve emzirme dönemlerinde ve kısıtlılık durumunda; gönüllüler yönünden araştırmadan doğrudan fayda sağlanacağı umuluyor ve araştırma gönüllü sağlığı açısından öngörülebilir ciddi bir risk taşıyor ise, usulüne uygun bir şekilde alınmış bilgilendirilmiş gönüllü olur formu ile birlikte ilgili etik kurulun onayı ve Bakanlık izni alınmak suretiyle araştırmaya izin verilebilir.

ONAM (RIZA)

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum. Bu durumda hastanenin çalışma düzeni ve hastalara verilen bakımda aksaklık olmayacağı konusunda bilgilendirildim. Bu araştırmaya katılırken zorlama, maddi çıkar ve ast üst ilişkisine dayalı herhangi bir baskı olmaksızın bu çalışmaya katıldığımı beyan ederim. Bu bilimsel çalışmanın devamı esnasındaki süreçle ilgili olarak ayrıca eklenen çalışma protokolü ile bilgilendirildim.



Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekliyse Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekliyse Yasal Temsilcinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

24 Saat ulaşılabilir iletişim bilgileri:

Araş Gör. Dr. Elif GÖKCE

0 536 201 66 56

0 216 578 40 00

7.3 EL EKZEMASI KAYIT FORMU

EL EKZEMASI TAKİP FORMU

Tarih:

1. Hastanın adı-soyadı:
2. Yaşı-cinsiyeti:
3. Telefonu:
4. Meslek:
5. Hastalığın süresi: 1 aydan az 1-3 ay 3 aydan fazla
6. Ailede el ekzeması öyküsü: Var Yok
7. Nüks sıklığı: İlk atak Yılda 2 den az Yılda 2 den fazla
8. Atopik dermatit öyküsü: Var Yok
9. Solunum yolu allerjisi öyküsü: Yok ARC BA
- 10.İşten uzak kalındığında döküntü karakteri:
 Düzeliyor Aynı Kötüleşiyor
- 11.Şikayetleri artıran faktörler:
 Yok Stres
 Su/deterjan/sıvı sabun Kimyasal madde/besin teması
 Soğuk/kuru hava Diğer (belirtiniz):
 Sıcak/terleme
- 12.Tırnak tutulumu: Var Yok
- 13.Ayak tutulumu: Var Yok
- 14.Başka herhangi bir deri hastalığı: Var (Belirtiniz): Yok
- 15.İş yaparken koruyucu amaçlı (lateks vb...) eldiven kullanımı: Var Yok
- 16.Hobiler: Resim Fotoğraf Heykel Aşçılık Bahçe
 Mobilya Diğer (Belirtiniz):
- 17.Morfoloji: Veziküler (Dizhidriiform) Hiperkeratotik(Ragadiform)
 Eritemoskuamöz ve fissürlü Nummuler (Diskoid)
- 18.Yama testi sonucu:
- 19.HECSI Skoru:
- 20.Olası tanı/tanılar:

7.4 HECSI FORMU

Tarih:

EI EKZEMASI AĞIRLIK İNDEKSİ (HECSI: Hand Eczema Severity Index)

Hastanın adı-soyadı:

	Parmak uçları	Parmaklar	Avuç içi	El sırtı	Bilek
<i>Eritem</i>	0-3	0-3	0-3	0-3	0-3
<i>İnfiltrasyon</i>	0-3	0-3	0-3	0-3	0-3
<i>Vezikül</i>	0-3	0-3	0-3	0-3	0-3
<i>Fissür</i>	0-3	0-3	0-3	0-3	0-3
<i>Pullanma</i>	0-3	0-3	0-3	0-3	0-3
<i>Ödem</i>	0-3	0-3	0-3	0-3	0-3
<i>Toplam</i>					
<i>Yaygınlık</i>	0 (%0), 1 (%1-25), 2 (%26-50), 3 (%51-75), 4 (%76-100)				
<i>Toplam skor (toplam x yaygınlık)</i>					