

Halk Sağlığı Açısından Allerji ve Allerjik Hastalıklar

ALLERGY AND ALLERGIC DISEASES REGARDING PUBLIC HEALTH

Faruk YORULMAZ*, Cumhuriyet ÇETİN**

* Doç.Dr., Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD,
** Dr., Edirne Devlet Hastanesi, EDİRNE

Özet

Tüm toplumlarda yaygın olarak bulunan allerjik hastalıklar; hem bu yönüyle, hem de korunulabilir olmaları sebebiyle halk sağlığı açısından önemli problemlerden biridir. Allerjik hastalıklar çevresel faktörlerden önemli ölçüde etkilenmektedir. Bu faktörlerden bir kısmı polenler, güneş ışığı, bazı besinler gibi doğal; bir kısmı ise sabun, deterjan, makyaj malzemeleri, plastik ve mamulleri, besin boyaları, giysi boyaları gibi sentetik maddelerdir. Bir kısmına meslek hastalıkları olarak bakılabilir. Bunun yanı sıra kimi allerjik hastalıkların hiposensitizasyon ile tedavisi, bir bakıma korunması mümkündür. Allerjenle temasın kesilmesi ile teorik olarak %100 korunulabilir hastalıklardır. Bu sebeplerle çalışmamızda allerjik hastalıklar halk sağlığı bakış açısından incelenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Allerji, Halk sağlığı

T Klin Tıp Bilimleri 2001, 21:216-222

Summary

Allergic disorders are very common throughout the world. These disorders are very important for public health because of their high frequency and of their preventable characteristics. Environmental factors such as foods, paints, detergents, pesticides, clothes, pollens, cosmetic materials, sun and occupational materials play a very important role in the etiology of these diseases. Avoiding from such environmental factors is a radical way of prevention. But in some conditions this is not possible. Hyposensitization is effective in both the treatment and prevention of these conditions. Allergic diseases theoretically are considered to be preventable in 100% of conditions. In the present study, we reviewed this important public health problem which has not been studied sufficiently before.

Key Words: Allergy, Public health

T Klin J Med Sci 2001, 21:216-222

Allerji ve allerjik hastalıklar, halk sağlığı tarafından pek fazla incelenmemiş bir konudur. Aslında bir kısmı meslek hastalığı da olan bu hastalıklar korunulabilir hastalıklardır. Kentleşme ve sanayileşme ile çevrenin bozulması ile insanların allerjenlerle daha sık karşılaşması sonucu bu tür sağlık sorunları da giderek artmaktadır (1). Toplumlar, ülkelere, bölgelere göre değişimle birlikte, toplumdaki görülme sıklığının oldukça yüksek olduğu bilinmektedir. Bu hastalıklar çoğunlukla öldürücü değildir ancak, önemli işgücü kaybına yol açmaları nedeniyle halk sağlığı açısından önemli hastalıklar arasında yer almaktadır. Allerjik hastalıklar çevresel ve bünyesel nedenlerin birlikte rol aldığı, korunmada çevresel faktörlerin çok önemli olduğu hastalıklar grubudur. Çevrede allerjiye yol açabilen çok sayıda etken vardır. Bunların tümünden kaçınmak hemen hemen imkansızdır, ancak alınabilecek koruyucu tedbirlerle hem kalitatif hem de kantitatif olarak sorunun

Geliş Tarihi: 08.06.2000

Yazışma Adresi: Dr.Faruk YORULMAZ
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı AD, EDİRNE

boyutunun azaltılması sağlanabilir. Hücre hasarına yol açan bir etken olarak, allerjen (Ag)-antikör (Ab) etkileşmesi her organda immünopatolojik değişiklikler oluşturabildiğinden allerjik reaksiyonlar tıbbın her alanını ilgilendirmektedir (2).

Allerji Latince "Allos" (farklı davranış)'dan türetilen "yabancı maddelere karşı, organizmanın farklı immün cevap vermesi"; atopi ise allerjik reaksiyonlara yatkınlık anlamına gelmektedir. Atopinin genetik geçen bir defektle geliştiği gösterilmiştir. Atopiklerin deri ve mukozaları allerjenlere karşı, normal kişilerden daha geçirendir ve bu kişilerde reaktif Ab yapımında temel rol alan makrofajlar farklıdır (1-3).

Ab'lar, bir antijenik uyarı ile plazmosit ve bazı lenfositlerce sentezlenen karmaşık molekül proteinler olup; kendi sentezine yol açan antijenle birleşerek zararsız hale getirirler. Ab'ları oluşturan plazmosit ve lenfositler; lenf nodülü germinal merkezlerinde, dalak folliküllerinde, ince bağırsak Peyer plakları, tonsiller, kan ve adenoid dokularda bulunmaktadır. Serum immünoelektroforeziyle gamaglobulin G,A,M,D ve E olmak üzere 5 ana immünglobuline (Ig) ayrılır. Allerjik olaylarda IgE yer alır (4,5). Ag'lere karşı immün cevap aslında organizmanın kendisini koruma

Tablo 1. Çeşitli çalışmalarda bulunan allerjik rinit ve atopik dermatit prevalansları

Şehir	Yaş Grubu	Yıl	n	A. Rinit %	Atopik dermatit %
Ankara*	Çocuk	1966-67	1163	41.6	5.9
Trabzon*	Çocuk	1988	431	9	3
Ankara **	"	1992	1226	15.4	4
Ankara *	"	1992	3024	11.4	2.6
Bursa*	"	1993	3351	13.4	7.5
İzmir*	"	1992-93	3600	6.3	13.6
Samsun*	"	1994	3500	13.6	12.8
Edirne	"	1994	5412	4.5	0.9
İstanbul***	"	1995	2350	-	3.2
İsveç*	Erişkin	1989-90	205	15.4	13.8
Afyon***	"	1994	786	5.9	3.1
Ankara***	"	1994	4331	8	0.7

* Hayatboyu görülme sıklığı (kümülatif prevalans)

** Son 12 aydaki görülme sıklığı (periyodik prevalans)

*** Araştırma sırasında görülme sıklığı (şimdiki prevalans)

mekanizmalarından biridir, böylece organizma Ag'lere karşı direnç kazanır (bağışıklık). Bu cevabın, yarar yerine bazı doku hasarları ve hastalıkları ortaya çıkarmasına allerji denilmektedir. İmmün reaksiyonlar ya Ab aracılığı ile (erken) veya hücre sel biçimde (geç) oluşurlar (2).

Allerjik hastalıklar farklı mekanizmalarla oluşabilir. Mesela hipersensitivite pnömoniti hem hücre sel hipersensitivite hem de immün kompleks allerjisi ile gelişebilir. Öte yandan, farklı yollardan alınan farklı allerjenler aynı tabloyu oluşturabilirler. Mesela ilaçlar, böcek zehirleri ve besinler birbirinden farklı allerjenler olmalarına rağmen sistemik anafilaksi, ürtiker ve anjiyoödem oluşturabilirler. İnhalasyonla alınan allerjenler, genellikle atopik hastalıklara (allerjik rinit, allerjik astma, allerjik gastroenteropati, atopik dermatit), oral alınan allerjenler astma, anafilaksi, ürtiker ve anjiyoödem, temasla alınan allerjenler kontakt dermatite ve nadiren ürtikere, enjeksiyon yolu ile alınan allerjenler ise anafilaksi, ürtiker ve anjiyoödem yol açarlar (1,6-8). Kapalı ortamlardaki allerjenler; mantar küfleri, temizlik ürünleri, ev tozları, ev hayvanlarının tüyleri-kılları gibi allerjenlerdir (9).

Epidemiyoloji: Allerjik hastalıklar toplumda en sık görülen hastalıklardan olup dünyanın her yerinde, her yaş ve cinste görülmektedir. Bu hastalıklar için de bir epidemiden söz edilmektedir. Holgate'e göre, gelişmiş ülkelerde her 2 kişiden biri allerjik reaksiyonlar göstermektedir. Son 20 yılda özellikle gençlerde batı tipi hayat tarzı nedeniyle allerjik hastalıklar önemli bir artış göstermiştir (10). Toplumun %10-12'si atopik kişilerden oluşmaktadır (11). Gelişmiş ülkelerde yaklaşık her 3 kişiden birinde allerjik rinit, her 10 kişiden birinde bronşial astım ve her 20 kişiden birinde atopik ekzema olduğu bildirilmektedir. İnsanların yaklaşık %30-40'ının bir allerjik sorunu olduğu tahmin edilmektedir (3). Ankara'da yapılan bir çalışmada 1163

çocuk incelenmiş bunlardan %41.6'sında yılboyu süren allerjik rinit, %2.2'sinde astma, %26.2'sinde ürtiker veya anjiyoödem hikayesi, %3.7'sinde ilaç allerjisi hikayesi, %2.3'ünde allerjik konjonktivit, %5.9'unda atopik dermatit bulunmuştur. Atatürk Üniversitesi Hastanesi Dermatoloji bölümüne başvuran 2847 çocuğun %11.1'inde atopik dermatit bulunmuştur. Trabzon'da bir ilkokulda yapılan çalışmada %19 gıda allerjisi, %99.1 ürtiker, %8.6 astma ve %2.1 ilaç duyarlılığı belirlenmiştir. Ankara'da bir ilkokulda yapılan çalışmada 1226 öğrenci incelenmiş ve allerjik rinit %15.4, atopik dermatit %4 oranında bulunmuştur. Ankara'da 3024 çocuğun incelendiği bir başka çalışmada allerjik rinit %11.4 ve atopik dermatit prevalansı %2.6 oranında belirlenmiştir (2).

Hacettepe Üniversitesindeki 4331 öğrencide yapılan araştırmada gıda, ilaç ve polen allerjisinin kızlarda erkeklerden önemli ölçüde daha fazla görüldüğü, mevsimsel rinit, perennial rinit, fleksural ekzema, nonfleksural ekzema ve ev hayvanı allerjisi görülme sıklığı bakımından cinsler arasında fark olmadığı belirlenmiştir (2).

Ankara ve Edirne'de aynı yöntemle yapılan çalışmada asthma, rinit ve ekzemanın Edirne'de Ankara'ya göre hem kümülatif hem de şimdiki prevalansı daha düşük bulunmuştur (2). Finlandiya'da bir deterjan fabrikasında çalışanlardan %22'sinde allerjik rinit, astma gibi semptomlar görülmüştür (12). Lateks allerjisi nedeniyle, British Hospital'de çalışan 773 kişiden %49'unun ellerinde kaşıntı ve kızarıklık, %14'ünde ürtiker ve %6'sında göğüs sıkışması belirlenmiştir (13). Zaman özellikleri için polen veya iş ortamından kaynaklanan allerjenler için çalışma işyerinde bulunma zamanları gibi allerjenlerin ortama çıktığı özel dönemler varsa söz edilebilir. Keza yer özelliği için de benzer durum söz konusudur. Aşağıda incelenen bazı önemli allerjik hastalıklar için o hastalığa özel epidemiyolojik bilgi sunulmaktadır.

Bazı Önemli Allerjik Hastalıklar

Atopik Hastalıklar: Tip I aşırı duyarlılığa bağlı ve önceden Ag'in öncelikle IgE (reaginik veya deriyi duyarlı hale getiren Ab'lar) ile temas sonucu duyarlılaşmış bazofil ve mastositlerden vazoaaktif maddelerin serbestleşmesi sonucu oluşurlar. İnsanlarda en çok görülen allerjik sorunlar olan saman nezlesi (mevsimsel allerjik rinit), özellikle çocuklardaki astım, infantil ekzema ve bazı ürtiker vakalarıyla GIS'deki besin reaksiyonları atopik hastalıklardır. Atopik kişilerin ortak özelliği, bu kişilerin %80'in üzerinde zararsız olan çevredeki maddelere (allerjenlere) karşı aşırı duyarlılık gelişmesine kalıtsal bir yatkınlıktır (1).

Semptomların; bunların çevreyle, mevsimlerle ve çeşitli durumlarla olan ilişkilerinin ve klinik seyirlerinin incelenmesi, hastalığın atopik sorun sayılmasına yetecek bilgi sağlar. Hastanın allerjik olup olmadığının belirlenmesinde anamnez ve klinik seyir, testlerden daha değerlidir. Semptomların başlama yaşı önemlidir; mesela çocukluk çağındaki astım, 30 yaştan sonra ortaya çıkanlara göre daha fazla atopik özelliktedir. Semptomların çıkışında; mevsimsel oluş veya hayvan, saman, tozla temas varlığı ipuçlarıdır. Bazı atopik durumlarda, özellikle astımda ekzemaya benzer deri erupsiyonlarında eozinofili vardır; ancak olmaması, allerjiyi ekarte etmez. Alevlenme dönemlerinde yükselmeleri, sessiz dönemlerde ise azalmaları nedeniyle IgE düzeyleri, ekzema tanısında önem taşır. IgE düzeyleri atopik astım vakalarında da yüksek, buna karşılık allerjik rinitlerde normaldir (1,14).

Atopik Dermatit: Genellikle 2-6. aylarda başlar ve bebeklik çağında en sık, çocukluk çağında sık görülen bir deri hastalığıdır (3). Atopik ekzema kronik bir deri hastalığı olup, 11 yaş ve üzeri çocuklarda %5-20 oranında görülmektedir. Araştırmacılar etiyolojik faktörlerdeki artış nedeniyle prevalansın da arttığını söylemektedirler (15). Coca (1934), allerjik rinit ve bronşial astma ile birlikte atopik kişilerde sık görüldüğünden, bu hastalığa atopik dermatit demiştir. Atopik dermatitlilerin %70'inde bir solunum yolu allerjisi tabloya eşlik etmektedir. Yine %70'inde ailede atopi hikayesi vardır. Hastaların %20'sinde serum total IgE düzeyleri normaldir. İngiltere'de prevalans ilk 5 yıl için %3.1 bulunmuştur. Halpern ABD'de 7 yaşına kadar izlenen 1753 çocukta insidansı %4.3 bulunmuştur. İklim ve coğrafya prevalansı etkilemektedir. Hastalık tropikal ve nonendüstriyel bölgelerde daha az görülür. Hastalığın özelliği spontan iyileşme ve alevlenmeler göstermesidir. Genellikle mevsim, yüksek nem oranı, ani ısı değişimleri, yorgunluk, duyulanma bozuklukları, yün ile temas gibi etmenler, hastalığın alevlenmesine veya artmasına neden olurlar. Buğday, süt ve yumurta gibi besinler, polen, mantar sporları, ev tozu, atopik dermatit için allerjen kabul edilmektedir. Fakat bunlardan kaçınma hastalığın iyileşmesini sağlamamaktadır (1,5,7,8). Atopik dermatit, genellikle süt çocukluğu döneminde, yanaklarda eritematöz, kaşıntılı, kuru deri lezyonları olarak başlar, sonra dirsek önü ve popliteal bölgelere yayılır. En son lezyon

akıntılı ve kabuklu bir hal alır. Atopik dermatitin %80'i, 3 yaşa kadar spontan kaybolur. İyileşenlerin çoğunda başka bir organ allerjisi, genellikle solunum sistemi allerjik hastalıkları, allerjik nezle ve bronşial astma gelişir. Bu yaşta kendiliğinden iyileşme göstermeyen %20 vakada lezyonlar şekil değiştirir, gövde ve ekstremitelerde yuvarlak ve oval şekildedir; bu yüzden, bu dönemdeki atopik dermatite, numuler veya juvenil ekzema adı verilir (8).

Allerjik Kontakt Dermatit (AKD): Temas eden bir irritan veya immünojenin derideki reaksiyonuna verilen genel isimdir (7,8,14). Prevalansı %1.5-5.4 arasındadır; berber, kuaför, çiftçi, motor tamircisi, inşaat ve temizlik işleri ile uğraşanlar gibi riskli gruplarda %15'e çıkmaktadır. İritan kontakt dermatit, AKD'den daha siktir. Endüstrinin ilerlemesine paralel olarak birçok yeni allerjen madde hayata girmektedir. Bu yüzden her geçen gün kontakt dermatit vakaları artmaktadır. AKD, Almanya'da %75'i irritan tip olmak üzere, tüm meslek hastalıklarının %30'unu oluşturur. Ülkemizde AKD prevalansı %2.4-6.2 kadardır (7). Acar ve ark. 4000 kişide prevalansı %13.9 gibi oldukça yüksek oranda bulmuşlar ve koruyucu eldiven kullanmayanlarda oranın yükseldiğini belirlemişlerdir (16). AKD, tüm dermatozların %5-15'ini oluşturmaktadır. Mesleki ekzemaların çoğu AKD'lerdir. Akut ve kronik AKD gecikmiş tip (tip IV) aşırı duyarlılık sonucudur. Hasta daha önce allerjenle temas edip duyarlı hale gelmiştir. Aynı allerjenle tekrar temas akut, subakut ya da kronik AKD'ye yol açar (7). Öldürücü veya sakat bırakıcı olmamasına rağmen mesleki kontakt dermatit verdiği rahatsızlık nedeniyle önemli bir sağlık sorunudur (17). Sayıları giderek artmakla birlikte, bilinen çevresel allerjen sayısı 2800 civarında hesaplanmaktadır. Bu allerjenler molekül ağırlığı genellikle 1000'in altında olan çözünebilir bileşiklerdir (7). Bu kapsamda; saç ve kürk boyaları (paradifenilendiamin), insektisitler (piretrum, formalin, bakır, cıva), dezenfektanlar (cıva, çamaşır suyu), nikel madeni para, takılar ve mutfak malzemesi (14), kozmetikler (paraben, lanolin, formalin, rezorsin, karbovaks), deri (potasyum dikromat), yapıştırıcılar (potasyum dikromat), saç tonikleri (rezorsin), boyalar (cıva, kurşun, bezir yağı), vernik (bezir yağı), çamaşır suyu (sodyum hipoklorit), temizlik malzemeleri bulunmaktadır (18,19).

Allerjik Rinit (AR): Parikh, mevsimsel allerjik riniti "postendüstriyel devrim salgını" olarak belirtmiştir. AR, gelişmiş ülkelerde son 20 yılda artış göstermiş olup, toplumda her 6 kişiden birinde görülmektedir. Güneybatı Londra'da yapılan bir çalışmada prevalans %11 bulunmuştur. AR, adölesan ve erken erişkin döneminde pik yapar, cins farkı yoktur. İsveç'te askere alınanlarda yapılan 2 çalışmada 1971'de prevalans 4.4 iken bu oran 1981'de %8.4 bulunmuştur (20). Burunda akıntı, tıkanıklık, kaşıntı ve akısıyla seyreder. Prevalansı %2-4 kadardır. Mevsimsel ve yıl boyu süren şekilleri vardır. Mevsimsel allerjik rinit (saman nezlesi) etiyolojisinde polenler esas rolü oynar. Bu yüzden pollinozis adı da verilir. Polenler rüzgar aracılığı ile kolaylıkla yayılabilirlerinden korunma güçtür (1,8,14). Mevsimsel allerjik rinit her yaşta başlayabilir. 5 yaşından

önce erkeklerde, 10-20 yaş arasında ise kadınlarda daha sık görülmektedir, bunun dışında cins ve ırk farkı gözetmez. AR, solunum yollarının en sık görülen kronik hastalığıdır. Tüm rinitlerin yaklaşık yarısı allerjik rinittir. Çocuklarda %10, adölesan ve genç erişkinlerde %20 oranında görüldüğü bildirilmektedir (1). Bu kadar sık görülmesine, morbidite nedeni olarak iş ve sosyal hayattaki verimi düşüren bu hastalığa gereken önem verilmemektedir. Yıl boyu süren allerjik rinitin (perennial rinit); ev tozu, akarlar, mantar sporları, hayvan deri ve tüy döküntüleri gibi solunan ve bakteriyel allerjenler başta gelen nedenleridir. Genellikle havada polen yoğunluğuna paralel olarak şikayetler artar. Her iki tip allerjik rinit de anafilaktik tip (tip I) immunoallerjik reaksiyonla gelişmektedir. Genellikle kişide ailede atopi hikayesi vardır (1,8). Nazal allerji en sık 12-35 yaşlar arasında görülmektedir (21).

Allerjik Astma: Solunum yollarında çeşitli allerjenlerle iritabilitede artma ile karakterli spontan veya tedaviyle düzelen, tekrarlayan yaygın hava yolu obstrüksiyonudur (8). Ülkemizde astma prevalansı %7 kadar olup, bunun %90'ı allerjik astmadır (3). Pekçok hastanın öz veya soygeçmişinde saman nezlesi, ürtiker, ekzema gibi allerjik hastalık hikayesi vardır. Tip I ve Tip III immunoallerjik reaksiyon ile oluşur. Bronşial astma etiyojisinde; sigara, parfüm, iritran gazlar, hava kirliliği, SO₂, SO₃, polenler, mantar tozları, ev tozu, besinler, hayvan deri ve tüyleri gibi allergenler; ısı, nem, rüzgar, basınç değişiklikleri gibi meteorolojik şartlar; başta viral olmak üzere solunum yolu enfeksiyonları; mesleki iritran ve alerjenler, besin boyaları, tartarazin, sodyum metabisülfid ve β adrenerjik antagonistler, efor ve gülme, ağlama gibi duygusal etkenler yer almaktadır. Genellikle çiftçi, hayvan yemi, ot vb ile uğraşanların hastalığıdır (1,8,14). Astma, akut veya kronik seyreden, reversibl bir hastalıktır. Her yaşta görülmekle beraber, vakaların %75-90'ı 40 yaş altında başlar. Kadınlarda 60 yaşa kadar insidans daha yüksektir. 5-40 yaşlar arasında "ekstresek astma" fazladır. Hastalığın dünyadaki prevalansı %0.2 olup ülkemizde 1 milyon kadar hasta olduğu tahmin edilmektedir (14,18). Son yıllarda tedavideki gelişmelere rağmen muhtemelen çevre ve sosyal ortam şartları nedeniyle allerjik astmanın insidans ve fatalitesi artmaktadır. Avrupa ülkelerinde şimdiki prevalans %2, toplam prevalans %3.78, dünyada prevalans %3-10.5 Avustralya ve Yeni Zelanda'da %7-10, İngiltere ve ABD'de %5-6, İsveç, Danimarka, Hollanda ve Yunanistan'da %2-4 kadardır (22). ABD'de insidans yılda binde 2.65-4 arasındadır. Bu değer 5 yaş altı çocuklarda binde olmak üzere; erkeklerde 8.1-14, kızlarda 4.3-9 arasında, 25 yaş üstündekilerde 2.1'dir (22). ABD Ulusal Allerji ve Bulaşıcı Hastalıklar Enstitüsü'nce desteklenen bir çalışmada yoksul astımlı hastaların evlerinde diğer sosyoekonomik gruplara göre daha yüksek oranda *Blatella germanica* (adi hamamböceği) antijeni bulunmuştur (23). Astma, genetik bir hastalık olduğundan akraba evliliklerinin yaygın olduğu bölgelerde daha siktir. Astma vakalarının çoğu ilk 10 yılda ortaya çıkmaktadır. Çocuklarda, erkek/kız oranı 3/1 iken, ileri yaşlar-

da 1.3/1'e inmektedir. Daha ileri yaşlarda fark ortadan kalkmakta ve yaşlı gruplarda hastalık kadınlarda daha sık görülmektedir (1). Ülkemizde hızlı nüfus artışı, çarpık kentleşme ve çevre kirliliği dikkate alınırca, astma prevalansının batı ülkelerinden daha yüksek olması beklenir (8).

Astma epidemileri sıklıkla hava kirliliği ile birliktedir. 1952 Londra, 1950-60'larda New York ve New Orleans'ta hava kirliliğiyle birlikte epidemiler görülmüştür. Bu olaylarda havada yakıt ve endüstriyel kirleticilerin yanında, yoğunluğu artan polen veya tahıl yüklenme ve boşaltma ile yayılan tahıl tozlarının rolü olmuştur. Barcelona'da, "astma günü" denilen günlerde, hastanelere başvuran astmalıların artma nedeninin, yük boşaltma sırasında ortama yayılan soya fasulyesi tozları olduğu anlaşılmış, tedbirler alındığında bir daha astma günü yaşanmamıştır (1). Sağlıksız kentleşen bölgelerde; soğuk, yağışsız ve rüzgarsız kış günlerinde, kalitesiz yakıt kullanılması ve kirli havanın sisle birlikte şehir üstüne çökmesi sonucu astma salgınları ile karşılaşmak mümkündür (1,18,19).

Mesleki Astma: İş ortamı sağlık için pek çok zararlı faktör içermektedir. Bunlar arasında allerjen olanlar da sıklıkla bulunabilmektedir. Çalışma ortamındaki çeşitli maddeler, çalışanlarda allerjik veya farmakolojik mekanizma ile bronş inflamasyonuna (astmatik reaksiyona) yol açabilmektedir. Ülkemizde yalnızca pamuklu madde üretimine ve çimento sanayiinin yaygınlığına bakarak mesleki astma vakalarının fazla olabileceği tahmin edilebilir. Tarım, değirmencilik, fırıncılık, pastacılık, çiçekçilik, marangozluk, mobilyacılık, kuaförlük, veterinerlik, hayvan bakıcılığı, yatak sanayi, tekstil sanayii, arıcılık ve ipek böcekçiliği gibi meslekler bu açıdan risklidir. Karşılaşılan allerjenler ise; tahıl tozları, un, kepek, polenler, tütün, çay, kahve, kakao, ağaç, kereste, kına, reçine, şerbetçiotu, hayvan tüy, kıl ve deri döküntüleri, kelebek, kırmızı örümcek, buğday biti, un kurdu, pirinç böceği, ev tozu ve ev tozu akarları, midye, istakoz, yengeç ve karides. Astmada sigara, ilaçlar ve iklimin de etkili olduğu bilinmektedir. Bira, şarap, deniz ürünleri, kızarmış hazır patates ve soslu gıdalara konan sodyum metabisülfid, GIS'e girdikten sonra SO₂'e dönüşür ve solunması ile ani astma krizleri ortaya çıkmaktadır. Bu olay Lokanta Astması olarak bilinir. Bir çalışmada işçilerde prevalans %2-12 bulunmuştur (1,19,24). En sık rastlanan neden aeroallerjenlerdir. En sık 3-45 yaş arasında ortaya çıkar. Klinik seyir ve tedaviye cevap intrinsek astmaya göre daha iyidir (7,19).

Ürtiker ve Anjiyoödem: Ürtiker farklı boyut ve şekilde, kaşıntılı, eritematöz, ortası soluk, deriden kabarıp, basmakla solan ve yüzeysel deri katlarını tutan ödem plaklarıdır. Anjiyoödem ise, derin deri katlarını, derialtı doku ve submukozayı tutan, genellikle kaşıntısız ödemdir. Ürtiker çocuklarda %10-15, erişkinlerde %20-30 oranında görülmektedir. Anjiyoödem %50 ürtikerle birlikte, %10 tek başına görülmektedir. Toplumun %20'si hayatlarının bir döneminde ürtiker geçirmektedir. Ürtiker ve anjiyoödem oluşturan çok sayıda faktör olmakla birlikte, en sık sorumlu tutulanlar; gıdalar, gıda katkı maddeleri, ilaçlar (antibi-

yotikler, sedatifler, analjezikler, laksatifler), böcek ısırma ve sokmaları, fizik ajanlar (ısı, ışık) ve enfeksiyonlardır (24-26).

Besin Allerjileri: Besinlerin kendileri veya birlikte alınan diğer etkenlerin, immünolojik veya immünolojik olmayan mekanizmalarla oluşturabileceği allerjik tablolardır. Besinlere bağlı olduğu düşünülen tüm olumsuz etkileri besin allerjisi olarak tanımlamak, yaygın ancak doğru olmayan bir eğilimdir. Gerçek besin allerjisi insidansı %0.3-2.7 kadardır. Reaksiyonlara yol açan etkenler; besinlerin doğal antijenik yapıları, kimyasal ve/veya biyolojik kontaminasyonu, içerdiği toksinler, vazoaaktif maddeler, tarım ilacı kalıntıları, içeriğindeki hormonlar, enzim eksikliği, psikolojik faktörler, konağın immün durumu, genetik yatkınlık, katkı maddeleri ve ambalajdan gıdaya geçen maddelerdir (1,27,28). Besin allerjisi prevalansı kontrollü çalışmalar sonucu erişkinlerde %1.4, çocuklarda %5-7 arasında bulunmuştur. Mesleki besin allerjisi de görülebilmektedir. Örnek olarak fırıncı astması un inhalasyonu ile ortaya çıkan gripal belirtilerle seyrederek, yaklaşık fırıncıların %20'sinde 20 yıl içinde görülmektedir. Mesleksel olarak, besinlere temasa bağlı kontakt dermatit de görülebilmektedir (29).

İnek Sütü Allerjisi: İnek sütü ile beslenen çocuklarda prevalansı %0.3-7.5 kadardır. Ailede allerji hikayesi olanlarda sıklık daha yüksektir. Doğumdan itibaren inek sütü alanlarda risk artar. 2-3 yaş civarında semptomlar spontan geriler. Bu allerji IgE'ye bağlı, immün kompleks reaksiyonu ve gecikmiş tip aşırı duyarlılık reaksiyonu biçiminde olabilir (25). Gastrointestinal allerji semptomları alınan allerjen miktarına bağlıdır (30).

İlaç Allerjileri: Risk faktörleri; yaş, cins, genetik yapı gibi kişiden kaynaklanan ve makromoleküler boyut, haptenler, verilme yolu, doz, tedavi süresi gibi ilaca bağlı faktörlerdir. Mevcut astma ve gebelik, ilaç allerjisini aggrave eden faktörlerdir. İlaç allerjileri en sık genç ve orta yaşlı grupta görülür, kadınlarda erkeklere göre 2 kat fazladır (31). Belirlenmesi oldukça güç reaksiyonlardır (30). Normal ve aşırı duyarlı kişilerde farklı şekillerde oluşmaktadır.

I. Normal kişilerde; doz yüksekliği, yan etkiler ve ilaçlar arası reaksiyonlar.

II. Aşırı duyarlı kişilerde görülen ilaç reaksiyonları; intolerans (ilacın normal doz alınsa da, aşırı doz alınmış gibi reaksiyon gelişmesi) ve idiosenkrazi (ilacın farmakolojik etkilerinden farklı olarak, ilacın kimyasal yapısına karşı gelişen reaksiyonlar)dir.

III. Gerçek ilaç allerjileri: Bir ilacın kendisine veya metabolizma ara ürünlerine duyarlı kişilerde görülür. Gelişimini; kimyasal yapısı, verilme yolu ve uygulama şekli gibi ilaca ait; yaş, genetik yatkınlık, daha önceki ilaç reaksiyonları gibi hastaya ait faktörler etkiler. Günümüzde pek çok ilaç gereksiz kullanılmakta, sayıya paralel olarak pekçok ilaç reaksiyonu görülmektedir. Endikasyonsuz ilaç

alma kişiyi duyarlı kılabilir ve değerli bir ilaç gerektiğinde kullanılamaz hale gelebilir. İlaç verirken dikkatli olunmalı, gerekmedikçe verilmemeli, oral alınan ilaçlarda reaksiyon daha düşük olduğundan mümkünse parenteral yerine oral yol tercih edilmelidir (1,18).

Allerjik Hastalıklarda Tanı: Kısaca gözden geçirilecek olursa; allerjik hastalıklarda tanı, iyi bir öykü, fizik muayene, laboratuvar ve allerji testlerine dayanır. Dikkatle alınan anamnez %70-80 vakada tanıya yardımcı olduğu gibi, hastalığın önemi ve izlenecek laboratuvar araştırmalarına ışık tutar. Allerjik hastalıkların tanısında yardımcı olan başlıca testler aşağıda özetlenmiştir.

I) IgE Antikor Testleri: Bu testler in vivo (deri testleri; dokuda IgE varlığı ve biyolojik etkinliği gösterir) ve in vitro testler (serumdaki AB'u gösterir, RAST, RIST, PRIST, ELISA) olarak ikiye ayrılır.

II. İmmün kompleks allerjisini saptamaya yarayan testler

III. T hücreleri aracılığı ile oluşan allerjiyi saptamaya yarayan testler

IV. Provokasyon testleri: Yama testi (Patch) (1)

Tedavi: Bu konuda özet bilgi vermek gerekirse tedavi çoğunlukla semptomatiktir. Antihistaminikler, semptomimetikler, kortikosteroidler uygun dozlarda bu amaçla kullanılan ilaçlardır. Allerjiden kaçınılamıyorsa veya allerjen, atopik hastalık semptomlarını kontrol altına alamazsa, desensitizasyon uygulanabilir. Besin allerjilerinde desensitizasyon gereksizdir (26). Son yıllarda disodyum kromoglikat (DCCG) ve ketotifen gibi membran stabilizatörleri semptomatik tedavide kullanılmaktadır (1).

Korunma: Allerjik hastalıklarda büyük önem taşıyor. En etkili yol, bilinen allerjenlerden kaçınmaktır. Bunun için diyet, meslek veya yaşanılan yeri değiştirme, bir ilacın kullanımına son verme veya evdeki hayvanı uzaklaştırma gerekebilir. İşyerinde substitüsyon (allerjik etki yapan maddeyi, allerjik etki yapmayan bir başkası ile değiştirme) yapılabilir. Allerjen tümüyle ortadan kaldırılamıyorsa, allerjene maruziyeti azaltıcı önlemler alınmalıdır. Bu amaçla allerjenle teması azaltıcı kişisel koruyucular; eldiven, maske, gözlük vb. kullanılabilir. Allerjen kapalı bir ortamda tutularak çalışma gerekebilir. Gaz biçiminde bir allerjen madde söz konusu ise ortamın aspirasyonu faydalıdır. Allerjen maddenin belirlenmesi için dikkatli bir anamnez alınmalı ve hasta anafilaksi konusunda aydınlatılmalıdır. Gerekirse her türlü tedbir alınarak deri testleri yapılabilir (1,8,11,27,28). Narenciyeler, kabuklu deniz ürünleri, domates, çilek, yumurta, patates, bira, şarap, sirke ve tüm hazır besinler bu açıdan risklidir (24). Ev hayvanlarına bağlı allerjilerde ilgili ev hayvanı evden uzaklaştırılmalıdır (32). Ev tozu allerjisinde evde toz yaratan ve toz tutan eşyalar, özellikle yatak odalarındaki halılar kaldırılmalıdır (33). Mite, ev tozu gibi allerjenler için uygun araçlarla temizlik yapılması faydalı olur. Sağlık sorunlarına yol açan binalardaki sorunlar için "hasta bina sendromu"

adı kullanılmaktadır (34). Mesleki kontakt dermatitte korunma teknik ve tıbbi koruma olmak üzere iki basamakta değerlendirilir. Teknik koruma; çalışma ortamı, hava, makineler ve eşyalarla vücut temizliği ve gerekli olduğu durumlarda kişisel koruyucular kullanmakla sağlanır. Tıbbi korumada ise çalışanların işe giriş ve periyodik muayeneleri önem taşır (17,35).

Allerjik kişiler korunma açısından aşağıdaki konulara dikkat etmelidir;

*Eşyaların temizlenmesi ve ovulmasında saplı bir fırça kullanılması

*Eldiven kullanılıyorsa önce elleri talk pudrası ile pudralayıp sonra giymek.

*Ellere uygun lastik eldivenler yerine bir numara büyük eldivenler kullanmak

*Çamaşır ve bulaşık yıkarken lastik eldivenleri yarım saatten fazla kullanmamak

*İdrarlı çocuk bezlerinin ellenmesi sırasında bir maşa veya başka bir araç kullanmak

*Kuru temizlikte (toz alma, süpürge vb) beyaz pamuklu bez eldiven kullanmak

*Ellerde ekzema varken meyva suları, sebzeler, çiğ et ile temastan kaçınmak

*Deterjanın el ve kollara sıçramasını önlemek, çamaşırları kuvvetle ovalamamak.

*Elleri sık sık ve uzun süreli yıkamaktan kaçınmak

*Metal cilası, ayakkabı, araba, mobilya, pencere cilası ile temastan sakınmak

*Yüzükleri ev işi yaparken, diğer işlerde çalışırken takmamak gibi koruyucu ve basit önlemler alınabilir.

Sonuç

Yukarıda ayrıntılı olarak sunulduğu gibi, tüm dünyada allerjik hastalıklar oldukça sık görülmektedir. Hem insidans ve prevalansının yüksekliği, hem önemli ölçüde işgücü kaybına, rahatsızlıklara yol açabilmesi hem de teorik olarak %100 korunulabilir hastalıklar olmaları nedeniyle allerjik hastalıklar önemli bir halk sağlığı uğraş alanıdır. Halk sağlığının ilgi alanları içine giren; çevre sağlığı, gıda-su hijyeni, hava kirliliği, kapalı ortam hava kirliliği, hasta bina sendromu, vektör kontrolü, atıkların zararsızlaştırılması gibi pek çok konu allerjik hastalıkların kontrolü açısından hayati önem taşımaktadır. Bu konuda toplum tabanlı araştırmalar, allerjen türleri ile ilgili araştırmalar ve koruyucu önlemler geliştirmek için çaba göstermek gereklidir. Halk sağlığı çalışanları halkın sağlığını korumak, mümkün olan en üst düzeye çıkarmak amacıyla bu konuya daha fazla özen göstermelidir.

KAYNAKLAR

1. Roilt I, Brostoff J, Male D. Immunology.London,Churchill Livingstone, 2nd ed. 1991.

- Aydilek R. Allerjik hastalıklar ve Bronşial astma Cilt I, Aktüel Tıp Dergisi, İstanbul 1998.
- Alerji Hakkında Bilinmesi Gerekenler. Güncel Eczacılık Dergisi. Haziran 1998; 61.
- Bilgehan H. Temel Mikrobiyoloji ve Bağışıklık Bilimi. İstanbul Barış Yay 1994; 361.
- Berkow R. Immunology; Allergic Disorders.The Merck Manual, 15th ed., Merck and Co.Inc. USA, 1987: 257-325.
- Tüzün Y. Dermatoloji. İstanbul Nobel Tıp Kitabevi. 2.baskı, 1994; 256-74.
- Topuzoğlu İ, Orhun H. İş Hekimliği Ders Notları. 3.Basım, TTB, 3.basım, 1993; 117-24.
- Özkaragöz K. Allerji Hastalıkları. Ankara, 1978; 140.
- Vaizoglu SA. Kapalı Ortam Hava Kalitesi. I. Ulusal Çevre Hekimliği Kongre Kitabı. 8-12 Aralık 1997; 153-6.
- Holgate ST. Science, medicine, and the future Allergic disorders. BMJ 2000; 320:231-234 (22 January) Clinical review.
- Büyükoztürk İ. İç Hastalıkları. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 1992: 59-60.
- Vanhanen M, Tuomi T, Tiikkainen U, Tupasela O, Voutilainen R, Nordman H. Risk of enzyme allergy in the detergent industry. Occup Environ Med 2000; 57:121-125 (February).
- Erdoğan S. Ürtiker. Katkı 1983; 4(12):1273-75.
- Last MJ, Wallace RB. Public Health and Preventive Medicine. Prentice Hall International Inc.USA, 13th ed. 1992: 459-66.
- Fennessy M, Coupland S, Popay J, Naysmith K. The epidemiology and experience of atopic eczema during childhood: a discussion paper on the implications of current knowledge for health care, public health policy and research. J Epidemiol Community Health 2000; 54:581-9 (August).
- Acar MA, Karakaş M, Aksungur VL, Denli YG, Baba M, Kavukçu H ve ark. Çukurova Bölgesinde Mesleki deri hastalıkları prevalansı. 3.Ulusal İşçi Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı, Cilt II, Ekim 1998, Ankara.
- Bilgin Y, Sirer H, Mutlu S. İşçi sağlığı yönünden Kontakt dermatitlere yeni yaklaşımlar. 3.Ulusal İşçi Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı, Cilt II, Ekim 1998, Ankara.
- Saraçlar Y, Adaloğlu G, Tuncer A. Temel Allerji. Ulusal Allerji ve Klinik İmmunoloji Derneği. Ankara, 1991.
- Akbulut T. İşçi Sağlığı Prensipleri ve Uygulamaları. İstanbul, Sistem Yayıncılık 3. baskı, 1995; 74-5.
- Parikh A, Scadding GK. Fortnightly review: seasonal allergic rhinitis. BMJ 1997; 314:1392 (10 May).
- Allerjiler ve Burun Sprayleri. Güncel Eczacılık Dergisi, Kasım 1999; 77:8-10.
- Aydilek R. Allerjik hastalıklar ve Bronşial astma Cilt II, Aktüel Tıp Dergisi, İstanbul 1998.
- Hamamböceklerinin astımla ilişkisi. BMJ Türkiye 1996; 1:7:15-6.
- Özkaragöz K. Besin Katkı Maddelerine Karşı Oluşan Allerjik Reaksiyonlar. Yeni Tıp Dergisi, Türkiye Sağlık ve Tedavi Vakfı 1989; 4:138-46.
- Saraçlar Y, Gürtin D. İnek Sütü Allerjisi. Katkı 1982; 3(7):781-91.
- Karagöz F. Çevremizdeki Allerjenlerden Nasıl Etkileniyoruz. Bilim ve Teknik, TÜBİTAK 1988; 252:12-6.
- Gemici Y, Güven A, Gemici M. Polenler. Bilim ve Teknik Dergisi, TÜBİTAK 1995; 330: 74-9.
- Göktepeli M. Gıda Allerjileri. Bilim ve Teknik, TÜBİTAK 1995; 337:61.
- Jensen CB. ABC of Allergies Food Allergy. BMJ 1998; 316(7140):1299.
- Efe S. İç Hastalıkları Tedavi Yıllığı 1992. 6.baskı, İstanbul Uycan Yayınları 1992; 360-6.

- 31.Vervloet D, Durham S. ABC of allergies: Adverse reactions to drugs. BMJ 1998; 316:1511-14 (16 May).
- 32.Plaut M, Zimmerman EM, Goldstein A. Health Hazards to Humans Associated with Domestic Pets. Annual Review of Public Health, Vol 17, 221-45.
- 33.Cross S, Buck S, Hubbard J. ABC of Allergies: Allergy in General Practice. BMJ 1998; 316(7144):1584.

- 34.Cooley JD, Wong WC, Jumper CA, Straus DC. Correlation between the prevalence of certain fungi and sick building syndrome. Occupational and Environmental Medicine, Vol 55, 579-84.
- 35.Smedley J, Jury A, Bendall H, Frew A and Coggon D. Prevalence and risk factors for latex allergy: a cross sectional study in a United Kingdom hospital. Occupational and Environmental Medicine, Vol 56, 833-6.