

Bölüm 61

ALLERJİK DERMATOZLARDA BESLENME

Zeynep UTLU¹

GİRİŞ

Deri, en büyük immünolojik organlardan biridir. Allerjide besinler ve katkı maddeleri deriyi sık etkilemektedir (1,2).

Allerjik deri hastalıklarının başında ürtiker, anjiyoödem, allerjik kontakt dermatit (AKD) ve atopik dermatit (AD) gelir (2). Birçok gıda allerjik deri hastalıklarının etiolojisinde yer alabileceği gibi tetikleyici olarak da karşımıza çıkmaktadır ve beslenme bu grup hastalıkta önem kazanmaktadır. Bu bölümde allerjik deri hastalıklarında beslenme ve diyetin yerine değinilecektir.

Ürtiker ve anjiyoödem

Ürtiker kaşıntı ve ödemli plaklar ile seyreden sık görülen kutanöz bir hastalıktır (3). Ürtiker yaşamları boyunca bireylerin % 15 ile % 25'ini etkileyen yaygın bir tablodur (4).

Anjiyoödem (AÖ) ise esas olarak dermisin derin kısımlarını ve cilt altı dokuları tutan lokalize ödemle karakterizedir. Sıklıkla solunum ve gastrointestinal sistemin submukozal tabakasını etkileyerek; dil, dudak, yüz ve larinkste ödem şeklinde görülür. Ayrıca alt ve üst ekstremitelerde, genital ve visseral organlarda da gelişebilir. Yanma hissi ve ağrı varken kaşıntı çok az veya yoktur (5,6). AÖ ürtiker hastalarının yaklaşık % 40'ına eşlik ederken, % 10 unda AÖ tek başına gelişir (7).

Altı hafta ve daha kısa süren durumlara akut, altı haftadan uzun süren durumlara kronik spontan ürtiker denilmektedir (3).

Akut ürtikerin (AÜ) etiolojisinde en sık enfeksiyonlar, gıdalar, ilaçlar yer alır. Kronik spontan ürtiker (KSÜ) ise otoimmünite ile ilişkilidir. Ancak her iki tablo da çoğu zaman idiyopatiktir (8).

Ürtiker etiolojisinde beslenmenin rolü birçok çalışmada sorgulanmıştır(2). AÜ ve gıdalar arasında etiyolojik ilişki gösterilmişken KSÜ'de halen tartışmalıdır. AÜ'lerin %5,3'ünden gıdalar sorumlu tutulmaktadır. Son yıllarda yapılan bir çok çalışmada gıdaların AÜ etiolojisinde sıklığının artması AÜ'de beslenmenin önemini arttırmaktadır. AÜ gelişen çocukların ortalama %10'unda IgE aracılı gıda allerjisi eşlik eder. Yaş ve cinsiyete göre sorumlu gıdalar değişmekle beraber 1-5 yaş arası çocuklarda yumurta, fıstık, soya, süt ve buğday 5 yaş ve sonrasında ise balık, kabuklu deniz ürünleri ve fındık en sık suçlanan gıdalardır (9).

Gıdalara karşı allerjik ve psödo-allerjik reaksiyonlar (PAR) KSÜ' de tanımlanmıştır ancak AÜ'nün tersine besin ilişkili IgE aracılı allerjik reaksiyon çok nadirdir (10,11). IgE aracılı allerjik reaksiyondan şüphe edilebilecek en muhtemel kronik ürtiker alt grubu, yiyecek alımından kısa bir süre sonra başlayan birkaç saat süren ürtiker ataklarıyla seyreden hastalardır. Buna karşılık,

¹ Dr., SBÜ Erzurum Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları, dr.zeynep.kilic@gmail.com

glikol, papatya ve formaldehit suçlanan diğer gıda allerjenleridir.

Peru balsam gıda, ilaç ve kozmetik sanayide sık kullanılan bir kimyasaldır (27). Özellikle domates, narenciye, çikolata, likör, kola, tarçın, vanilya ve karanfil gibi çeşitli baharatlarda belli oranlarda bulunur. Yapılan çalışmalarda peru balsam duyarlılığı olan hastaların gıda yolu ile alımdan kaçınılması durumunda AKD'nin gerilediği görülmüş.

Nikel en sık yama test pozitifliği yapan allerjen olup takılar, saat kordonları, madeni para gibi çoğu metal nesnede bulunmaktadır. Hastaların çoğu nikel teması ile AKD'nin tetiklenebileceğinin farkında olmasına rağmen büyük çoğu gıda ile alımın da dermatite yol açabileceğini bilmemektedir. Birçok araştırmada akut veziküler el dermatitinin gıda yolu ile nikel alınması ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (29). Kepekli ekmek ve yulaf ezmesi gibi tahıllar, fasulye, mercimek, bezelye, soya fasulyesi ve soya ürünleri, çikolata, fındık, kabuklu deniz ürünleri, konserve et ve balık gibi gıdalarda bulunmaktadır. Nikele karşı yama test pozitifliği olan ve özellikle el dermatiti olan hastalar düşük nikel diyetinden faydalanabilir. Dermatitin gerilemesi için 6 - 8 hafta diyetin devam etmesi gerekmektedir (17).

Kobalt, B12 vitamini (kobalamin) sentezi için gerekli olan önemli bir eser elementtir. Kayısı, kahve, karanfil, kakao, çikolata, fasulye, kepekli un, karaciğer, fındık, deniz tarağı, hayvansal ürünler (et, kümes hayvanları ve süt ürünleri), pancar kökü, lahana, çay ve yeşil yapraklı sebzeler kobalt içeren gıdalardır. Krom ise brokoli, soğan, hububat, bira mayası, mantarlar, kakao, çikolata, elmalar erik, kuru üzüm, mısır, pişmiş fasulye, dondurulmuş bezelye, kepekli un, yeşil fasulye, deniz ürünleri (istiridye, midye), patates, karabiber, çay, şarap gibi gıdalarda bulunmaktadır. Ayrıca metal kaplarda saklanan özellikle asitli yiyeceklerde de sızıntı nedeniyle yüksek miktarda krom içerir (25). Nikel, kobalt ve krom alerjileri sıklıkla birlikte görülür ve hastalar bazen üç metalin tamamının diyet kısıtlamalarına cevap verirler (28).

Lateks alerjisi sağlık çalışanlarında oldukça

sık rastlanan bir tablodur. Kontakt dermatitten astım ve anafilaksiye kadar farklı klinik tablolarla seyredebilir. Nedeni lateks proteindir (30).

Lateks allerjisi olan bireylerdeki IgE antikorları avokado, muz, kestane, kivi, domates, patates gibi gıdalardaki filogenetik olarak benzerliği olan protein epitoplarla çapraz reaksiyona girerek lateks-meyve sendromu olarak bilinen allerjik reaksiyonun gelişmesine neden olur (2). Bu nedenle lateks allerjisi olan bireyler bu gıdaları almaktan kaçınmalıdır (30).

Sonuç olarak; allerjik dermatozlar dermatoloji polikliniklerine sık başvuran ve hastalarda yaşam kalitesini düşüren önemli hasta gruplarındandır. Ülkemizde bu hastalarda; beslenme, diyet ve besin allerji testlerinin kullanım yeri konusunda yanlış inanışların varlığı klinisyenleri zorlamaktadır. Bu bölümde allerjik dermatozlarda besin ilişkisi, besin allerjilerinde tanı yöntemleri ve eliminasyon diyetlerinin yerine değinildi. Uzun yıllardır yapılan çok sayıdaki araştırma ile elde edilen kanıtlanmış veriler olsa da, besinlerin allerjik dermatozlar ile olan ilişkisi, tanısı ve diyet gerekliliği tam olarak aydınlatılamamıştır. Yapılacak olan ileri çalışmalarla bu konuların da açıklığa kavuşacağını ummaktayız .

KAYNAKLAR

1. Allergic skin diseases. Fonacier LS, Dreskin SC, Leung DY. J Allergy Clin Immunol. 2010 Feb;125 (2 Suppl 2):S138-49. doi: 10.1016/j.jaci.2009.05.039. Epub 2009 Nov 24.
2. Yorulmaz A, Kılıç FA. Dermatolojik Hastalıklarda Diyetin Rolü. Türk J Dermatol 2014; 1: 29-34 • DOI: 10.4274/tdd.1927.
3. Kocatürk E, Aktan Ş, Atakan N, Başkan E, Erdem T, Koca R, Şavk E, Taşkapan O, Utaş S. Türkiye Ürtiker Tanı ve Tedavi Kılavuzu-2016. Turkderm - Arch Turk Dermatol Venerology 2016;50:82-98.
4. Bieber T. Atopic dermatitis. N Engl J Med 2008;358:1483-94.
5. Wilkerson RG. Angioedema in the emergency department: an evidence-based review. Emerg Med Pract.2012;14(11):1-21.
6. Lewis LM. Angioedema: etiology, pathophysiology, current and emerging therapies. J Emerg Med.2013;45(5):789-796.
7. Powell RJ, Du Toit GL, Siddique N, Leech SC, Dixon TA, Clark AT, et al. BSACI guidelines for the management of

- chronic urticaria and angio-oedema. *Clin Exp Allergy* 2007;37:631-50.
8. Deacock SJ. An approach to the patient with urticaria. *Clin Exp Immunol* 2008;153:151-61.
 9. Sicherer SH, Leung DY: Advances in allergic skin disease, anaphylaxis, and hypersensitivity reactions to foods, drugs, and insects in 2010. *J Allergy Clin Immunol* 2011;127:326-35.
 10. Moneret-Vautrin DA. [Allergic and pseudo-allergic reactions to foods in chronic urticaria]. *Ann Dermatol Venereol* 2003;130 Spéc No 1:1S35-42.
 11. Zuberbier T. The role of allergens and pseudoallergens in urticaria. *J Investig Dermatol Symp Proc* 2001;6:132-4.
 12. Kaimal S, Thappa DM. Diet in dermatology: revisited. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2010 Mar-Apr;76(2):103-15. doi: 10.4103/0378-6323.60540.
 13. Magerl M, Pisarevskaja D, Scheufele R, Zuberbier T, Maurer M: Effects of a pseudoallergen-free diet on chronic spontaneous urticaria: a prospective trial. *Allergy* 2010;65:78-83.
 14. Rajan JP, Simon RA, Bosso JV: Prevalence of sensitivity to food and drug additives in patients with chronic idiopathic urticaria. *J Allergy Clin Immunol Pract* 2014;2:168-71.
 15. Chan CL, Jones RL, Lau HYA. Characterisation of pro tanoid receptors mediating inhibition of histamine release from anti-IgE-activated rat peritoneal mast cells. *Br J Pharmacol.* 2000;129:589-97.
 16. Ertam İ, Su Ö, Alper S, Sarıcaoğlu H, Karadağ AS, Od-yakmaz Demirsoy E, Borlu M. Türkiye atopik dermatit tanı ve tedavi kılavuzu-2018. *Türkderm-Türk Arch Dermatol Venereology* 2018;52:6-23.
 17. Katta R, Schlichte M. Diet and dermatitis: food triggers. *J Clin Aesthet Dermatol.* 2014 Mar;7(3):30-6.
 18. Akdis CA, Akdis M, Bieber T, et al. Diagnosis and treatment of atopic dermatitis in children and adults: Europe-an Academy of Allergology and Clinical Immunology/ American Academy of Allergy, Asthma and Immunology/PRACTALL Consensus Report. *Allergy* 2006; 61:969.
 19. Rancé F. Food allergy in children suffering from atopic eczema. *Pediatr Allergy Immunol* 2008; 19:279
 20. Noh G, Jin H, Lee J, et al. Eosinophilia as a predictor of food allergy in atopic dermatitis. *Allergy Asthma Proc* 2010; 31:e18.
 21. Laitinen K, Isolauri E. Management of food allergy: vitamins, fatty acids or probiotics? *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2005;17:1305-11.
 22. Boyle RJ, Bath-Hextall FJ, Leonardi-Bee J, Murrell DF, Tang ML. Probiotics for treating eczema. *Cochrane Database Syst Rev* 2008 Oct 8;(4):CD006135.
 23. Isolauri E, Arvola T, Sütas Y, Moilanen E, Salminen S. Probiotics in the management of atopic eczema. *Clin Exp Allergy* 2000;30:1604-10.
 24. Önder M. Allerjik Kontakt Dermatitler. *Türkderm* 2009; 43: 3-9
 25. Amado A, Jacob SE. Contact Dermatitis to Foods. *Actas Dermosifiliogr.* 2007;98:452-8.
 26. Fonacier LS, Dreskin SC, Leung DYM. Allergic skin diseases. *J Allergy Clin Immunol* February 2010Volume 125, Issue 2, Supplement 2, Pages S138-S149.
 27. Scheman A, Rakowski EM, Chou V, et al. Balsam of peru: past and future. *Dermatitis.* 2013;24(4):153-160.
 28. Ruff CA, Belsito DV. The impact of various patient factors on contact allergy to nickel, cobalt, and chromate. *J Am Acad Dermatol* 2006;55:32-9.
 29. Jensen CS, Menné T, Lisby S, et al. Experimental systemic contact dermatitis from nickel: a dose-response study. *Contact Dermatitis.* 2003;49:124-132.
 30. Gawchik SM. Latex allergy. *Mt Sinai J Med* 2011;78:759-72.