



Türkiye Akciğer Hastalıkları Vakfı Yayınları No: 7

NEDİR BU ALLERJİ?

Doç. Dr. A.Fuat KALYONCU





Türkiye Akciğer Hastalıkları Vakfı Yayınları No: 7

NEDİR BU ALLERJİ?

Doç. Dr. A. Fuat KALYONCU

Sevgili anne ve babama.

NEDİR BU ALLERJİ?

Türkiye Akciğer Hastalıkları Vakfı Yayınları No: 7

ISBN : 975 - 7870- 03 - X

Dizgi : nehir dizgi ltd. şti.

Tel : 232 16 47 • Fax : 232 16 48

Baskı : Kent Matbaası

Tel : 229 84 84

Resimler : Mustafa Tektürk

Tel : 310 55 93

Telif hakkı Türkiye Akciğer Hastalıkları Vakfı'na aittir. Vakfın yazılı izni olmadan bir kısmı ya da tümü çoğaltılamaz, 1995.

Sipariş : Türkiye Akciğer Hastalıkları Vakfı

Hacettepe Üniversite Hastanesi

Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

06100 Sıhhiye - Ankara

Tel : (0.312) 324 37 16

Fax : (0.312) 310 08 09

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
Önsöz	9
Allerji nedir?	11
Atopi	14
Anatomi.....	20
Solunum Sistemi.....	21
Deri.....	24
Sindirim Sistemi.....	24
Alerjik nezle (rinit).....	26
Nedir bu nezle?.....	27
Türleri.....	28
Polen Allerjisi	32
Allerji Dışı Nedenler	36
Tedavi	39
Bronş Astması'nın Allerji ile İlgisi.....	41
Ev Tozu Akarları (Mite)	43
Ev Hayvanları.....	49
Küf Mantarları.....	50
Polenler	50
İmmünoterapi (aşı tedavisi).....	52
Allerji ve Spor	57
Allerjik Olanlar ve Astmalılarda Seksüel Sorunlar	60
Astmalıların yakınlarına öneriler	64

Ürtiker.....	70
Nedenleri.....	70
Türleri.....	71
Tedavi	75
Gıda alerjisi	77
Gıda intoleransı.....	78
Tedavi	79
Bazı özel gıda alerjileri	81
İnek sütü	81
Yumurta	82
Balık	82
Kabuklu deniz hayvanları.....	82
Meyve ve sebze	82
Egzama (atopik dermatit)	86
Kontakt egzama.....	89
Metal alerjisi.....	91
Tedavi	92
Arı alerjisi	94
İlaç alerjileri.....	104
Penisilin	104
Ampisilin.....	110
Röntgen ilaçları	110
Lokal anestezipler.....	110
Kalp ve tansiyon ilaçları.....	111
Ağrı kesicilere karşı alerji.....	113

Ameliyat olacakların korkulu rüyası: Allerji.....	119
Anestezi gazları	119
Lateks allerjisi	120
Ameliyat öncesi değerlendirme.....	121
Hasta bina sendromu ve allerji ile ilgisi	123
Sigara dumanı.....	124
Isıtma sistemleri.....	125
Binaların yapısı	126
Bina içindeki gerçek allerjenler	127
Kortizonlu ilaçların tedavideki yeri nedir?	129
Etkileri	131
Yan etkileri.....	132
Tıp alternatif tedavilere muhtaç mı?.....	134
Bitkisel ilaçlar	136
Astma mağaraları	136
Hayvansal ilaçlar	137
Diğer yöntemler	138
Türkiye ve dünyada Bronş astması ve Allerji hastalıkları artıyor mu?	140
Türkiye'de allerji hastalıklarının bugünü.....	145
İndeks	155

ÖNSÖZ

Lise birinci sınıftan itibaren polen allerjisine bağılı saman nezlem başladı. Üniversite birinci sınıfta ilkbahar aylarında zaman zaman nefesimin daraldığını hissediyor ve astma olmayayım diye endişe ediyordum. Kullanmış olduğum antihistaminikler yakınmalarımı geçirmediği gibi müthiş uyku veriyordu ve bu nedenle zannediyorum derslerdeki performansım da etkileniyordu. Ayrıca yaz tatillerinde elde mendil dolaşmak hiç de hoş değildi. Tıp fakültesi 3. sınıfta iken Çapa Tıp Fakültesi'nden aldığım bir aşığı bir yıldan fazla kullandım ve yararı olmadığı için bıraktım. 1982'de Tıp Fakültesi'ni bitirdiğimde, allerji konusunda o kadar meraklı olmama rağmen doğru dürüst bir bilgi sahibi değildim. Herhalde bir miktar astmanın da korkusuyla Göğüs Hastalıkları uzmanlığı yapmaya karar verdim. Hacettepe'de asistanlığa başladığımda daha önce yarım bıraktığımı düşündüğüm aşı tedavisine de yeniden başladım ve düzenli olarak 4 yıl sürdürdüm. Aşı bittiğinde yılın sadece belli aylarında olan nezlem artık yılboyu hale dönüşmüştü ve ben sık sık bazı ilaçları kullanmak zorunda kalıyordum. Hocam Prof. Dr. İzzettin Barış'ın "Madem bu işe meraklısın, o zaman seni allerji eğitimine göndereyim" teklifini hayatımda beni en mutlu eden olaylardan biri olarak hatırlıyorum. Hocamın referans mektubuyla İsveç'te Uppsala Üniversitesi'nde Allerji Hastalıkları ihtisasımı yaptım ve orada hiç de bizim memleketteki gibi herkese aşı yapılmadığını hayretle gördüm, demek ki allerji demek aşı demek değildi. İsveç'te iken bir ara rahatsızlandım, Sarkoidoz diye ender bir hastalık çıktı, sebebi kesin bilinmiyordu ama belki de daha önce olduğum aşılardan

bu işle bir ilgisi olabilirdi. İsveç'ten döndükten sonra yine Hacettepe'de ve yine Hocam'ın desteğiyle Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalına bağlı Erişkin Allerji Ünitesini kurarak çalıştırmaya başladım. Önceden göğüs uzmanlığına, hastaları daha iyi anlar diye genellikle tüberküloz geçirenleri aldıkları gibi, ben de allerji hastalarını iyi anladığımı zannediyorum. Bu arada son yıllarda herhalde hem allerjinin doğal seyrinden dolayı hem de kullandığım ilaçların tesiriyle yakınmalarım çok azaldı ama yine de zaman zaman ilaç kullanmayı sürdürüyorum.

Kitabın hazırlanmasında başta Sayın Hocam Prof. Dr. Y. İzzettin Barış olmak üzere Anabilim Dalımız ekibinden almış olduğum destek ve teşvik, hastalarımızdan gelen istekle birleşince adeta kendimi bu kitabı yazmakla görevli hissettim. Kitaptaki hasta öyküleri, okuyanlara bazı konuları daha iyi anlatmak için hazırlanmıştır. Yazılarımın çoğu daha önce başta Cumhuriyet Bilim Teknik Dergisi olmak üzere çeşitli gazete ve dergilerde yayınlanmıştır. Kent Matbaası sahibi kliniğimiz dost ekibinden Sayın İsmail Ejderoğlu ile çalışma arkadaşlarına ve kitap resimleri için arkadaşım Mustafa Tektürk'e içten teşekkür etmeyi bir borç bilirim. Okuyanlara yararlı olması dileğimle.

Doç. Dr. A. Fuat KALYONCU
Ankara, 18 Haziran 1995.

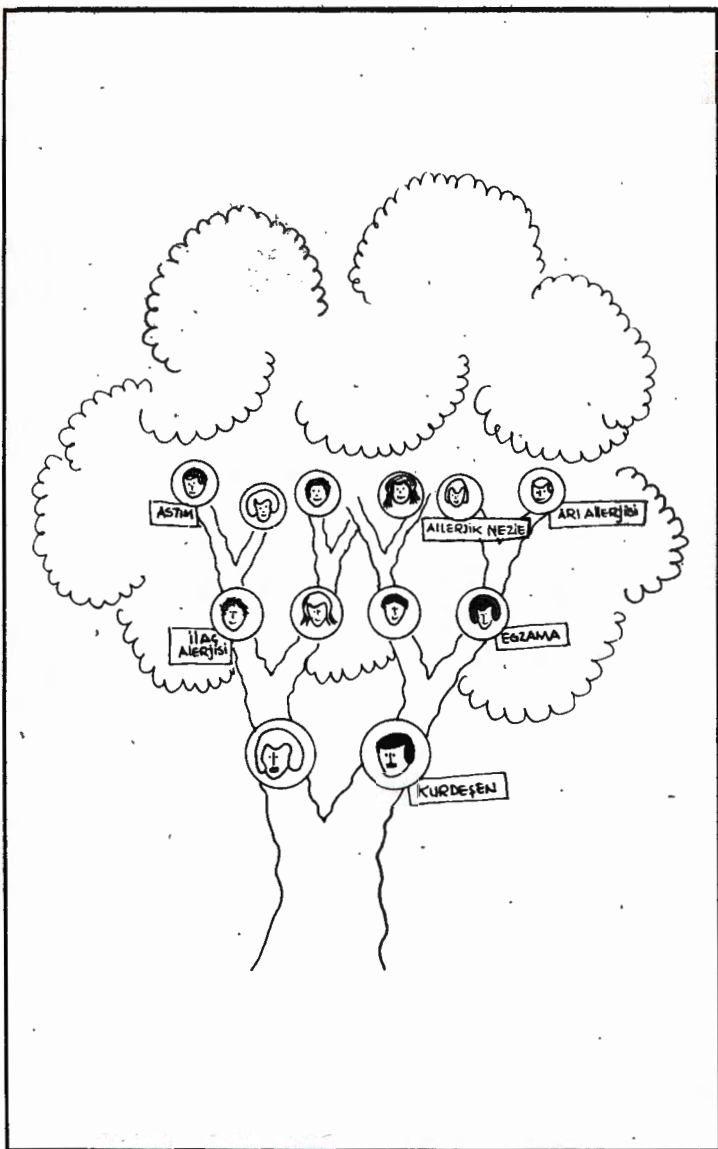
ALLERJİ NEDİR?

Allerji; vücudun yabancı olarak tanıdığı solunan, yenilebilen, iğne ile injekte edilebilen veya deriye / göze direk olarak temas eden organik veya bazı inorganik maddelere karşı varolan savunma mekanizmasının biraz abartılı olarak çalışma halidir. Toplumdaki her beş kişiden ancak biri allerjik sayılırken, çoğunluğu oluşturan diğer kişiler bu etkenlere karşı herhangi bir duyarlılık reaksiyonu göstermemektedir. Örneğin hapşırık ve öksürük vücudumuzun birer savunma biçimidir. Üst ve alt hava yollarına kaçan yabancı cisimler (gıda parçaları, mikroplar, polenler, toz vs) eğer bu savunma biçimimiz olmasa nasıl dışarı atılırdı? Veya bir başka deyişle eğer sağlıklı yaşayabiliyorsak biz bunu vücudumuzun savunma sisteminin normal çalışmasına borçluyuz. Ama bu savunma yöntemleri sürekli olarak yerli yersiz çalışmaya başladığında, bizi rahatsız ederler. İşte allerji kavramı burada devreye girmekte ve eğer vücudun savunma sistemini otomatik olarak çalıştıran neden tesbit edilip de devreden çıkarılabilirse (yani allerji etkeni ile temas kesilebilirse) kişi rahatlamaktadır. Teorik olarak insan herşeye karşı allerjik olabilirse de pazartesi günlerine, gürültücü komşulara, patrona, eşlere veya kayınvalidelere karşı oluşan allerji konumuz dışındadır.

En sık allerji yaratan nedenler; bitki polenleri, ev

tozu böcekçikleri ya da akarları denen mite'lar, küf mantarları, hayvanlar, bazı gıdalar ve işyeri/ev ortamında sıkça kullanılan kimyasal maddeler olup bunlara **allerjen** denmektedir. Vücudumuzdaki savunma sisteminin çok güzel ve harikulade bir hafızası vardır. Daha önce karşılaşmış da yabancı olarak kabul ettiği bir maddeyle her karşılaşışta mutlaka allerjik bir cevap vermektedir. Örneğin ağaçlar genellikle ilkbaharda bir-iki ay kadar polen saçarlar ve ağaç polenine karşı allerjik olanlar her yıl aynı mevsimde rahatsızlanırlar. Saman nezlesi veya bahar nezlesi de denilen bu hastalık gençlik dönemi boyunca sürekli tekrarlanır. Ancak kişinin belki de savunma sisteminin biraz zayıflamaya başladığı bir dönemde (yani bir başka deyişle yaşlanma denen olay) genellikle kaybolur ya da daha ender olarak yıl boyu devamlı bir hale dönebilir.

Tamamen allerjik kökenli denilebilecek klasik tek hastalık, halk arasında saman nezlesi olarak da bilinen **mevsimsel nezle**'dir. Allerjik hastalıklar sınıfında geçmekle birlikte her zaman klasik allerji nedeni olmayanlar ise ürtiker (kurdeşen), arı, gıda ve ilaç allerjileridir. Bronş astması, perrenial (yıl boyu süren) nezle/sinüzit ve egzama ise esas olarak kronik inflamatuvar nedeni bir grup hastalık olup, allerji burada esas neden değil sadece hastalığı etkileyen önemli bir faktör niteliğindedir. Genel olarak bu hastalıklardan herhangi birine sahip olan kişiler **atopik** olarak isimlendirilmektedir.



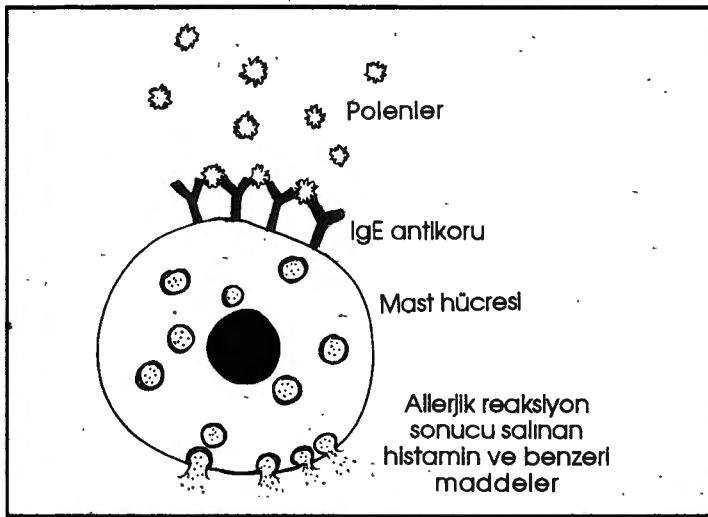
Allerji irsi bir durumdur.

NEDİR BU ATOPİ?

Atopik olmak kesin olarak irsi bir durum olup anne-babadan çocuğa geçmektedir. Ancak bu, her atopik kişinin çocuğunun da mutlaka atopik olacağı anlamına gelmemektedir. Kabaca anne ya da babadan birisi allerjik ise çocuğun allerjik olma şansı %30, anne ve babanın her ikisi de allerjik ise şans %60 olarak kabul edilir. Toplumunu oluşturan kişilerin yaklaşık üçte biri kaboratuvar testleri ile tesbit edilebilecek derecede atopik'tir. Ancak her atopik kişi mutlaka allerji hastası olmamakta ve sonuçta ancak toplumun kabaca 5'te birinin en az bir allerjik problemi olduğu kabul edilmektedir. Muhtemelen atopik yapıda olup da allerji hastası olarak kabul edilmeyen kişiler ise; senede bir iki defa oldukları gripin hep göğsüne indiğinden yakınan, sigara dumanı ve çeşitli kokulardan rahatsız olan, bazı gıdaları yediğinde kaşınan, çocukluğundan itibaren genelde daha zayıf bünyeli olarak kabul edilen ancak bunu bir sağlık problemi olarak iletmeyen kişilerdir.

Atopik kişilerin vücutlarında normal kişilere göre daha yüksek düzeyde İmmünoglobulin E (IgE) antikor'u bulunmaktadır. Bu antikor bazı vücut hücrelerini etkilemekle birlikte esas olarak **mast hücresi** isimli bir hücreye bağlanır ve kişi allerji etkeni olan allerjen'le karşılaştığında histamin ve buna benzer bazı iltihabi (inflamatuvar) maddelerin salınımını sağlar (Şekil 1). Sonuçta ortaya çıkan bu kimyasal maddeler esas olarak damarları etkiler, damar duvarı geçirgenliğini artırır ve çeşitli allerjik problemler yaratır.

Allerji hastalıklarının belirtileri çok değişik olabilir. Bunlar Tablo 1'de gösterilmiştir.



Şekil 1. Allerjik reaksiyon: Polenler mast hücrelerini IgE antikorları aracılığı ile uyararak, allerjik olayları başlatır.

Tablo I. Sık görülen allerjik hastalıkların belirtileri.

Allerjik rinit (nezle)

Burun akıntısı, hapşırık, burun tıkanıklığı, burun/boğazda kaşıntı ve gıcık hissi, koku ve bazen tad alamama

Allerjik konjonktivit (göz nezlesi)

Gözde akıntı, kaşıntı, yanma, kızarıklık ve şişlik

Ürtiker ve Anjioödem (kurdeşen)

Vücudun her yerinde veya bir bölgesinde olan kaşıntı, kabarıklık kızarıklık ve şişmeler

Egzama (atopik dermatit)

Kaşıntı, ciltte kuruluk, bebek ve çocuklarda yüzde/eklemler civarında yerleşim, sık deri infeksiyonları

Anafilaksi (allerjik şok)

Duyarlı olunan bir gıdanın alınması, ilaç kullanımı, arı sokması gibi nedenlerle başlayabilir. Hayatı tehdit edici bir durumdur.

Bronş astması

Nefes darlığı, hırıltılı solunum, öksürük (genellikle kuru), efor kısıtlılığı, göğüste baskı hissi, geceleri uykudan nefes darlığı veya öksürükle uyama

Astma ya da sürekli nezle olan kişiler (ya da Tablo l'deki diğer hastalıklardan birine sahip olanlar) genellikle doktorlara benim allerjik bir hastalığım var diye bir önyargı ile gelmekte ve bazen bu hastalıklarının tesbit edilebilen bir allerjik etkeni olmadığı ya da hastalığının allerjiye bağlı olmadığı söylendiğinde şaşır-maktadırlar. Yani astmalıların tümü veya sürekli nezlesi olanların ya da kaşınanların tümü allerjik değildir. Sadece nefes darlığı yaratan belki 100 allerji dışı neden sayılabileceği gibi kaşıntı yaratan belki de bir kaç yüz tane allerji dışı neden vardır. Çocuk astmalılarının ancak yarısında, erişkin astmalıların üçte birinde veya yılboyu süren nezlelilerin yarısında allerjik bir neden tesbit edilebilir. Bu konuda deneyimli bir doktor yapılan çeşitli testleri en iyi şekilde değerlendirerek, hastanın hangi gruptan olduğuna karar verecektir. Kışın hiçbir sağlık sorununuz yok ve ilkbaharla birlikte aniden nezleniz başlıyorsa, sadece kedi besleyen teyzenizi ziyarete gittiğinizde gözleriniz kaşınıyor ve burnunuz akıyorsa, duvarları küflü bir ortama girdiğinizde nefesiniz daralıyorsa yakınmalarınız muhtemelen allerjik kökenlidir. Ayrıca üzerinde tartıştığımız astma, allerjik nezle, egzama veya ürtiker gibi hastalıklarda allerjik bir neden bulunsa dahi mutlaka o hastalığı oluşturan ve sürdüren başka nedenler de olabilir. Yani aslında bu hastalıklar çok nedenlidir (multi-faktöriyel). Ev tozu akarlarına allerjik olan astmalı bir hanım hasta aynı zamanda sigara dumanından etkilenmekte, adet öncesi dönemde (yani hormonal faktörlerle) nefes darlığı artabilmekte veya aspirin aldığında da astma krizine girebilmektedir.

İşin içine IgE antikorunu karışmadan da allerjik diye kabul edilen bazı hastalıklar oluşabilmektedir. Bunlar

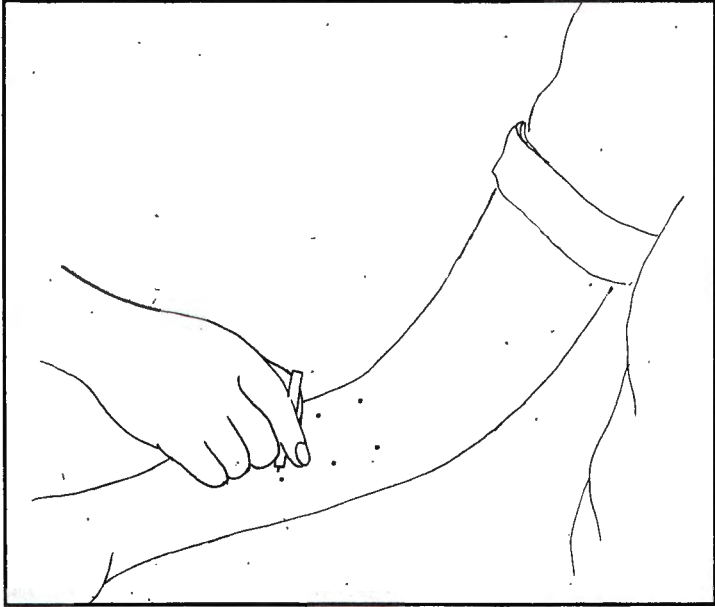
da yine çevredeki bazı etkenlere karşı vücudun korunma sisteminin aşırı çalışması sonucu ortaya çıkmaktadır. Çiftçi akciğeri denilen özel bir akciğer hastalığı (Farmer's Lung veya Extrensek Allerjik Alveolitis), ellerde oluşan kontak dermatit'in (egzama) bazı türleri ve barsakların Çöliak hastalığı bu gruba örnek olarak verilebilir.

Bir çok kişinin gıdalarla ilgili sorunları vardır ve bunları allerjik olarak kabul eder. Halbuki gıda alerjisi çocukluk döneminde yaygın olmasına karşın erişkinlerde %1'den az görülmektedir. Erişkinlerde genellikle "**gıda intoleransı**" denilen durum söz konusudur. Örneğin **Laktoz** enzimi eksikliği "**Laktoz intoleransı**" denilen bir tablo yaratır ki; bu kişilerde süt ve sütlü gıdaları aldıklarında çeşitli mide-barsak yakınmaları ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle böyle kişiler süt ve sütlü gıdaları tüketemezler. Türkiye'de bu enzim eksikliği oldukça yaygındır ve bazı bölgelerimizde toplumun hemen hemen yarısında bu hastalık vardır. Bu kişiler kendilerini süte karşı allerjik zannedebilirler ancak gerçek neden allerji değil enzim eksikliğidir. Bu enzim eksikliği dünyanın bazı bölgelerinde ya çok azdır ya da hiç yoktur.

ALLERJİ TESTLERİ

Deri testleri ve kan testleri olarak iki grupta yapılırlar. Testlerin amacı hastada belli allerjenlere karşı antikorların bulunup bulunmadığını ortaya koymaktır. Tüm dünyada genel olarak 10-15 standart antijen ile yapılır. İlk etapta araştırma amacı dışında, daha fazla antijen ile test yapmak gereksizdir. Erişkinlerde her hastaya gıda antijeni kullanılarak test yapmanın anlamı yoktur. Daha ileri allerjik tetkik ancak bir **Allerji**

Merkezinde yapılmalıdır. Genel olarak önce deri testleri yapılmalı eğer gerekiyorsa veya deri testinin yapılmadığı durumlarda kan testlerine başvurulmalıdır. Deri testlerinin tam değeri hem daha yüksektir hem de daha ucuza mal olmaktadır. Deri testleri esnasında mutlaka özel iğneler kullanılmalı (disposibl lansetler), hastanın cildi kanatılmamalı ve antijenler birbirine karıştırılmamalıdır. Tedavide kullanılan bazı antiallerjik ilaçlar deri testlerinin sonucunu etkileyebileceğinden, test öncesinde kesilmelidir (örneğin antihistaminiklerden klorfeniramin en az 3, ketotifen ise 7 gün önceden olmak üzere).



Deri testleri yapılırken dahi çok ender olmakla birlikte ölüme kadar varabilen çeşitli allerjik reaksiyonların görülebileceği de bildirilmiştir. Bu nedenle testlerin ya-

pıldığı kliniklerde kesinlikle acil müdahale gereçleri ve ekibi hazır olmalıdır. Hastada halen aktif allerji yakınmaları devam ediyorsa test yapmaktan kaçınılmalıdır çünkü hastaya test esnasında verilecek olan maddeler yakınmaları arttırabilir. Bu nedenle test, hastanın yakınmalarının kontrol altına girdiği bir döneme bırakılabilir. Cildi çok duyarlı olan yani kaşıyan yeri hemen kızarıp kabaran (dermografismuslu) kişilerde deri testi güvenilir sonuç vermez. Bu kişilerde kanda IgE anti-kor düzeylerine bakılmalıdır.

ANATOMİ

Bir hastalık hakkında ayrıntılı bilgi sahibi olmak için önce o hastalığı ilgilendiren vücut sisteminin yapısını yani ANATOMİSİNİ bilmek gerekir.

Solunum sistemi; burundan başlayıp, akciğerin en uç kısmına kadar devam eder. Görevi, yaşam için mutlak gerekli olan, dış ortamda bulunan **Oksijen** gazının vücuda alınması ve vücutta oluşan **karbondioksit** gazının dış ortama atılmasını sağlamaktır. Vücutta oluşan karbondioksitten zengin toplardamar kanı, kalbin pompalamasıyla akciğerlere gelir ve burada soluk alma esnasında akciğer içine giren havadaki oksijen ile kandaki karbondioksit yer değiştirir. Böylelikle akciğere gelen toplardamar kanı, akciğeri terkederken temiz atardamar kanı haline gelmiş olur. Tekrar kalbin sol boşluğuna gelen bu kan tüm vücuda pompalanarak, diğer organların çalışması temin edilir. Şimdi solunum sisteminin bölümlerini kısaca gözden geçirelim.

1- ÜST HAVA YOLLARI

Burun

Yüz sinüsleri (Yüz kemiklerindeki boşluklar)

Ağız boşluğu

Geniz (Yutak)

Ses tellerinin üzerinde kalan boğaz kısmı

2- TRAKEA, BRONŞLAR ve AKCİĞERLER

Soluk borusu (Trakea)

Sağ ve sol ana bronşlar (Ana hava yolları)

Bronşoller (Küçük hava yolları)

Alveoller (Akciğerleri oluşturan küçük hava kesecikleri)

3- GÖĞÜS KAFESİ ve SOLUNUM ADALELERİ

Göğüs kemikleri (Kaburgalar, köprücük kemikleri, göğüs ön orta kemiği, sırt omurga kemikleri ve kürek kemiği)

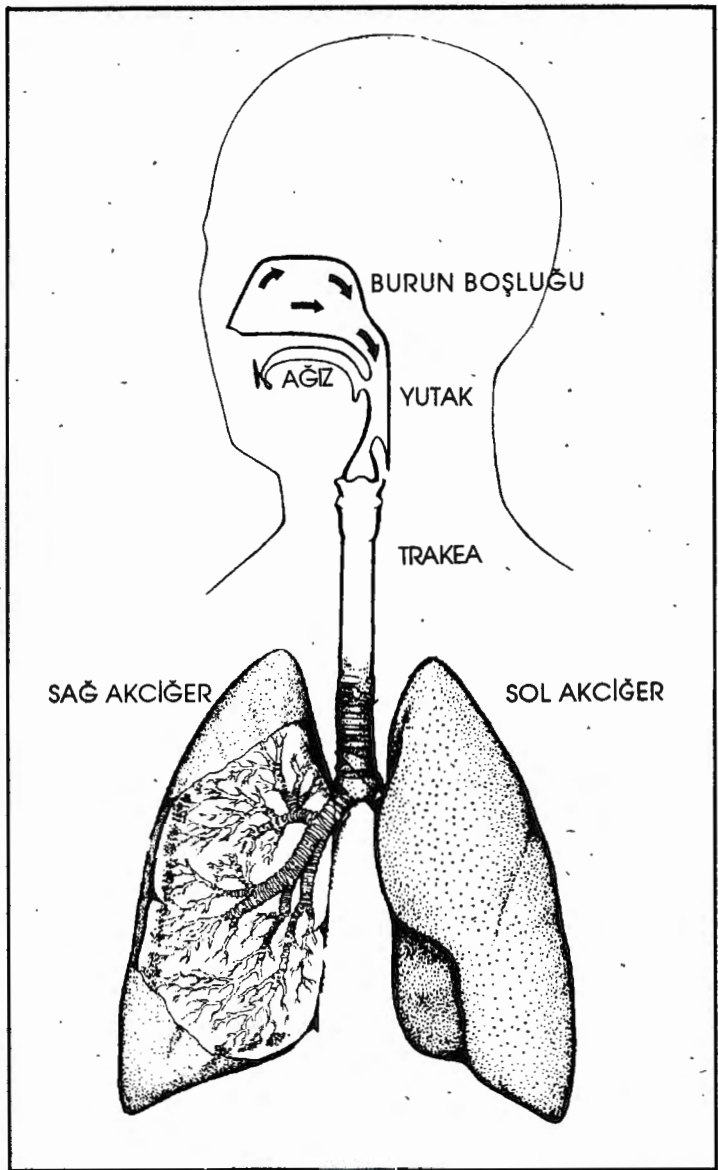
Kaburgalar arasındaki solunum adaleleri

Boyun ve sırtta bulunan solunum adaleleri

Diafragma (Göğüs ve karın boşluğunu ayıran adale bölmesi)

Nefes alma olayı esnasında ağız ve/veya burundan içeri alınan hava, üst havayollarından geçerek, trakea, ana bronşlar ve bronşollerini kateder ve sonuçta akciğerin doku kısmını oluşturan alveoller bölgesine gelir. Alveoller, 0,075-0.2 milimetre çapında küçük keseciklerdir.

Alveolleri daha iyi anlamak için bir nar düşünebilirsiniz, bu durumda nar akciğer, nar taneleri de alveoller olacaktır. Alveollerin yani bu keseciklerin etrafında çok zengin bir damar ağı bulunur ve oksijen-karbondioksit alışverişi bu bölgede gerçekleşir. Her iki akciğerde yaklaşık 300 milyon kadar alveol bulunur ve bunlar eğer imkan olup da düz bir zemin üzerine açılabilirler ortalama 55-100 m²'lik bir alan kaplarlar. Bir kişi aşağı yukarı her gün 10.000 litre civarında hava solur.



Üst ve alt solunum sistemi

Burundan başlayan üst hava yollarının görevi; akciğerlere gidecek havada bulunan mikrop dahil diğer toz parçacıklarını tutmak, bu havayı nemlendirmek ve ısıtmaktır. Allerjik nezle veya burunda polip olması, kronik sinüzit, burun kemiği eğriliği vs gibi durumlarda burun tıkalı olacağından, kişi ağızdan nefes alacak ve böylelikle doğal koruma sistemi çalışmayacağından, dış ortamdaki soğuk ve kirli hava olduğu gibi akciğerin içine ulaşacaktır. Bu nedenle biz doktorların her zaman için ilk yaptığı iş; şu ya da bu şekilde burunun normal çalışmasını temin etmektir. Burun boşluklarını oluşturan kemik yapının içyüzeyi **mukoza** denilen bir tür deri ile kaplıdır. Mukozaların üzerinde tüyler ve salgı bezleri bulunur. Arkadaki iki delikle yutağa açılan burun boşlukları yüz, alın ve altçene sinüsleriyle de bağlantılıdır. Burun boşlukları mukozasının en sık görülen hastalıkları infeksiyon ve allerjidir. Burun hastalıklarının belirtileri; tıkanıklık, akıntı, hapşırık, kaşıntı ve koku almada bozukluktur. Mukozanın zedelenmesi; kanamalara, tehlikesiz et oluşumu olan poliplere ve kansellere yol açabilir.

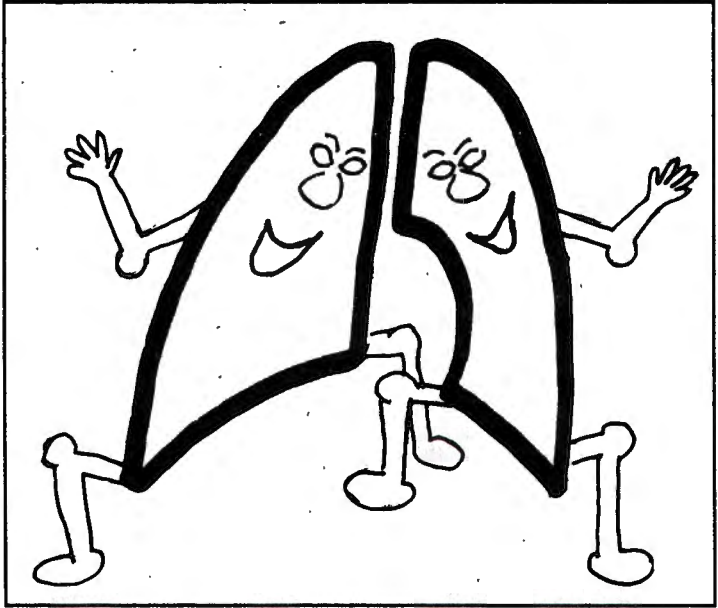
İnsanın sağ ve sol olmak üzere iki adet akciğeri bulunmaktadır. Kaza veya hastalık durumlarında bir akciğeri alınan veya çalışmaz hale gelen kişiler eğer kalan akciğerleri sağlam ise yaşamlarını rahatça devam ettirebilirler. Sağ akciğer 3, sol akciğer ise 2 lobdan oluşur. Akciğer lobları da kendi içlerinde daha küçük bölümlere (segmentler) ayrılır. Sağ akciğerde 10 solda ise 9 segment bulunur. Her iki akciğerin etrafını **Plevra** isimli iki katlı bir zar çevirir. Sağ akciğer altındaki karaciğer nedeniyle sola göre biraz kısa, fakat daha geniştir. Buna karşın sol akciğer de kalp nedeniyle sağa göre daha ince fakat daha uzundur.

Akciğerleri hareket ettiren kuvvetler esas olarak solunum adaleleri ve diafragma kasıdır. Diafragma aynı bir motor pistonu gibi her nefes alışta aşağı inerek akciğerleri genişletir ve her nefes verişte yukarı çıkarak akciğerlerin içindeki havayı boşaltmasına yardım eder. Kaburgalar arasındaki, boyundaki ve sırttaki solunum adalaları da bu olaya destek verirler. Akciğerin kendisine ait bazı hastalıklarda bu solunum adaleleri özel egzersizlerle kuvvetlendirilerek, solunumun aksamadan devamı sağlanır. Ayrıca akciğer içindeki bronşların etrafındaki kıkırdak halkaları arasında adaleler bulunur. Bu adalelerin kasılması ile bronşların çapı daralır ve hava akciğer içine zorlukla girip-çıkmağa başlar. İşte bu olay Astma denen hastalığın başladığının göstergesidir.

Deri; insanın bedeninin dış yüzeyini kaplayan ve koruyan önemli bir organdır. İçinde bulunan sinir uçlarının çokluğu nedeniyle **dokunma**, terbezleri nedeniyle **terleme** ve üzerine sürülen maddeleri **emebilme** özellikleri bulunur. Allerjik deri hastalıkları; kaşıntı, kızarıklık, şişlik gibi belirtilerle kendini gösterebilir. Deri bazı allerjik reaksiyonları sadece küçük bir bölgesinde lokal olarak verebilmektedir, bu özelliği nedeniyle allerjik hastalıkların tanısındaki temel test olan **deri testleri** güvenle yapılmaktadır. Derinin bu özelliği sadece allerji hastalıklarının teşhisinde değil, tüberküloz, mantar ve bazı parazit hastalıklarının da teşhisinde de bize çok yardım sağlamaktadır. Allerji deride; ürtiker, anjioödem, toksidermi, ışık duyarlılığı, ilaç duyarlılığı veya egzama gibi değişik tablolar oluşturabilir.

Sindirim sistemi: Ağızdan itibaren başlayan bu sistem, yemek borusu, mide, ince ve kalın barsaklar olarak devam eder. Ağızdan alınan ve allerjenik olan gıda-

lar veya katkı maddeleri bazen daha henüz ağız içindeyken bazen de barsaklara ulaştığında allerji belirtileri yaratmaktadır. Almanya'da yaşayan ve Huş ağacı polenine allerjik olan bir kişi taze fındık veya elma yerken ağız içinde kaşıntı, dilde ve dudaklarda şişlik hissedebilir. Bu kişi eğer elmayı yemeye devam ederse bulantı, kusma, karın ağrısı veya ishal de olabilir. Veya duyarlı olunan bir ilacın ağız yoluyla alınması anafilaksiye (allerjik şok) yol açabilir.



ALLERJİK NEZLE (RİNİT)

"Üç senedir allerjik nezlem var. Geçen seneye kadar sadece ağaçlı, çimenli, çiçekli yerlerde ve sıcakta oluyordu. Bu sene kapalı yerlerde de olmaya başladı. Dışarı çıkınca daha da artıyor. Hava ne kadar sıcaksa ağaç ve çiçek ne kadar çoksa, o kadar etkili oluyor. Allerji esnasında boğazım ve kulaklarımın içi kaşınıyor, genzim yanıyor. Bazen başağrısı yapıyor ve halsizlik oluyor. Ayrıca gece yatınca burnum tıkanıyor, rahat nefes alamıyorum, genzime balgam aktığını hissediyorum. Odada beraber yattığım kızkardeşim, sık sık horladığımı söylüyor. Burnumu silerken bazen az miktarda kanamış olduğunu da görüyorum. Allerjik nezlemin çok yoğun olduğu günlerde kulaklarım tıkanıyor, başımda bir basınç oluşuyor ve zonkluyor, boğazımın daraldığını hissediyorum, nefes almakta güçlük çekiyorum. Bugünlerde boğulacak gibi oluyorum ve geceleri uyuyamıyorum".

Nedense pek fazla önemsenmeyen bir hastalık bu nezle. Bir çok kişi yanında devamlı mendil taşıyarak, burnunu sık sık silerek ve çeşitli burun damlalarıyla yaşamayı sanki normal hayatın bir parçası olarak kabul ederek, yaşamını sürdürüyor. Ama yukarıdaki

satırları yazan 19 yaşındaki genç kız, hiç de kendisine benzer sessiz kalabalık gibi **mütevvekkil** değil, Hacettepe Hastanesi Erişkin Allerji Hastalıkları Ünitesine elinde şikayetlerini yazdığı bu mektupla başvuruyor. Tek isteği de; burnundan rahat nefes alıp vermek, olur olmaz yerde hapşırık krizlerine tutulmamak, elinde mendil olmadan ders dinlemek ve geceleri horladığı için kendisine durmadan takılan kızkardeşini susturmak. Genç kızın yakınmalarını dinleyince, aslında ona hak vermemek de elde değil.

NEDİR BU NEZLE?

Nezle olarak kısaca tanımlanan bu hastalık, aslında burnun savunma mekanizmasının biraz abartılmış ve uzun süre devam eden halidir. Burun normal olarak içyüzeyi sürekli ıslak kalacak şekilde az miktarda mukus denen bir sıvı salgılar. Böylelikle dış ortamdan solunan hava ile vücuda girmeye çalışan toz, bitki polenleri, bakteri ve virüsler bir tür tuzak olan bu sıvıya yapışarak, dışarı atılırlar. Normalde mukusun akım yönü burundan genize doğru olup kişiler bunu farketmeden yutmaktadır. Mukus ancak çok arttığında hem burundan hem de genizden akıntısı belirgin olarak hissedilir. Aynı burun akıntısı gibi hapşırık da bir savunma refleksidir. Vücudun istemediği bir maddeyi burundan en kısa zamanda uzaklaştırmanın harika bir yolu. Ama her gün defalarca hem de en olmayacak yerlerde (tiyatrodada, ders dinlerken, önemli bir iş görüşmesinde, uyurken ve hatta sevişirken bile) tekrarlanırsa, insanı çok da rahatsız edebilir. Kaşıntı ve burun tıkanıklığı da eklenince özellikle sürekli olarak nezlesi olanların neler çektiği, belki biraz olsun anlaşılabilir:

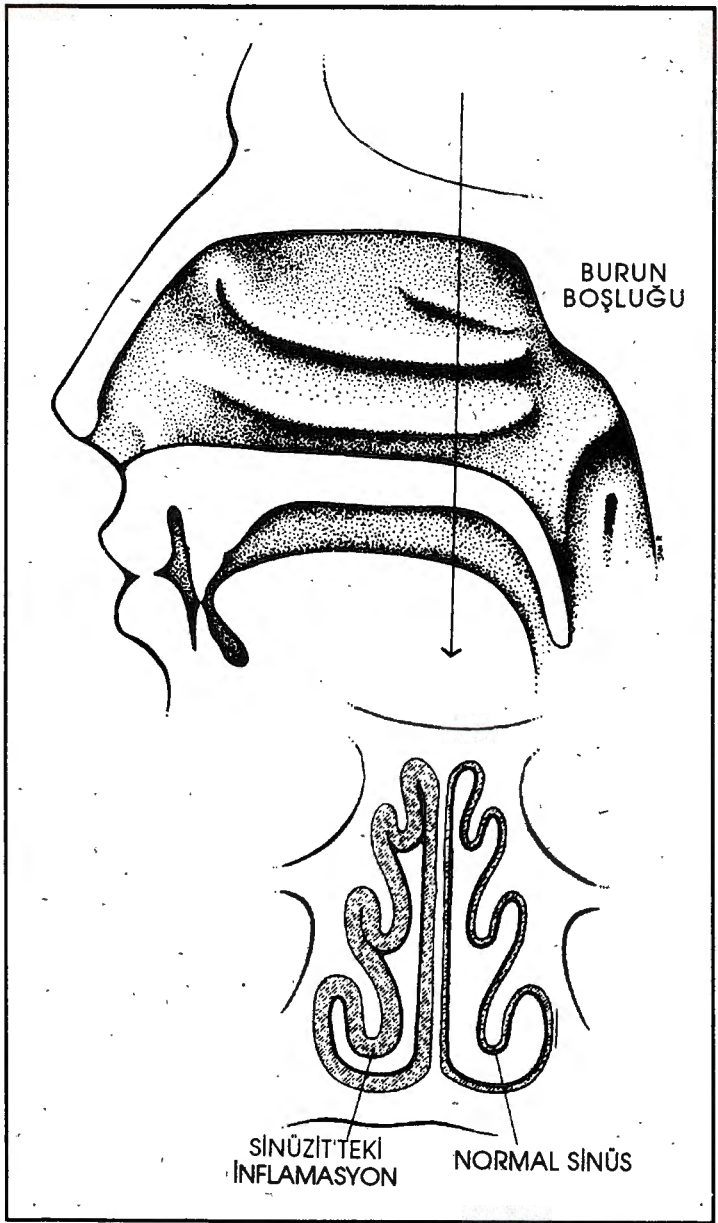
Güneşe veya parlak ışığa çıkınca hapşırma ise bir başka dert (**ışık sal hapşırma**). Kesinlikle genetik bir geçiş sonucu ortaya çıkmakta ve her 5 kişiden birinde bu durum bulunmaktadır, allerji ile ilgisi yoktur. Bu tür hapşırmaların nedeni, gözün koruyucu refleksleridir (yani gözün ışığa karşı korunmasına yönelik). Çünkü hapşırınca gözler kapanır ve sulanır. Bu durum bazen şöförlük ve pilotluk meslekleri için bir problem de olabilmektedir.

İnsanın vücudunda saat gibi çalışan bazı sistemler vardır. Her insanın dakikadaki solunum sayısı, kalp atış sayısı bellidir. Gece olunca uyumak isteriz. Vücuttaki bazı hormonlar sabahları düşük düzeyde bulunur. Ülseri olanlar bilir, ilkbaharda bu hastalık azar. Astma krizleri genellikle sabaha karşı uykudan uyanırdır. Burun da kendine göre bir düzeni bulunmaktadır. Belirli saatlerde tıkanmaya daha müsait, bazen sağ bazen sol taraf daha çabuk tıkanır. Egzersiz yapmak veya sağa, sola yatmak tıkanıklığı etkiler. Sabahları çok hapşırıp, kaşınmasına rağmen öğleden sonra düzelebilmekte, akşam gene azmaktadır. Hanımların üçte birinde adet öncesi dönemde burunda tıkanıklık veya bir miktar nezle ortaya çıkabilmektedir. Bütün bunların yaşam boyunca sürekli olarak tekrarlanması ve neden olduğu ise henüz tıbbın araştırılan konuları.

Kafa içinde elmacık kemikleri, alın ve gözlerin arkasında dört grup küçük, **sinüs** denilen boşluk bulunmaktadır. **Sinüzit** işte bu boşlukların allerjik veya mikrobik iltihabıdır. Sinüslerin hepsi burun boşluğuna açılır. Uzun süren ve allerjik kökenli olan nezlelere genellikle sinüzit de eşlik eder.

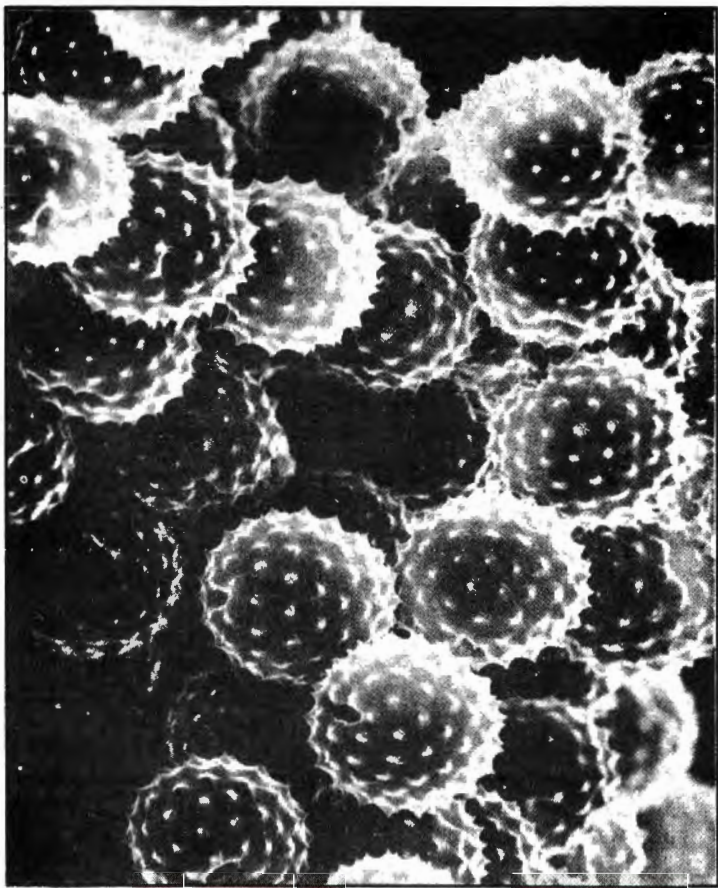
NEZLENİN TÜRLERİ

Klasik olarak altı haftadan kısa süren nezlelere





Akut rinit, bu süreden daha uzun süren nezlelere ise **Kronik rinit** demekteyiz. Akut nezle genellikle infeksiyon veya kimyasal maddelerle temas sonucu oluşmaktadır. Kronik yani sürekli nezle ise genellikle allerji veya başka faktörlere bağlı ortaya çıkmaktadır. Allerjik nezle ağaç, çimen, çalı polenlerine, küf mantarlarına, çeşitli hayvanlara ve ev tozu akarlarına karşı oluşmaktadır. Polenlere karşı olan **mevsimsel nezle** (saman nezlesi) ortalama 4 ay, **perrenial** (yılboyu, sürekli) denilen nezle ise yılda en az 9 ay veya daha uzun sürer. Allerjinin mikroplara karşı ortaya çıktığı gibi bir hipotez bugün artık pek kabul edilmemektedir. Eskiden burun ve boğazdan alınan kültürlerde üretilen mikrop-lara karşı aşı hazırlamak bir ara moda olmuşsa da sonradan bu yolun etkisizliği anlaşılmıştır. Genellikle polen allerjiker yılın belirli mevsimlerinde nezle olur-



Polenlerin büyütülmüş görünümü

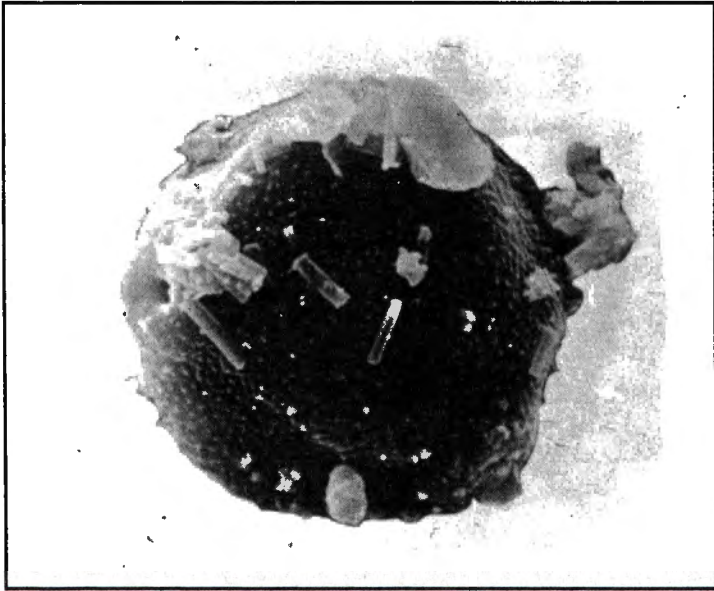
ken, diğler etkenlere karşı allerjik olanlar (özelliikle ev tozu akarları, küf mantarları ve ev hayvanları) yılboyu nezledir. Ancak bu durum değışmez olmayıp, bazen mantarlara ve ev tozu akarlarına karşı allerjisi olan kişiler de mevsimsel nezle tablosu ile karşıımıza gelebilirler.

POLEN ALLERJİSİ

İnsan üremesinde nasıl erkeklerin sperm'leri ve diğlerin yumurtaları önemliyse, polen de bitkilerin üremesi için o denli gereklidir. Her bitkinin poleni değışik bir yapıya ve ölçüye sahiptir. Ortalama bir milimetrenin 20'de biri kadar büyüklüktedir. Polenler yüksek oranda allerjenik proteinler içermektedir. Bitkiler polenlerini birbirlerine rüzgarla (**anemofilus polenler**) ya da çeşitli böcekler (**entomofilus polenler**) aracılığıyla iletirler. Anemofilus polenler çok daha kuvvetli allerjenler olup geniş bir alana yayılabilirler. Fazla gösterişi olmayan çalı ve çimen polenleri bu gruptandır. Entomofilus polenler ise genellikle güzel görünümlü, renkli ve güzel kokulu çiçeklerden salınırlar ve allerji hastalıklarında önemi çok azdır. Ağaç polenleri ilkbaharda bir-iki ay, çimen polenleri ilkbahardan yaz sonuna kadar ve yabancı çalı polenleri ise genellikle yaz/sonbahar döneminde rahatsızlık yaratmaktadır. Evde bakılan saksı çiçeklerine karşı allerji teorik olarak görülebilirse, pratikte pek karşılaşılmamaktadır. Bunlar daha ziyade çiçekçilikle uğraşan kişilerde **mesleki allerji** yaratabilir (Örneğin Benjamin allerjisi).

Polenler aracılığıyla çoğalan bitkilerin, zamanı geldiğinde polen keseleri neredeyse patlarcasına açılır ve keseler içindeki milyonlarca polen diğ ortama saçılır. Yıllık ve günlük ritm türden türe değışiklik gösterir,

hava koşullarından etkilenmesine rağmen her gün belirli bir sayıda polen doğaya bırakılır. Hava basıncında ve ısındaki artış polen yapımını arttıran önemli nedenlerdir. Polenler belli bölgelerde yalnızca sınırlı bir dağılım gösterirler ama lokal olarak veya örneğin burun düzeyinde son derecede yüksek sayılara ulaşabilirler. Orta Avrupa'da yapılan araştırmalar (kuvvetle muhtemel bizim koşullarımıza da uygun) çiçek açan bir tarlada bir mevsim boyunca hektar başına yaklaşık en az 200 kg polen tesbit etmiştir. Deniz düzeyinden yükseldikçe saçılan polen sayısı azalmaktadır. Sıcak, kuru havalar ve rüzgarda polenlerin yayılması kolaydır. Buna karşın yağmurlu havalarda polenler



Polenler çevre kirliliğinden nasibini alarak, üzerlerine yapışan bazı toksik madde ve parçacıkları da vücudumuza taşıyabilirler.

Tablo II. Polen Allerjisi Olanlara Öneriler.

Polen mevsimi boyunca, polenlerin havada en yüksek sayıda olduğu vakitlerde (özellikle sıcak ve rüzgarsız günlerde, sabahın erken saatleri ve öğleden sonraları) evinizin pencerelerini açmayın.

Seyahat esnasında otomobilinizin pencerelerini kapalı tutun.

Polen mevsiminde piknik ve benzeri kır gezilerinden kaçının. Mümkünse açık havada efor ve egzersiz yapmayın. Belki böyle bir ortamda çok pratik olmamakla birlikte yüz maskesi bir miktar koruyucu olabilir.

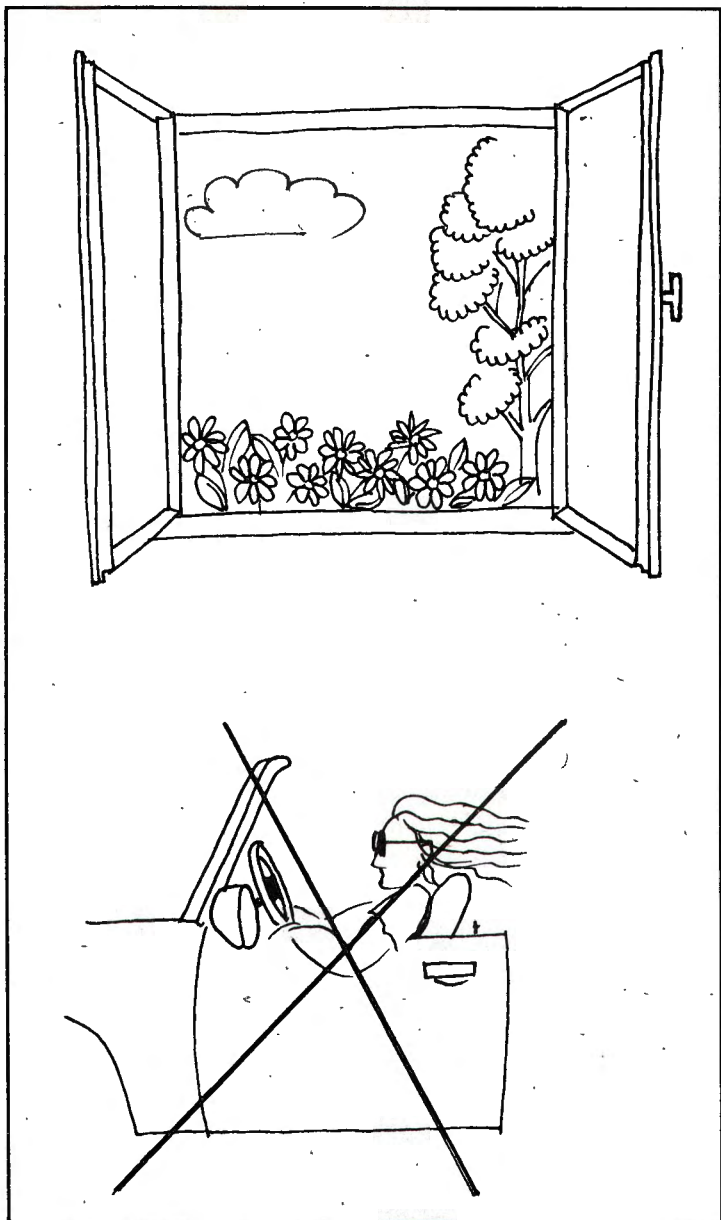
Dış ortamdan eve geldiğinizde üstünüzde ve saçınızda polen bulunabilir. Bu nedenle mümkünse evde üstünüzü değiştirin ve bir duş alın.

Evde filtreli hava temizleyici aletler yararlı olabilir.

Allerjen olmamasına rağmen sigara dumanı, tozlu ve yoğun kokulu ortamlar burnu etkileyerek nezleyi başlatabileceğinden, uzak durulmalı.

yere ineceğinden havadaki polen sayısı azalmakta ve hastalar kendini daha iyi hissetmektedir. Allerjik belirtilerin başlaması için gerekli olan polen sayısının ortalama, 1 m³ havada 10-50 arasında olması yeterlidir. Polen allerjik kişilerin uyması gereken bazı öneriler Tablo II 'de belirtilmiştir.

Polen allerjik kişilerin bilmesi gerekli önemli noktalardan birisi de **çapraz reaksiyon** denen olaydır. Ağaç polenlerinden birisine örneğin Huş ağacı (Betula verrucosa) polenlerine allerjik olan kişilerin yaklaşık üçte biri elma, armut, kiraz, vişne gibi çekirdekli meyveleri yerken ağız ve dudaklarda kaşıntı, şişlik, karınağrısı, bulantı gibi yakınmalar hissedebilir. Çünkü tüm bu meyvelerin allerjenik yapıları birbirine benzemekte ve vücut bütün sayılan bu meyveleri aynı kéfeye sokarak aynı işlemi uygulamaktadır. Aslında savunma sistemi-miz itiraf etmek gerekirse burada bir miktar yanılmaktadır. Buna benzer başka olaylar diğer grup polenlerle



de görülmektedir. Çimen polenlerinin bazılarında allerjik olanlar pırasa, maydanoz, dereotu vs yediklerinde lokal veya genel bazı allerjik problemler yaşamaktadır. Polen allerjik kişiler bazen bal yerken de, balın içinde kendisinin duyarlı olduğu proteinler nedeniyle allerjik bir atakla karşılaşabilirler (ani ürtiker atağı veya bulantı, karın ağrısı, ishal vs).

Saman nezlesi en sık olarak 8 ile 20 yaş arasında başlar, 30'lu yaşlardan sonra giderek azalır ve kaybolabilir, 40 yaşından sonra başlaması çok ender bir durumdur. Ülkemizde ve Avrupa'da en sık allerji yaratan polen grubu, çimen polenleridir. Saman nezlesi olmak sinüzit ve astma için risk faktörüdür. Ayrıca bu kişiler, hastalıkları tedavi edilmezse koku ve tad alma duyularını da kaybedebilirler. Koku ve tad duyuları olmayan kişiler, zehirli gaz ve gıda zehirlenmelerinden kolayca etkilenmektedir.

YILBOYU SÜREN ALLERJİK NEZLE

En önemli etkenler ev tozu akarları, evde beslenen hayvanlar ve küf mantarlarıdır. Kitabın "Bronş astmasının allerji ile ilgisi" bölümünde ayrıntılı bilgi verilmiştir.

ALLERJİ DIŞINDA NEZLE YAPAN DİĞER NEDENLER

Allerji dışında da nezle yaratan bir çok sebep vardır. Elbetteki en başta gelen sebep, 200'den fazla çeşidi olan viruslardır. Özellikle çocuklar hemen her yıl ortalama 8-10 kez viruslarla infekte olarak nezle olur. Soğuk algınlığı da denen bu durum genellikle bir hafta içinde geçer ancak buna bağlı oluşan öksürük bazen

birkaç aya kadar devam edebilir. Viruslar dışında bazı ilaçlar, bazı kimyasal maddeler ve ısı değışiklikleri de nezle oluşturabilir veya nezle bazen başka bir hastalığın ilk bulgusu olarak da görülebilir.

Doğum kontrol hapları, bazı hormonal ilaçlar, bazı yüksek tansiyon ilaçları (angiotensin konverting enzim inhibitörleri, beta bloker ve vazodilatörler) ve uzun süre kullanılan burun tıkanıklığını giderici damla ve spreyle de nezle oluşturur. Burun tıkanıklığını giderici damla ve spreyle çok çabuk etki göstermelerine rağmen burnun normal fizyolojisini bozarlar. Bu nedenle bu tip ilaçların beş günden uzun süre kullanılmaları sakıncalıdır. Burundan kullanılan kokain, aynı bu tip damlalar gibi etki yaparak, nezle yaratır. Son olarak **Vazomotor rinit** denilen ve sebebi henüz anlaşılamamış bir nezle türü daha vardır ki, yaratabilecek allerjik ya da infeksiyöz bir neden bulunamaz. Aşağı yukarı erişkin yaşta başlayan, sigara içen ve yılboyu nezleli kişilerin yarısının teşhisi budur. Bu kişilerin burnu çok hassaslaşmış olup kuvvetli kokulardan (parfüm, saç spreyi, sabah gazete kokusu, deterjanlar, egzoz kokusu vs.) hemen etkilenir. Ayrıca bira ve şarap gibi alkollü içkileri içmek de şikayetlerin artmasına neden olur. Ortamda örneğin klima cihazının çalışması gibi ani bir ısı değışikliği, hemen hapşırık veya burun tıkanıklığı yaratabilir. Burada bahsedilen sigara, ısı değışikliği, parfüm benzeri şeylere karşı duyarlı olmak, allerjik olmak demek değildir. Vücutta deri testleri ile bunlara karşı oluşmuş antikorlar gösterilmez. Bu kişilerin tedavilerindeki en önemli nokta, sigara içmemeleri ve yanlarında içirmemeleridir.

Yaşlanmayla birlikte burun içinde kuruma ve kötü kokulu bir akıntı görülebilir. Hipotiroidizm gibi bir hastalıkla birlikte bulunabilir veya gebelikte ortaya çıkabilir.

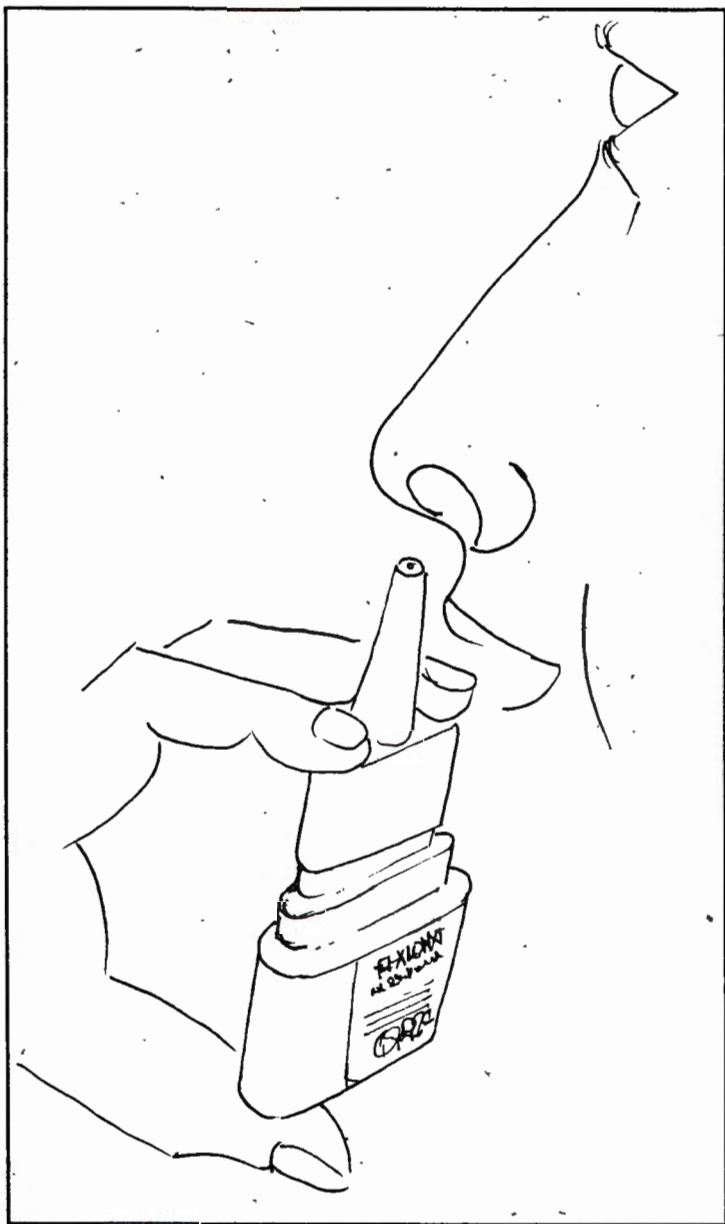
TEDAVİ

Hastalığın allerjik mi, allerjikse neye karşı olduğunu tesbiti çeşitli deri ve kan testleri ile anlaşılabilir. Bulunabilmiş bir allerji etkeni ile hastanın temasının kesilmesi, en basit ve ucuz tedavi yöntemidir, ancak bu zaman mümkün olmamaktadır.

Bu alanda kullanılan bir çok ilaç bulunmaktadır. **Antihistaminikler** allerjik nezlenin tedavisinde yararlanılan önemli grup bir ilaçtır. Ucuz olması sebebiyle sık olarak kullanılırlar. Burun salgısını, kaşıntı ve hapsinği kesmelerine rağmen, burun tıkanıklığı üzerine etkisizdirler. Eski tipleri uyku ve sersemlik vermesine rağmen, yeni tiplerinde bu yan etkiler görülmemektedir.

Burun açıcı damla ve spreyleyler sadece bir kaç gün için kullanılır daha uzun kullanımlarda nezleyi kötüleştirirler. Bu amaçla serum fizyolojik denilen % 0.9'luk tuzlu su kullanılabilir. Özellikle burun içindeki kuruluk ve koyu sekresyonlarda çok yardımcıdır. Serum fizyolojik kullanmanın bilinen bir zararı yoktur. **Serum fizyolojik** evde de kolayca hazırlanabilir (bir litre kaynamış suya 9 gr veya 2 çay kaşığı yemek tuzu karıştırılarak). Ağzdan tablet olarak kullanılan ve burun tıkanıklığını giderici ilaçlar (oral dekonjestanlar); yüksek tansiyonu olanlar ve orta yaşı geçmiş kişilerde beyin kanaması ve felç oluşturma riski açısından önerilmemektedir.

Uzun süren allerjik nezlelerde en iyi ve emin tedavilerden biri, spreyle şeklinde **kortizonlu** ilaçlardan kullanılmaktadır. Bu ilaçların bugün için gayet etkili biçimleri geliştirilmiştir ve 20 yılı aşkın bir süredir tüm dünyada kullanılmaktadır. Doktor kontrolünde olmak şartıyla gerekirse yıllar boyu dahi rahatça kullanılabilir.



lır. Eğer burunda kanama veya kabuklanma gibi ender bir yan etki ortaya çıktıysa tedaviye bir kaç gün ara verilebilir. Allerjik nezleliler için geliştirilmiş bir diğer ilaç da, sprey biçiminde olup **Kromolin** isimindedir. Bu ilaç kortizonlu spreylere göre daha hafif etkili olup, günde 4 kez kullanılmalıdır. Kromolinin en önemli özelliği; hiç bir yan etkisinin olmamasıdır. Özellikle tedaviye dirençli vazomotor rinit denen nezle türünde henüz ülkemizde bulunmayan ancak bizde de piyasaya çıkacağını umduğumuz **Ipratropium bromide**'li spreyle de denenebilir. Başvurduğunuz doktorunuz size mutlaka en uygun tedaviyi önerecektir.

İlaçlarla kontrol altına alınamayan rinitlerde çeşitli cerrahi tedavi yöntemleri de uygulanmaktadır. Yukarıda bahsedilen yöntemlerle nezleli kişilerin çoğu tedavi olmaktadır. Allerjik nezleli kişiler eğer allerjenlerle teması kesemiyor ve bahsedilen ilaçlardan belirgin yarar gremiyorlarsa, **İmmünoterapi** denilen aşı tedavisi gündeme gelebilir. Bu tedavi yöntemi, içerdiği yaşamsal riskler nedeniyle, sadece Allerji uzmanlarınca uygulanmalıdır. Etkisi kesin olmamakla birlikte, hastaların bir bölümü yararlandığını ifade etmektedir. Etki genellikle bir yıl içinde ortaya çıkar, eğer ortaya çıkmadıysa daha fazla devam etmenin anlamı yoktur. Genellikle sadece polen veya mite allerjisi olanlar için (zellikle de tek bir polene karşı) denenmektedir. Allerjik olmayan, vazomotor rinitin tedavisinde kullanılmaz. Burundaki çeşitli bakterilere karşı allerji diye bir olay bugün kabul edilmediğinden, buna yönelik aşı veya spreylelerin tedavide her hangi bir yeri yoktur. Anektodal olarak vazomotor riniti olanlara düzenli olarak egzersiz yapmaları ve düzenli bir seks yaşamı önerilmektedir.

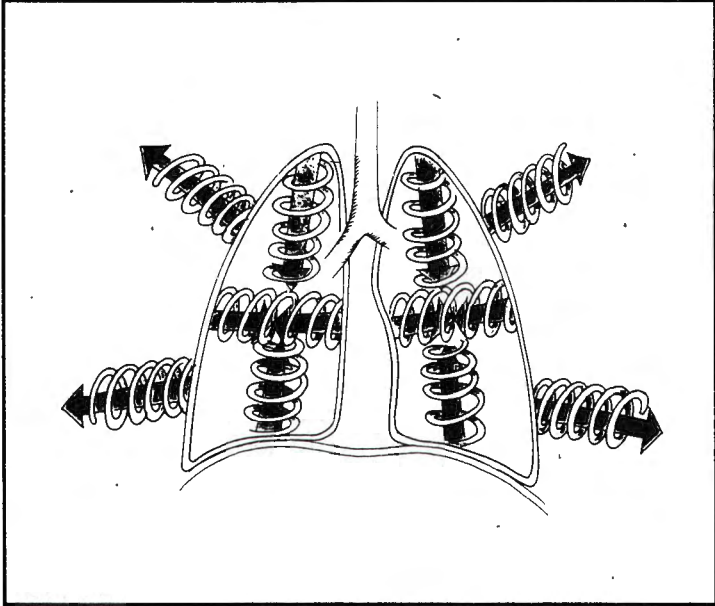
BRONŞ ASTMASININ ALLERJİ İLE İLGİSİ

Astma bronş sisteminin kronik (süregelen) inflamatuvar (mikrobik olmayan iltihabi karakterli) bir hastalığıdır. İnflamasyonun oluşmasında kemik iliği tarafından yapılan ve kan yoluyla bronş sistemine geçen bir çok hücre rol oynar. Solunum yollarının belirli uyarıların tesiriyle geçici olarak daralması sonucunda nefes darlığı, hırıltılı solunum ve öksürük ortaya çıkmaktadır. Hastalığın tüm dünyada artış gösterdiği kabul edilmektedir.

Solunum yolları çaplarının kontrolünde sinirsel, hücrel ve bu hücrelerden kaynaklanan çok sayıda kimyasal faktörlerin rolü bulunur. Bronşların genişlemesi veya daralması bazı sinir uçlarının uyarılmasıyla olabildiği gibi burada biriken hücrelerin salgıladığı biyolojik maddeler de hava yolunda tıkanmaya varan değişiklikler yapabilmektedir. Vücudun duyarlı olduğu herhangi bir etken veya allerjen ile karşılaşmadan hemen sonra ortaya çıkan tabloya (öksürük, nefes darlığı, hırıltılı solunum, göğüs ardında ağrı, baskı hissi vs) **erken reaksiyon** denmektedir. Bu olayın hemen ardından bazı iltihabi hücrelerin duvarında yer alan fosfolipid yapıdaki bileşimden yeni kimyasal maddeler sentezlenir ve bunlar daha sonra saatler sürececek olan **geç reaksiyona** zemin hazırlarlar.

Astmalıların çocukluk yaşlarında % 40-50'si ve eriş-

kin yaşlarda ise yaklaşık % 30-35'i allerjik bünyelidir. Allerji, ilerleyen yaşla birlikte önemini kaybetmektedir. Eğer astma 40 yaşından sonra başlamışsa kuvvetle muhtemel allerjik zemini bulunamaz. Gerek astma ve gerekse allerji ayrı ayrı ailesel özellik taşır, genellikle hastaların ailelerinde allerjik veya astmalı akrabaların bulunması beklenen bir durumdur. Allerjik olsun veya olmasın astmalı hastaların ortalama yarısının burun (polip, sürekli nezle, burun tıkanıklığı), boğaz (farenjit) ve sinüs (sinüzit) problemleri vardır. Yani bu kişilerin burun-sinüs-boğaz ve akciğer organlarında genel bir duyarlılık hakimdir.



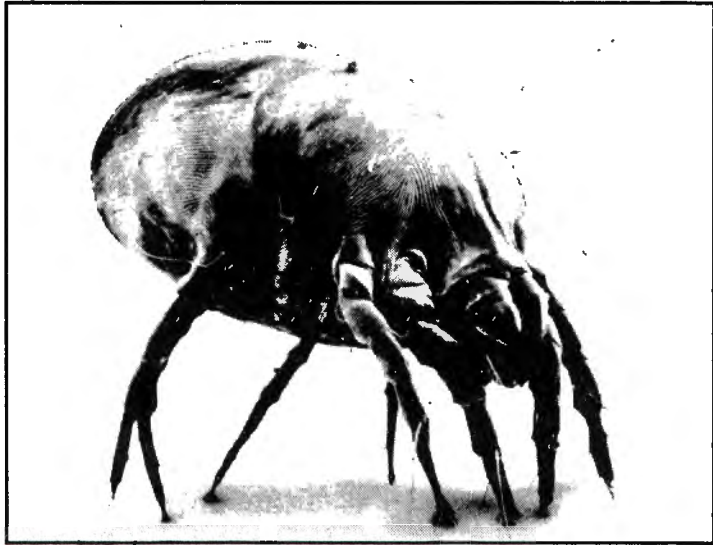
Astmahlarda en sık rastlanan allerji; ev tozu böcekçiklerine, bitki polenlerine, kedi-köpek gibi kürklü ev

hayvanlarına ve küf mantarlarına karşıdır. Gıdalara karşı allerjik olma hali çocukluk yaş grubunda yaygın olmasına karşın, erişkinler için büyük boyutta bir sorun değildir. Hem erişkinler hem de çocuklar için bir diğer önemli grup da, kimyasal maddeler, gıda katkı maddeleri ve boyalardır. Bu kimyasal maddelere karşı gerçek anlamda bir allerji oluşmaz, vücutta bunlara karşı oluşmuş antikorlar tesbit edilemez, yani olay gerçek bir allerji değil bir **aşırı duyarlılık veya intolerans** halidir. Bir diğer önemli allerji de; ilaç allerjisidir. Astmalı hastaların %4 ile 28'inde ağrı kesici ve antiromatizmal ilaçlara karşı çeşitli allerjik reaksiyonlar görülür. Bu reaksiyonlar da yukarıda bahsedilen aşırı duyarlılık hali ile izah edilmektedir. Özellikle aspirin türü ağrı kesici ilaçlara karşı duyarlı olan astmalılarda, burun polipi (burunda et oluşması) çok sık görülmektedir. Bu tablonun özel ismi **Samter sendromu**dur. Ender olarak görülen arı sokmasına bağlı allerjik tablo esnasında da astma krizi ortaya çıkabilir.

EV TOZU AKARLARI

Allerjik bünyeli astmalıların en çok etkilendikleri allerjenler **ev tozu böcekçikleridir**. Bunlar çıplak gözle görülemeyecek kadar küçük boyda (0.3 mm) aynı hamam böceği veya kalorifer böceği türünde canlılardır. Ev tozu böcekçikleri atopik yapıya sahip olan bronş astmalı hastaların çoğunluğunu etkileyebildiği gibi, sürekli allerjik nezleli ve egzamalı hastaları da etkilemektedir. Ev tozu böcekçiklerinin, diğer önemli allerjen gruplarından; ev hayvanları, küf mantarları, polenler ve gıdalarla kıyaslanacak olursa hepsinden daha yüksek bir oranda duyarlılık oluşturdukları gö-

rülecektir. Ev tozu böcekçikleri ve astma hastalığı arasındaki ilk ilişki 1964'de Voorhorst isimli bir araştırmacı tarafından gösterilmiştir. Bu böcekçiklerin dışkıları bitki polenleri büyüklüğünde olduğundan kolaylıkla oda havası içinde dolaşıp uçabilir ve aynı odanın havasını soluyan allerjik kişinin solunum yollarına girerek astma belirtilerini başlatabilir. Bu böcekçiklerin büyütülmüş görünümü aşağıdaki resimde gösterilmiştir. Ülkemizde allerjik yapısı olan astmalıların yaklaşık 3/4'ü bu böcekçiklere karşı duyarlıdır.



Ev tozu akarı (mite)

Danimarka'dan bildirilen bir araştırmada 1 gram ev tozunda 100 adetten fazla mite olmasının astma için önemli risk faktörü olduğu belirtilmiştir. Yayınlanan bazı diğer araştırmalarda da aynı miktar ev tozundaki mite miktarının risk oluşturabilme eşiği 500'e kadar

yükseltilmiştir. Yani bir başka deyişle araştırmalar, ev içi ortamda ne kadar yüksek sayıda mite olursa duyarlılığın da o denli yüksek oranda olacağını göstermektedir. İlkel kabile yaşantısı süren Papua Yeni Gine halkı basit toprak zeminli, yaprak damlı orman kulübelerinden modern yaşama geçtikçe astma oranı artmış ve astma'nın görülme sıklığı %0.15'ten %7.3'e çıkmıştır. Yapılan araştırmalar bunların yeni kullanmaya başladığı battaniyelerin her bir gram tozunda ortalama 1300 mite bulunduğunu göstermiştir ve astmadaki bu artış mite sayısı ile doğru orantılıdır. Buna benzer bir başka olay yine dünyanın aynı bölgesinde olan Tokelau adası sakinlerinin başına gelmiş, bir fırtına sonucu adalarından ayrılan ve modern evlere iskan edilen yerlilerde astma oranı çok artmış ve bu olay yine mite maruziyeti ile açıklanmaya çalışılmıştır. Amerika'dan yayınlanan bir başka araştırmada ise mite, kedi ve hamamböceğine allerjik olmanın, astmalılar için sık acil servis ziyareti açısından risk teşkil ettiği gösterilmiştir. Ev tozu mite'ları deniz seviyesinden yükseldikçe ortamda sayısal olarak azalmakta ve dolaşısıyla oluşturdukları duyarlılık da buna paralel olarak düşmektedir.

Pyroglyphidae mite ailesinin 47 türü bulunmakta olup bunların içlerinde tüm dünyada en sık rastlanılanları Dermatophagoides, Hirstia, Euroglyphus, Malayoglyphus, Pyroglyphus ve Sturnophagoides'tir. Ev tozunda bulunan Dermatophagoides grubu mite'ların başlıca besin kaynağını insan cildinden dökülen kepekler oluşturur. Erişkin bir kişiden günde ortalama 1-1.5 gram kepek dökülür ki bu miktar aşağı yukarı bir milyon adet mite'in bir günlük besin ihtiyacı demektir. Mite'lar ayrıca iplik parçacıkları, tüyler vs gibi

ev tozunda bulunabilen diğ er maddeleri de yiyebilirler. Mite'lar büt ün tekstil yüzeyli eş yalarda bulunabilmekle birlikte en çok yatak, halı, koltuklar, yastık ve tüylü çocuk oyuncaklarını severler. Ev tozu böcekçiklerinin geresinim duydukları ikinci önemli madde su olup, bunu da rutubetli ortamda kolaylıkla havadan sağlarlar. Rutubetli bölgelerde (ırmak, deniz kenarları), sıcak iklimlerde ve belli mevsimlerde (yaz sonları ve sonbaharlar) kolaylıkla çoğ alabilirler. Ev içerisindeki rutubetin en önemli kaynağı insanlardır. Bir insan bir gece-
deki ortalama 7 saatlik uykusu esnasında solunum yolu ile oda içerisine yarım litre su atar. Bu nedenle bu böcekçikler gerek insan vücut döküntülerinin ve gerekse rutubet miktarının en fazla olduğu yatak odası ve oturma odalarında en çok bulunurlar. Mite'ların çoğ alma ve gelişimleri havadaki nem miktarı ve sıcaklık ile yakından ilişkilidir. İdeal yaşama ve çoğ alma durumu; karanlıkta, % 70-80 oranında nem ve 10-37°C'de olmaktadır. Ortamdaki nem oranının %90'ın üzerine çıkması veya %33'ün altına inmesi bu canlılar için çok zararlıdır. Bu bakımdan rakım deniz seviyesinden yükseldikçe havadaki nem miktarı azalacağından, mite'ların da yaşama şansı azalmaktadır. 1500 metrenin üzerinde pratikman mite'ların önemli bir allerjen olarak kabul edilmediği bildirilmiştir. Ortamdaki mite sayısının mite allerjik çocuklar üzerine etkisi 1988 yılında Warner tarafından gösterilmiştir. Bu araştırmada 26 astmalı ve mite allerjik çocuk yüksek rakımdaki (2000 metre civarında) İtalyan Alp'lerinde bir okula gönderilmişler ve hepsinde klinik düzelme ile birlikte kanda mite'a özgü antikor düzeylerinde düşme ve bronş aşırı duyarlılığında azalma saptanmıştır. Ancak çocuklar bu okul sonrası tekrar evlerine döndükten 3 ay sonra durumları yine eskisi gibi olmuştur.

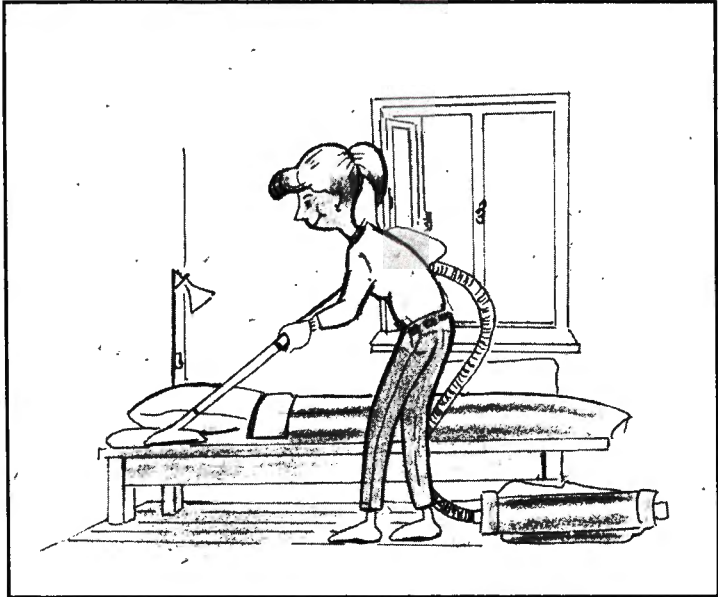
Tablo III. Mite Allerjisi Olanlara Öneriler.

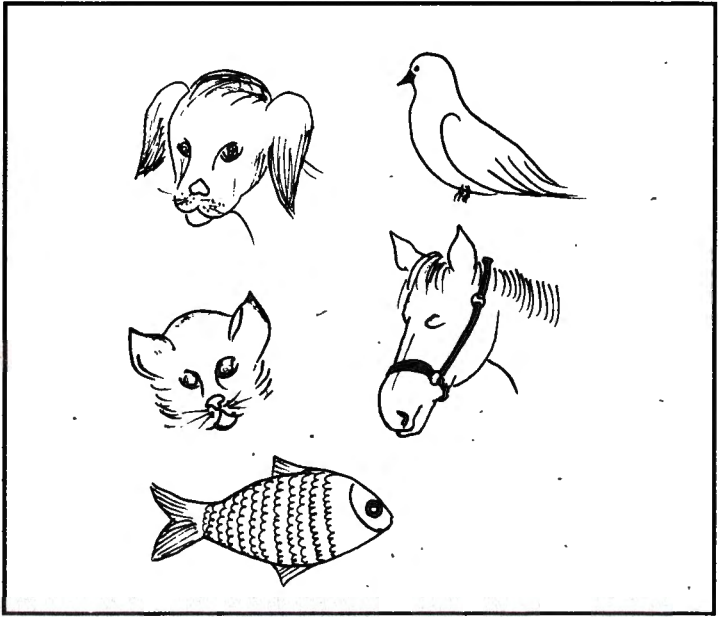
EV İÇİN GENEL ÖNLEMLER

- * Elektrik süpürgesi ile temizlik. Bu esnada hasta mümkünse ev dışında olmalıdır.
- * Halılar kaldırılmalı ya da en azından duvardan duvara halı kesinlikle olmamalıdır.
- * Genel olarak evdeki tekstil yüzeyler azaltılmalı. Yani koltuk, kanepe vs üzeri sentetik yapıda olmalı, yeni alınacak koltuklar mümkünse deri/vinylex kaplama ya da mümkün olduğunca az kumaşlı olarak seçilmelidir.
- * Ev hayvanı beslenmemeli. Çünkü bunlar kedi-köpek gibi hayvanların tüyleri arasında da yaşayabilirler.
- * Eviçi sıcaklığı 22°C'de ve relatif humidite yani nem oranı %50'nin altında tutulmalıdır.
- * Mite allerjilerini azaltmak için %3'lük tannik asit veya mite miktarını azaltmak için akarisitler kullanılabilir.

YATAK ODASI İÇİN ÖNLEMLER

- * Halı, keçe, paspas, perde, battaniye ve tüylü oyuncaklar odada mümkün olduğunca azaltılmalı, kaldırılabilenler kaldırılmalı.
- * Sentetik yastık ve yatak malzemesi kullanılmalıdır. Bunları 7-10 günde bir >55°C'nin üzerinde sıcaklıkta yıkanmalıdır.





Mite'lar özellikle yaz ve sonbaharda sıcak ve nemli hava ile birlikte çoğalırlar. Allerji, esas olarak bunların dışkılarına karşı oluştuğundan, daha sonra mite'lar ölse bile bırakmış oldukları dışkıların bir yıl boyunca ortamda varolmaları, allerjik belirtilerin yıl boyu sürmesine neden olur. Bir adet mite 2 ile 4 aylık yaşamı süresince kendi ağırlığının yaklaşık 200 katı kadar dışkı üretmektedir. Başlangıçta özel bir salgı ile birbirine yapışık olan dışkı parçacıkları zamanla çok daha küçük parçacıklara ayrışarak evdeki tozlara karışır. Mite'ların büyük çoğunluğu kışın gelmesi ve havadaki nem miktarının azalmasıyla birlikte ölürlür. Kalorifer ve sobaların kullanıldığı bu dönemlerde oluşan kuru hava ile birlikte küçük tanecikler halinde olan dışkı parçacıkları daha da ufalanarak toz haline gelirler. Bu toz parçacıkları etraflarında bulunan halı ve koltukla-

rın yüzeylerine yapışıp kalmakta ve buradan da kolayca sürekli olarak havaya savrulabilmektedir. Havaya savrulma özellikle halı üzerinde yürüme, koltuklara oturup kalkma, yatakların düzeltilmesi ve çırpılması ve odaların havalandırılması esnasında olmaktadır.

Evlerde bulunan bir diğer mite grubu da "depo veya silo mite'ları" ismiyle anılmaktadır (Glycophagus, Tyrophagus ve Acarus cinsleri). Bunlar esas olarak tahıl kırıntıları yiyerek yaşamlarını sürdürmektedir. Son 10 yılda yapıyan birçok araştırma bunların da önemli bir allerji etkeni olduğunu göstermiştir. Avrupa'nın kırsal bölgelerindeki evlerde ve tropikal bölgelerde sıkça rastlanmaktadır. Aynı ev tozu böcekçikleri gibi allerjik reaksiyonlara sebep olurlar.

Mite'lara karşı allerjik kişilerin tedavisinde ilk adım; ev ortamındaki mite'ları olabildiğince azaltmak veya mümkünse ortadan kaldırmaktır. Bu, işin ciddi olarak ele alınmasına bağlıdır. Hastaların uyacağı öneriler Tablo III'de gösterilmiştir.

Mite allerjisinin spesifik tedavisi olarak lanse edilen immünoterapinin yeri hala tartışmalıdır. Bu tedavi yönteminin tartışılmasının nedeni; henüz mite'ların tüm allerjenleri için standardizasyonun olmaması, tedavinin süre, dozu ve biçimi hakkında kesin bilgilerin bulunmamasıdır. Bütün bunlara rağmen bazı merkezlerden yılboyu süren allerjik rinitle hastalarda bazı olumlu sonuçlar bildirilmiştir. İmmünoterapinin bugün için astma ve atopik dermatit'de bilimsel araştırma dışında yeri yoktur.

EV HAYVANLARI ALLERJİSİ

Ülkemizde Avrupa ve Amerika'daki kadar sık görülmemektedir. Örnek olarak ABD'de her 5 evden ikisin-

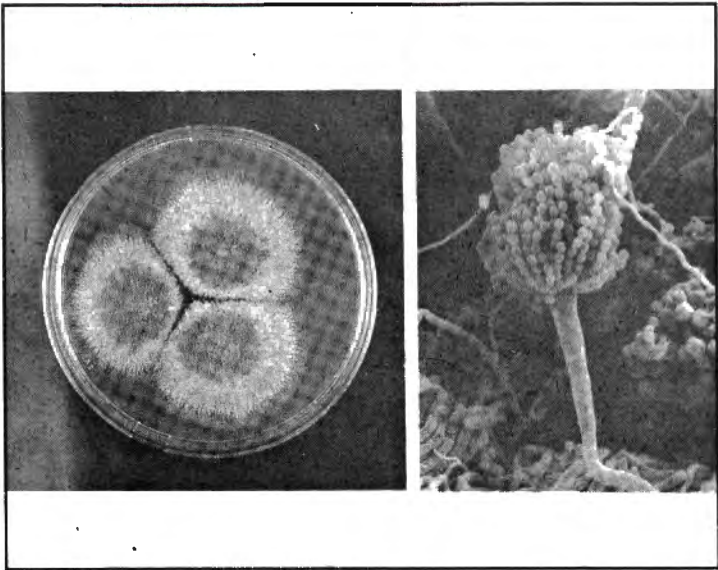
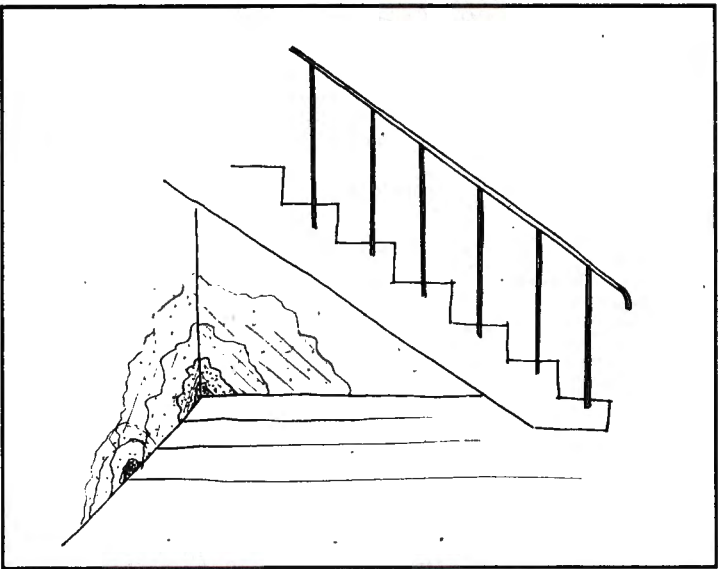
de köpek, üç evden birinde ise kedi beslenmesine karşın, ülkemizde daha düşük oranlarda (10-12 evden birinde) ev hayvanı beslendiği bilinmektedir. Kedi, köpek, kuş gibi ev hayvanlarına karşı tesbit edilen allerji durumlarında da çözüm hayvanın evden uzaklaştırılmasıdır. Veterinerlik, araştırma laboratuvarlarında çalışma ve hayvanın evden ayrıldığında hastanın psikolojik problemlerinin ortaya çıkması gibi durumlarda belki immünoterapi denenebilir.

KÜF MANTARI ALLERJİSİ

Eğer kişide **küf mantarı allerjisi** varsa yaşadığı ortam iyice kontrol edilmelidir. Tavan arası, merdiven altı, pencere kenarları, duvar kağıdı altları, banyo-tuvalet-mutfak civarı, rutubetli duvarlar, musluk altları, akvaryum etrafı bu mantarların en sık bulunduğu yerler olup, özellikle küf mantarları açısından kontrol edilmeli ve bulunursa ortadan kaldırılmalıdır. Genelde küf mantarlarına karşı yapılan aşı tedavisinin belirgin bir etkinliği ispatlanamamıştır. Başta da söylendiği üzere en etkili tedavi, kişinin duyarlı olduğu allerjenin ortamdaki uzaklaştırılmasıdır.

POLENLER

Polenlerin insanları hasta yaptığının farkedilmesi aşağı yukarı 175 yıllık bir konu olup, o yıllarda tıpta çok ender rastlanan bir hastalık olarak düşünölmüş-tü. Ancak zaman içerisinde değişen çevre koşulları, kirlilik, dünyanın giderek ısınması, sigara içiminin yaygınlaşması gibi nedenlerle polenlere bağlı oluşan allerjik nezle ve astmanın da giderek daha sık görülür bir hale geldiği kabul edilmektedir. 1950 yıllarından önce Japonya'da yapılan araştırmalarda bu tür allerjik



Küf mantarının özel kültürde üremesi ve elektron mikroskopik resmi.

hastalıklara çok ender rastlanırken, günümüzde her 10 kişiden birinde polene bağlı allerjik nezle veya astma görülmektedir. Araştırmacılar Japonya'da 1953'te 14.000 olan motorlu araç sayısının 1983'te 5 milyon'a çıktığına dikkati çekerek, çevre kirliliği ile birlikte bu tür hastalıkların birlikte olabileceğini göstermişlerdir.

Allerjik nezlesi olanların hemen hemen yarısı polen sezonunda sadece burun problemi değil, nefes ile ilgili bazı problemler de yaşamaktadır. Yapılan bilimsel araştırmalar bu kişilerin bronş sisteminde çeşitli uyarılara karşı (soğuk, sıcak, efor, kuvvetli kokular, sigara vs) kuvvetli bir hiperreaktivite olduğunu ortaya koymuştur. Yani kişide bu dönem içerisinde bir tür astma hastalığı kendini göstermektedir (**Polen astması**). Tedavi ilk planda mutlaka ilaçlarla başlamalı, burun ve ağızdan kullanılacak sprey biçimi ilaçlarla allerjik kökenli iltihabi reaksiyon ortadan kaldırılmalıdır. Hastalık çok büyük bir oranda ilaç tedavisiyle kontrol altına alınır.

İMMÜNOTERAPİ (AŞI TEDAVİSİ)

Astma tedavisinde immünoterapinin yeri halen tartışmalıdır. Bugün tüm dünyadaki kabul edilen tedavi biçimi; hastanın hastalığı hakkında eğitilmesi, eğer kişi allerjik ise yaşadığı ortamdan duyarlı olduğu allerjenlerin uzaklaştırılması ve ilaç tedavisidir. Halk arasında aşı tedavisi olarak da bilinen bu tedavide; hastaya duyarlı olduğu tesbit edilen polen, ev tozu akarları, hayvan veya küf mantarı gibi antijenler gittikçe artan miktarlarda zerk edilerek kişinin teorik olarak bunlara karşı duyarsızlaşması sağlanır. Ancak pratik hiçbir zaman teorik ile aynı anlamı taşımamakta ve immünoterapi artık dünyanın bir çok yerinde eski popülerliğini

yitirmektedir. İmmünoterapinin kullanımından düşmesinin nedenleri;

1. Bugün artık elimizde astma veya allerjik nezleyi tedavi edecek çok etkili ve güvenilir ilaçların olması.

2. Ender olmakla birlikte aşı tedavisi esnasında ölüme kadar varabilen tehlikeli allerjik reaksiyonlar görülebilir. Sağlık istatistiklerinin çok güvenilir olduğu Amerika ve İngiltere'de bu türden bir çok ölüm vakası bildirilmiştir. Astmalıların bir kısmı astma krizine de girebilir. Bilindiği kadarıyla ülkemizden henüz aşı yapılmasına bağlı ölüm veya ciddi allerjik reaksiyonlar rapor edilmemiştir. Halbuki aşı dozu yükseltilmesi esnasında görülebilecek bazı allerjik reaksiyonların, aşının bu kadar çok kullanıldığı bir ülkede görülmesi lazımdır. Bu durum muhtemelen aşı esnasındaki doz yükseltmelerinin, olması gereken biçimde uygulanmadığını düşündürmektedir.

3. Hastaların büyük çoğunluğu polen, ev tozu akarları gibi allerjik etkenlerin yanısıra diğer bir çok etkenden de (egzersiz, soğuk, kimyasal maddeler vs) etkilenirler. Yani olayda sadece allerji rol oynamamaktadır.

4. İmmünoterapi uzun zaman alan, pahalı ve eziyetli bir tedavi yöntemidir. Süresi kesin belli olmamak üzere dört-beş yıl civarında bir dönem; birinci yıl her hafta, ikinci yıl ayda üç hafta, üçüncü yıl ayda iki hafta gibi tekrarlanan sürelerde aşı zerkleri gerekmektedir. Bu aşı uygulamasının hem Avrupa hem de Amerika'da sadece Allerji uzmanının kliniğinde ve her türlü olası yan etkiye karşı önlem alınarak yapılması önerilmektedir. Halbuki ülkemiz şartlarında bu aşıların özellikle büyük şehirlerin dışında nasıl yapıldığı

büyük bir soru işaretidir. Ayrıca aşı olan hastaların tamamına yakını ilaç kullanmaya da devam etmektedir. Aşının yılboyu, allerji mevsimi öncesi, ağızdan, burundan veya çeşitli değişik protokollerde verilmesi konusu da tartışmalıdır. Yakın zamandaki bazı araştırmalar moleküler biyolojideki ilerlemelere paralel olarak uzak olmayan bir gelecekte "peptid aşuların" belki daha yararlı olabileceğini telkin ettirmektedir.

5. İmmünoterapide kullanılan antijenlerin sadece birkaç tanesi dışında hiçbirinin standardizasyonu sağlanmamıştır. Bu konudaki araştırmalar henüz devam aşamasındadır. Eğer kullanılacaksa, mutlaka ne olduğu belirsiz şişelerde değil, **ticari olarak satılan preparatlar** olarak kullanılmalıdır. Ne yazık ki ülkemizde hastaların elinde dolaşan aşı mahlüllerinin çoğu "standardize olmayan sıvılardır". Bakteri aşularının kesinlikle tıbbi tedavide yeri yoktur. Elde hazırlanan ve standardize olmayan yani açıkçası kontrolsüz aşuların bir kısmına aşırı düzeyde kortizon konulduğu zannedilmektedir. Bu durum hastalar tarafından da bilinmekte ve bazen bizlere gelen bir hasta "Ben allerji aşısı olmak istiyorum ama lütfen kortizonsuz aşı olsun, onların yan etkileri varmış" diyerek, bizleri mesleki açıdan utandırmaktadır.

6. Hastanın sadece deri testleri veya kan testlerine bakarak aşı kararı vermek artık günümüz koşullarında geçerliliğini yitirmiştir. Normal, hiçbir yakınması olmayan kişilerin de yaklaşık üçte birinin deri veya kan testlerinde herhangi bir allerjene karşı antikolar tesbit edilebilmekte ancak bu durum herhangi bir anlam taşımamaktadır. Yani deri testi kedi antijenine karşı olumlu yanıt verdiği halde kişinin kedi ile temas esna-

sında hiç bir yakınması olmuyorsa, bu testin pratikte bir anlamı yoktur. Her ne kadar bazı az sayıda araştırmacılar bu kişileri "şüpheli" olarak kabul ederlerse de çoğunluk bu düşünceyi kabul etmemektedir.

7. Aşığı önerenler, "tek bir allergene" duyarlı kişilere yapılmasının yararlı sonuç verebileceğini söylemektedir. Halbuki günlük pratikte tüm allerjik hastaların belki ancak %5'inden azı tek bir allergene duyarlıdır. Duyarlılık genellikle birden fazla sayıda allergene aynı anda olmaktadır.

Aşı tedavisi günümüz ülkemiz koşullarında kanaatimce istismar düzeyinde kullanılmakta ve bu durum sadece benim gibi aşı tedavisine temkinli bakanları değil aşığı akademik düzeyde inanarak uygulayan bir çok meslekdaşımı da rahatsız etmektedir.

İmmünoterapi, belki hastanın duyarlı olduğu allerjenler ortamdan uzaklaştırılmıyorsa ve ilaç tedavisine yeterli yanıt alınamıyorsa (?), hasta çocuk veya gençse, hastanın astması çok hafifse, hastanın sadece bilinen tek **bir allergene** karşı duyarlılığı varsa ve elbette hasta böyle bir tedavi yöntemini isteyerek ve **yazılı onay vererek** kabul ediyorsa denenebilir. Hiç bir zaman %100 etki beklenmemeli ve ilaç tedavisine de devam edilmelidir. Özellikle ülkemizde çok sık kullanıldığı üzere Lokman Hekim ilacı misali, bir sürü allerjenin karıştırılarak kullanılmasının tedavide bilinen bir rolü yoktur. Ben şahsen astma veya rinit tedavisinde, bugünkü koşullarda immünoterapinin önemli bir yeri olduğunu düşünmüyorum ve hastalarımı önermiyorum. İmmünoterapi sadece arı allerjisinin tedavisinde kullanılabilir.

Sait beyin hikayesi

Sait bey 32 yaşında Kırıkkale'de öğretmenlik yapan, sigara içmeyen Giresun'lu bir hastamızdır. Üç yıl önce zeka özürli bir çocuğu doğmuş ve iki yıl yaşadıktan sonra vefat etmiştir. Doğma büyüme Giresun'lu olan Sait bey askerliğini güneydoğu'da yapıp baba ocağına döndükten sonra yaz kış devam eden yani sürekli bir nezle ve astması başlamıştır. Öğretmenliğe Erzurum'da başlayan Sait beyin daha sonra tayini Van'a ve nihayet halen oturduğu Kırıkkale'ye çıkmıştır. İlginç olarak Sait bey'in Giresun dışında hiçbir yerde yakınması olmamaktadır. Ama tatil veya bayram için Giresun'a gittiğinin ertesi günü nezle ve astması hemen başlamakta ve Sait bey bu nedenle ailesinin yanına gitmek istememektedir. Halbuki Sait bey'in ailesinin Giresun'da çok güzel bir evi vardır ve aile oğullarını yanlarına istemektedir. Sait bey de ailesini çok sevmekte ancak oraya gittiğinde hastalanmakta ve acil servislere taşınmaktadır. Bu nedenle İstanbul'da başvurduğu bir doktor kendisinde "çiçek tozu, küf mantarı, rutubet, sigara dumanı, ev tozu, yün ve bazı mikroplara karşı allerji" olduğunu söyleyerek 3 yıl aşı tedavisi yapmış ancak en ufak bir düzelme olmamıştır. Sait bey'in aşığı yaptırmak için Erzurum'da Van'da çektiği cefalar da yanına kar kalmıştır. Acaba Sait beyin arkadaşlarının kendisi ile dalga geçtiği gibi "ailesine karşı mı allerjisi" vardır?

Allerji testleri hastada sadece "ev tozu akarlarına" karşı orta derecede bir allerji olduğunu gösterdi. Giresun hem deniz seviyesi hem de çok rutubetli bir yer olduğundan burada akarlar çok

yoğun olarak bulunmaktadır. Buna karşın hem yüksek rakım hem de nisbeten kuru bir iklimi olan güneydoğu, Erzurum, Van ve Kırıkkale'de akarlar teorik olarak daha az miktarda bulunmaktadır. Böylelikle kendisini etkileyebilecek bir düzeye erişemeyen akar allerjisi nedeniyle Sait bey Giresun dışında kendini iyi hissetmektedir.

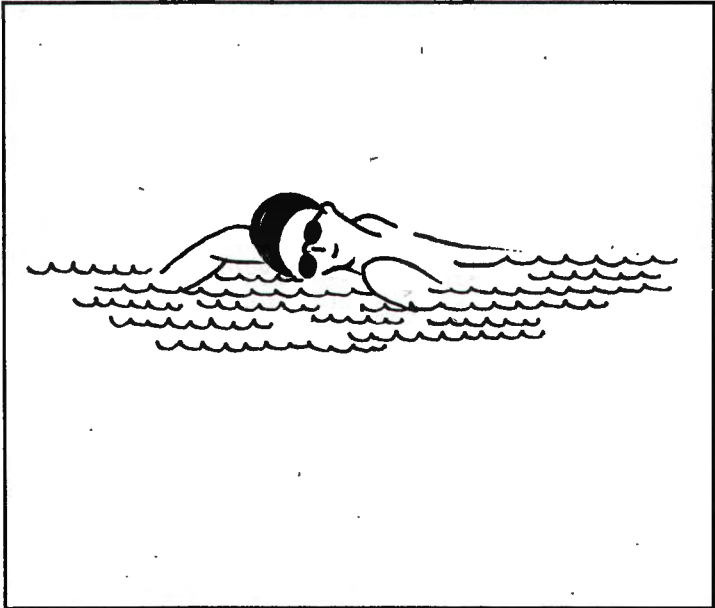
Sait bey'in daha önce denediği ve ağzının yandığı aşı tedavisini kesinlikle bir daha denemeye niyeti yoktu. Kendisine ve ailesine akarlarla mücadele yöntemleri anlatıldı (bakınız Tablo III). Sait bey'e Giresun'a gitmeden önce başlayıp, orada kaldığı sürece kullanacağı koruyucu bir ilaç tedavisi verildi. Daha sonra kontrole gelen hasta, sömestr tatilinde 10 günlüküne memleketine gittiğini ve hiç bir problemi olmadığını söyledi. Hasta halen Kırıkkale'de çalışmaktadır.

ASTMA, ALLERJİ VE SPOR

Egzersiz sonucu gelişen bronş sistemindeki yaygın spazm (bronkospazm) ve buna bağlı nefesdarlığı, astmalılar için çok karakteristik bir bulgudur. Böyle bir durumun ortaya çıkmasının bir sporcu için ne anlama geldiği elbetteki çok açıktır; spor hayatının sona ermesi. Tabii bu eski dönemlerde böyleydi, günümüzde ilerleyen tıp imkanları sayesinde artık astmalı sporcular da her türlü yarışmaya katılabilmektedir. Sporcunun hastalığı hakkında herşeyi, ilaçlarının özelliklerini, yan etkilerini, hangi ilaçların doping sayılabileceği bilmesi gerekmektedir. 1970'li yılların altın yüzücüsü Mark Spitz astmalı olmasına rağmen, o zamana kadar bir yüzücünün alabileceği en fazla altın madalyayı bir olimpiyat boyunca toplamıştı. Buna karşın XXI. Münih Olimpiyatlarında altın madalya kazanan bir başka

genç yüzücünün madalyası ise astma için kullanılan ancak doping sayılan bir ilacı kullandığı anlaşıldığından geri alınmıştır (Ephedrin sülfat). Bu gibi durumlarda sporcunun her hangi bir şekilde itirazı kabul edilmemektedir.

Egzersiz sonucu oluşan bronkospazm, egzersizden 3-8 dakika sonra gelişmektedir. Astması olan atletlerin %90'ında, allerjik bünyeli ve saman nezlesi türünden allerjik hastalıkları olan sporcuların ise %35-40'ında görülür. Yapılan araştırmalarla yüksek performanslı atletlerin genelde %2.8 ila 14'ünde bu bozukluğun olduğu bulunmuştur. Amerikan 1984 kış olimpiyatları takımının 126 sporcusundan 8'inde, yaz olimpiyatları takımının 597 sporcusundan 67'sinde ve Seul'daki XXIV. Olimpiyatlardaki 611 sporcudan 52'sinde egzersize bağlı bronkospazm tesbit edilmiştir. Ancak bu



sporcular tamamen sağlam olanlara kıyasla daha fazla oranda madalya toplamıştır. Örneğin yaz olimpiyat takımının %11'i astmalı iken, bunlar tüm madalyaların %13'ünü almıştır.

Egzersiz sonucu neden böyle bir durumun ortaya çıktığı araştırıldığında; efor esnasındaki derin nefes alıp vermenin bronş sisteminden ısı ve su kaybına yol ağtığı ve bunun da bronş sistemindeki damar yapısını olumsuz olarak etkilediği görölmüştür. Gerçekten de sporculara suya doymuş havanın solutulmasıyla, bu durumun kontrol altına alınabileceği gösterilmiştir. Kuru ve soğuk havada bronkospazm artmaktadır. Bu durumun spor çevrelerinde herkezce bilinen bir özelliği de tekrarlanan egzersiz periodlarıyla, havayollarındaki spazmın şiddetinin azalabilmesidir. Yani bilinen klasik ısınma antremanları.

Teşhiste kişinin hikayesi ve yapılan çeşitli efor / egzersiz testleri önemlidir. Ancak özellikle çocuk ve genç sporcular bu durumu pek kabullenmemekte ve inkar etmektedirler. Bu nedenle bir çok ölkede sporcular seçilirken bu durumları özellikle sorgulanmaktadır. Bizde de zaman zaman bazı futbol yıldızlarında bu durum görölmekte ancak her nedense bir sır gibi saklanmaktadır. Sporcunun tüberküloz olduğu şeklindeki bir açıklama, astmalı olmasına tercih edilmektedir. Halbuki Eurosport'ta seyrettiğimiz bazı tenisçiler veya ölkemizdeki bazı basket takımlarındaki zenci oyuncuların astma spreylерini ne kadar rahat ve gizlemeye gerek görmeden kullandıklarını da hep beraber izliyoruz.

Astması olan sporcular genellikle **sprey** tipi ilaçları doping sayılmadan kullanmakta, Kromolin, kortikosteroidli ve beta mimetik türü ilaçları egzersiz öncesi

dönemde rahatlıkla alabilmektedir. Ancak beta mime- tik türünde nefes açısı ilaçların tablet ve şurup biçim- leri uluslararası yarışmalarda kabul edilmemekte do- ping işlemi görmektedir. Bu sporcuların bilinçli bir biçimde ısınmaları, 2-3 saat süren **korunma** yaratabil- mektedir. Aslında bu tür kişilerin en başarılı olacakla- rı sporlar, su içinde yani nemli ortamda yapılanlardır (yüzme, su topu vs).

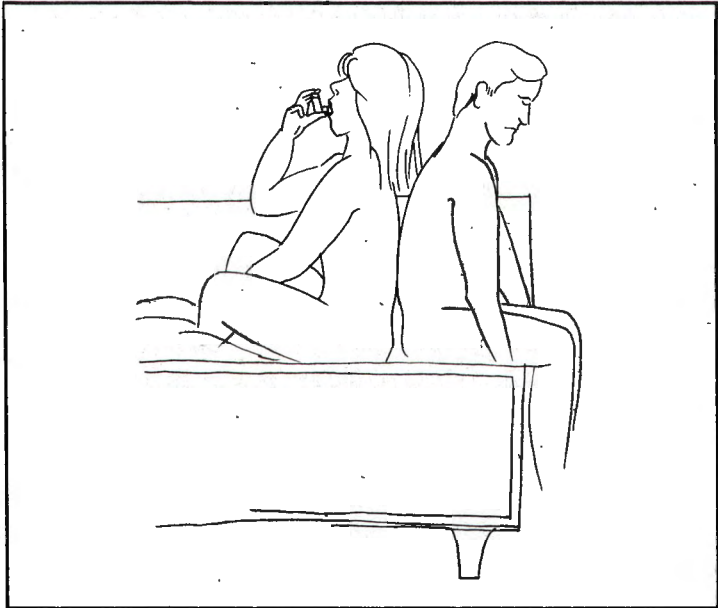
Bazı ender allerji hastalıkları sporcuları istenmeyen zamanlarda durdurabilir. Bunlardan önemli bir grup da; egzersiz sonucu ortaya çıkan ani kaşıntı ve şişlik atakları (kurdeşen= **ürtiker**) ile egzersiz sonucu ortaya çıkan allerjik şok'tur (**anafilaksi**). Bu tür allerjik atak- lar genellikle kabuklu deniz yiyecekleri, kereviz veya karpuz tipi yiyeceklerin yenmesinden sonra yapılan egzersizlerde ortaya çıkmaktadır. Tedavide, yapılan al- lergi testleriyle duyarlı olduğu bulunan gıdaların spor- cunun dietinden çıkarılması ve tok karnına efordan kaçınılması yeterlidir.

ALLERJİK OLANLAR VE ASTMALILARDA SEKSÜEL SORUNLAR

İnsanı en fazla rahatsız eden bir kaç hastalıktan biri olan **astma** veya diğer adıyla astım, aşağı yukarı her 20 kişiden birinde görülmektedir. Hastalık kişilerin sa- dece genel yaşam kalitesini, iş ve okul durumunu değil gece uykusunu ve cinsel yaşamını da etkilemek- tedir.

Tedavi edilmemiş astmalıların hemen tümünde yü- rüme, koşuşturma, merdiven çıkma gibi bir efor sonu- cu nefes darlığı, hırıltılı solunum veya öksürük ortaya çıkmaktadır. Seksin kendisi de esasen bunlara benzer bir tür egzersiz olarak kabul edilebilir. Bunun sonucu olarak, sağlıklı erişkin kişilerin yaşamlarının normal

bir bölümünü oluşturan bu olay, hasta açısından bir eziyete dönmemektedir. Halbuki düzenli kullanılan bir ilaç tedavisi ile bu problem tamamen ortadan kalkmaktadır. Bazı hastalar ise sadece seks öncesinde ağızdan nefes açıcı bir sprey kullanarak, bu sorunu kolayca ortadan kaldırmaktadır. Kliniğimizde yeni tamamlanan bir araştırmada; Astmalı hanımların %70'inin yeterli tedavi görmemektен dolayı çeşitli boyutlarda seksüel problemleri olduğu anlaşılmıştır. Ayrıca hanım hastaların %65'inde yine yeterli tedavi görmemeye bağlı, özellikle öksürük sonucu istemsiz **idrar kaçırma** sorunu olduğu da görülmüştür. Normal sağlıklı hanımların da yaklaşık dörtte biri ıknma, öksürük, gülme, hapsirik esnasında zaman zaman az miktarda idrar kaçırabilmektedir. Ancak bu problem astmalı hanımlarda çok daha büyük boyuttadır. Kli-



niğimizde yaptığımız araştırmada bütün bu problemlerin modern ve uygun bir tedavi ile ortalama 9 gün içinde düzeldiğini memnuniyetle gördük. İdrar kaçırma ve seksüel problemler daha çok; fazla kilolu, çok düşük ve doğum yapmış ve özellikle yeterli tedavi görmeyen hanımların sorunudur.

Çok ender olmakla birlikte sadece cinsel ilişki esnasında da ortaya çıkan bir astma türü de vardır ve genellikle hanımlarda görülür (Sexercise astma). Ayrıca sadece **allerjik bünyesi olan astmalıların** yine çok az rastlanan bir bölümü kondoma allerjik reaksiyonlar gösterebilir. Bu tür allerjik reaksiyonlar hem erkek hem de kadınlarda görülebilir. Bu reaksiyonlar astma krizinden, lokal kaşıntı ve şişliklere kadar değişebilmektedir. Kocasının spermelerine karşı astma ya da allerjik şok şeklinde reaksiyon veren kadın hastaların olduğu da bilinmektedir.

Astmalı hanımların üçte birinde, adet öncesi dönemde nefes darlığı yakınmalarında belirgin bir artış görülür. Ara dönemlerde önemli bir problemi olmayan buna karşın adet dönemlerinde hastanelerin acil servislerine taşınan bir çok hasta vardır. Bu durum vücuttaki bazı hormonal değişimlerle izah edilmektedir. Vücutta hormonal değişimin en abartılı yaşandığı dönem **hamileliktir**. Bu dönemde astmalı hanımların kabaca üçte biri tamamen düzelir, üçte biri kötüleşir ve kalan üçte birinin durumunda ise eskiye kıyasla bir değişiklik olmaz. Astma ilaçları hamilelik döneminde de, doktor kontrolü altında rahatlıkla kullanılabilir ve etkili bir tedavi ile problem tamamen ortadan kalkmaktadır. Hastalığın bugün için tüm dünyada uygulanan tedavisi; ağızdan alınan sprey biçimi ilaçların bazılarını düzenli, bazılarını ise gerektiğinde kullanma şeklindedir.

Nizamettin beyin öyküsü: ✓

Nizamettin bey doğu illerimizden birinde oturan, mandıra sahibi 54 yaşında, hayatında hiç sigara içmemiş, biri resmi biri imam nikanlı iki eşi ve 7 çocuğu olan bir astma hastasıdır. Astması iki yıldır ortaya çıkmıştır ve Nizamettin bey'i epeyce zorlamaktadır. Aslında ilaçlarını düzenli kullandığında astımı ile ilgili pek problemi olmamasına rağmen Nizamettin bey ilaç kullanmayı sevmemekte veya bunu kendine yedirememektedir. Sanki düzenli ilaç kullanmayı bir zayıflık olarak düşünmektedir. Bu nedenle Nizamettin bey ilaç dışı tedavi yöntemlerine büyük bir ilgi duymaktadır. Kirpi kanı içer, astma mağaralarına gider, aktarlarda satılan çeşitli otlardan hazırlanan ilaçları dener ancak hiç birisinden yarar bulamaz. Kliniğimize başvurduğunda Nizamettin bey'in durumu hiç de iyi sayılmazdı. Kendisine hastalığı hakkında bilgi verildi, tedavinin önemi, ilaçları nasıl kullanacağı öğretildi. Halen kullanmaya devam ettiği alternatif tıp ilaçları bıraktırıldı.

Nizamettin bey iki ay sonra kontrole geldiğinde nefes darlığı ile ilgili hiç bir yakınması kalmamıştı, ilaçlarını düzenli kullanmaktaydı. Ancak bu sefer başka bir sorunu vardı, her iki eşi de kendisinin daha iyi düzelebilmesi için son iki aylık sürede hiç yanına gelmemişlerdi. Yaşlı bir akrabaları bu hastalığın; "kadına fazla düşmekten" olabileceğini söyleyerek, onları uyarmıştı. Ama hastamız bu sefer de "başka sıkıntıların" içine düşmüştü. Sonunda herşey tatlıya bağlandı, hastalığının o yaşlı akrabasının düşündüğü "du-

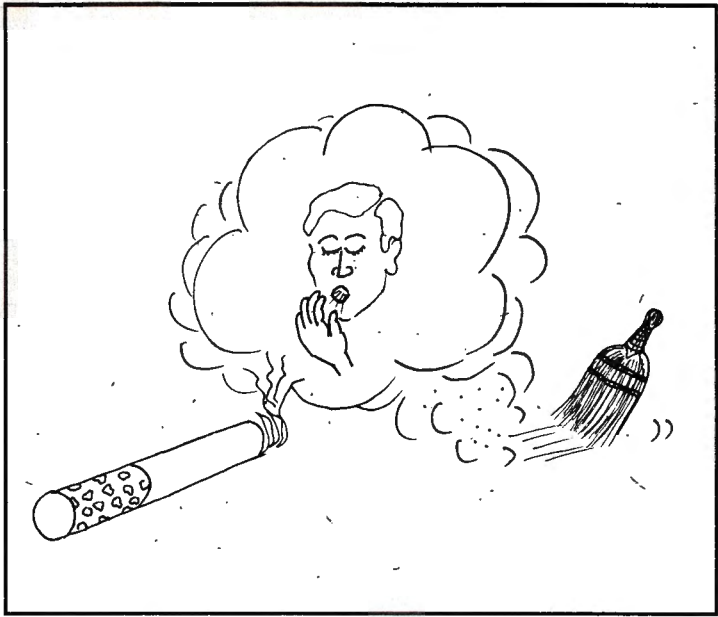
rum" ile ilgisinin olmadığı söylendi, gerçekte de hastamızın annesi ve dayısı astmalı idi ve sadece Nizamettin bey ailesinin mirasını almıştı.

ASTMALILARIN YAKINLARINA ÖNERİLER

Astma hastalığı; akciğerdeki bronş sisteminin aşırı duyarlı bir hale geçmesidir. Hastalığın ortaya çıkabilmesi için irsi bir yatkınlığın yanısıra çevresel olarak bazı maruziyetlerin de olması gerekmektedir. Hastalığın belirtileri olan nefes darlığı, hırıltılı solunum, kuru öksürük ve gece uyanmalarını ortaya çıkaran etkenler genel olarak iki gruba ayrılır.

A) **Genel etkenler:** Bu etkenler allerjik olsun olmasın tüm astmalıları kötüleştirmektedir. Bunlar; **sigara dumanı** (en önemli etkin olup kesinlikle astmalıların yanında içilmemeli), **tozlu ortam, tahriş edici gazlar ve kuvvetli kokular** (saç spreyi, böcek ilacı, badana, boya kokuları, parfüm kokusu, yemek kokusu, ter kokusu, sabahleyin yeni baskıdan çıkan gazete kokusu, cila ve lake kokusu vs), yürümek ve koşmak gibi **efor durumu, soğuk ve sisli havalar veya stressli durumlar**. Ne yazık ki ülkemizde astmalı hanım hastaların eşlerinin yarıdan fazlası ve astmalı erkek hastaların eşlerinin 20'de biri hasta eşlerinin yanında sigara içmekte ve eşlerinin sağlığını tehdit etmektedir.

Ayrıca astmalı hanımların üçte birinin **adet dönemlerinde** yakınmalarının artmaktadır. Gene allerjik olsun olmasın astmalıların bir bölümünde **ağrı kesici ve romatizmal ilaçlara** karşı aşırı duyarlılık vardır. Yani hastalar Aspirin, Novalgine, Baralgine, Voltaren vs gibi bir ilacı aldıklarında astma atağına girebilirler.



B) **Özel etkenler:** Bunlar sadece allerjik ya da extrensek dediğimiz astmalıları etkilemektedir. Bunlar çeşitli **bitki polenleri**, **hayvanların tüy / salya / ter / idrar / dışkıları**, çeşitli **ev tozu böcekçileri**, bazı **gıdalar**, **arı sokması**, **küf mantarları** gibi etkenlerdir.

Ağaç polenleri ilkbaharda bir-iki ay kadar, ot polenleri ise ilkbahardan sonbahara kadar hastaları etkiler. Genellikle bunların allerjik nezleleri de vardır.

En sık allerji yapan hayvanlar **kedi ve köpektir**. Allerji genellikle hayvanı evde besleme gibi yoğun bir temas dönemi sonunda gelişmektedir. Çoğu kişi hayvanların allerji etkeni olabileceğini düşünmemektedir. Halbuki hayvanların tüyleri bir çok allerjen için iyi bir taşıyıcı olup allerjenler dışarıdan iç ortama veya ev içinde oradan buraya bu yolla kolayca taşınmaktadır.

Hayvanların allerjenleri;

- tükürük (kedi, köpek, at vs)
- idrar (kedi, köpek, fare ve diğer laboratuvar hayvanları)
- serum (=hayvan kanının sulu kısmı)
- deri döküntüleri
- dışkı (papağan, güvercin vs).

Sayılan allerjenler en sık partikül olarak solunum yollarına gider ve hastaları etkilerler. Örneğin kediler kendilerini salyalarıyla temizleyen hayvanlardır. Bu temizlik esnasında ağızlarından çıkan salya partikülleri aynı bir sprey gibi oda havasına yayılmakta ve solunabilmektedir. Kedi ve köpeklere allerjik olanlar, bunların bütün cinslerine karşı allerjiktir. Kuşlara karşı direk allerji enderdir. Allerji daha çok hayvanların etraflarındaki, kafeslerindeki mantarlara veya tüyleri arasındaki böcekçiklere karşıdır. Kişi hayvana karşı allerjik ise hayvanla temas anında astma atağına girebileceği gibi ani nezle, kurdeşen tipi kaşınma veya çok seyrek olarak ani ölümcül reaksiyonlar da olabilir. Allerji at, tavşan, fare gibi diğer hayvanlara karşı da gelişebilmektedir. En iyi tedavi hayvanla teması ortadan kaldırmaktır, yani evde hayvan besleniyorsa hayvanı evden uzaklaştırmaktır.

Bir başka etken de ev tozu böcekçikleridir (mite). Bunlar 0.3 mm büyüklüğünde olup gözle görülmezler. İnsanların deri döküntülerini yiyerek yaşarlar. Yani sadece insanların bulunduğu yerlerde bulunurlar. Örneğin Ankara'daki tüm evlerin %86'sında en az bir cins mite bulunmaktadır. Bunlar sadece kendilerine karşı allerjik olan kişileri etkilerler. Allerji esas olarak bu böceğin dışkısına karşı gelişmektedir. Ev tozu böcekçiklerine karşı allerjisi olanlar için öneriler kitabın "**Bronş astma'sının allerji ile ilgisi**" bölümünde ayrıntılı olarak anlatılmıştır.

Bazı duyarlı kişiler eğer bu önlemlerden fazla yararlanmıyorsa veya evde gerekli düzenlemeler gerçekleşmiyorsa, sadece bu kişiler için üretilmiş özel yatak malzemeleri de kullanılabilir. Bu tür malzemeler ülkemizde de bulunmaktadır.

Ev tozu içinde bulunan bir başka böcekçik türü de "silo böcekçigi" denilen türlerdir. bunlar esas olarak tahıl artıklarını yiyerek beslenir. Kalabalık nüfuslu, mutfak dışında yemek yenen, evde sık sık unlu, tahıllı gıdalar tüketilen ve ev içi temizliği layıkıyla yapılmayan evlerde allerji nedeni olabilirler. Genel olarak sosyoekonomik düzeyi düşük konutlarda bulunur. Ayrıca hamamböceği ya da karafatma dediğimiz böcekçikler de önemli bir diğer allerji etkenidir.

Küf mantarları bir diğer önemli allerjen grubudur. Akan bir duvar, pencere kenarı, akvaryum-kuş kafesi etrafı veya duvar kağıdı altı bunların üremesi için uygun ortamlardır. Eğer hastada mantarlara karşı allerji varsa mutlak surette evdeki bu odaklar ortadan kaldırılmalıdır.

Eğer arı sokmasına karşı önceden bilinen bir allerji varsa, kişi mutlaka arı ile karşılaşabileceği ortamdan mümkün olduğunca kaçınmalıdır. Çünkü arı sokması sonucu olan ölümlerin yarısı, solunum sisteminin etkilenmesine bağlıdır. Arı allerjisi ile ilgili öneriler kitabın "**Arı allerjisi**" bölümünde ayrıntılı olarak tartışılmıştır.

Astmalı hanımlar hamile kalabilir. Kabaca bilinmesi gereken hamilelik esnasında astmalıların üçte biri kötüleşir, üçte biri düzelir üçte birinin yakınmaları ise değişmez. Genel olarak önceki hamilelik dönemi iyi geçtiyse, sonraki hamilelik döneminin de iyi geçmesi beklenir. Ancak bu kural değildir.

Önemli bir başka konu da hastaların cinsel yaşantısıdır. Tedavi edilmeyen hastalarda bunun normal olması elbetteki beklenemez. Ancak iyi bir tedavi ile kişiler tamamen normal bir cinsel yaşantıya dönebilir.

Hakan beyin öyküsü:

Hakan bey güney illerimizden birinde oturan 34 yaşında, sigara içen, ava meraklı bir serbest muhasebecidir. 29 yaşında astmalı, severek evlendiği bir eşi ve 4 yaşında bir çocuğu vardır. Hanımı çocukluğundan beri astmalıdır ve Hakan bey eşi ile rahatsızlığını bilerek evlenmiştir. Eşi ne yazık ki bir çok doktora gitmesine rağmen, ne kendisine doğru dürüst bir astma tedavisi verilmiş ve ne de hastalığı hakkında bilgilendirilmiştir. Gündüzleri iyi kötü idare eden hanım, geceleri nefesdarlığı nedeniyle hiç uyuyamamakta, uyursa sık sık uyanmakta ve durmadan öksürmektedir. Bu durum her ikisinin de evlilik ve cinsel hayatını etkilemekte, evde sürekli olarak huzursuz bir havanın esmesine neden olmaktadır. Hakan bey sıkıntıdan evde içtiği sigaraların sayısını giderek arttırmakta, sık sık ava gitmekte ve vurduğu hayvanların postlarını eve getirmektedir. Hanımı da eşinin ve evliliklerini durumu nedeniyle suçluluk hissetmekte ancak elinden bir şey gelmemektedir. Hakan bey eşinden ayrılmayı düşünmeye başlamıştır. **Sonuç:** Kliniğimize başvuran hastaya ve eşine astma hastalığı hakkında bilgi verildi, Hakan bey'in eşi uygun bir tedavi planına alındı. Allerji testleri hastada kürklü hayvanlara karşı duyarlılık olduğunu gösterdi. Hakan bey evde sigara içmemesi/içirmemesi yönünden ve hayvan postlarının evden uzaklaşması açısından ikna edildi. Hanım uygun tedavi ile bir hafta içinde düzeldi, halen düzenli olarak ilaçlarını kullanmaya devam etmektedir. Evlilik ve cinsel hayatları düzene girdi, bir yıl sonra bir çocukları daha oldu.

ALLERJİDEN KORUNMA YÖNTEMLERİ

- * Sigarasız kapalı ortamlar (hem çocuklar hem de erişkinler için)
- * *Annenin çocuğunu en az 6 ay emzirmesi*
- * İyi havalandırması olan ev ve işyerlerinde yaşamak
- * Özellikle küçük çocuğu olan ailelerin ev içinde hayvan beslememeleri
- * *Derinin direkt olarak Nikel ve benzeri allerji yaratan metallerle temasının önlenmesi*
- * Nasıl olacağı bilinmemekle birlikte hava kirliliğinde azalma
- * *Daha sağlıklı işyeri koşulları*
- * İnsanların allerji hakkında bilgilendirilmesi.



ÜRTİKER

Halk arasında **kurdeşen** olarak da bilinen ürtiker, ani oluşan kaşıntı atakları yapabileceği gibi aylarca veya yıllarca süren kaşıntılara da neden olabilmektedir. **Akut ürtiker** denen biçimi genellikle bir kaç saat sürüp geçmekte ve nadiren bir kaç haftaya kadar uzayabilmektedir. Ürtiker eğer altı haftadan uzun sürmüştü o zaman ismi **kronik yani süregelen ürtiker** olmaktadır. Kaşıntılara genellikle kabarıklık ve şişlikler de eşlik etmekte, kişi bir sabah üst dudagında şişlik ile uyanırken bir diğer sabah sağ gözünde gözkapagını açamayacak derecede bir şişlik olabilmektedir. Kaşıntı ve şişlikler vücudun herhangi bir yerinde olabilmekte ve kişi burasını kaşıyarak olayı gittikçe arttırmaktadır. Akut ürtikerin sebebi genellikle bulunurken, kronik ürtikerin sebebi çoğu kere bulunamamaktadır. Toplumdaki her **beş kişiden biri** hayatında en az bir kez ürtiker atağı geçirmektedir.

HANGİ SEBEPLER ÜRTİKER ATAĞINI BAŞLATABİLİR?

Bir çok gıda (çilek, çikolata, karides vs), gıdalardaki boya ve katkı maddeleri, bazı infeksiyonlar, bazı ilaçlar (örneğin aspirin ve benzeri ağrı kesiciler, antibiyotikler vs), soğuk, güneş'te kalmak, böcek sokması,

alkol kullanımı, egzersiz, bazı hormonal hastalıklar ve stres ilk etapta akla gelen ürtiker sebepleridir. İnsanların bazılarında da vücutlarının basınç altında kalan yerlerinde yani sıkı çamaşır içindeki bölgelerde, kemer altında vs ürtiker oluşabilir. Ürtiker basit gripal infeksiyonlarla birlikte görülebileceği gibi streptokoklara bağlı farenjitler ve infeksiyöz mononükleozis gibi hastalıklara da eşlik edebilir.

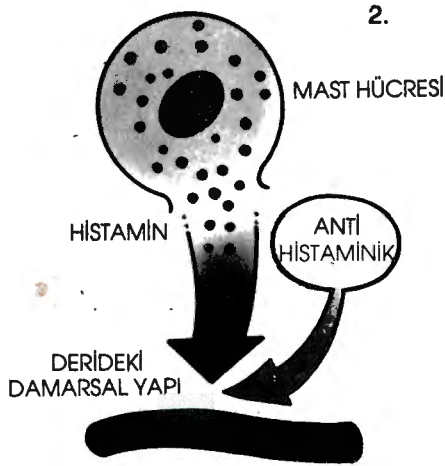
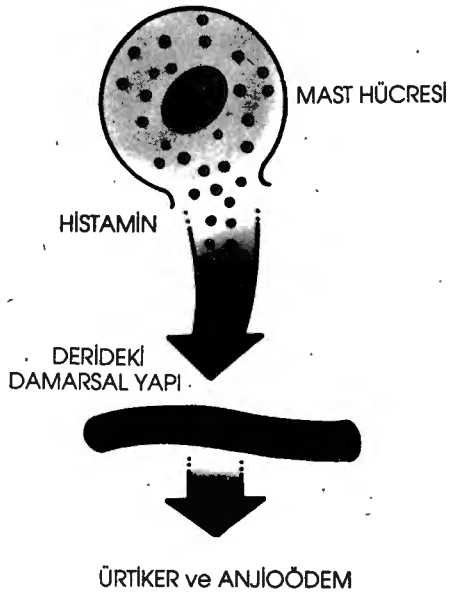
Yukarıda sayılan tüm faktörler ürtikere eğilimli kişilerin bazı vücut hücrelerinden histamin ve benzeri kimyasal mediatörlerin salınımına neden olurlar. Bu kimyasal maddeler damarları genişletmekte, damar duvarı geçirgenliğini arttırmakta ve kan serumunun dokularının içine geçişini sağlamaktadır. Sonuçta kaşıntı ve lokal şişlikler oluşmaktadır (Şekil II).

SEBEP KOLAY BULUNABİLİR Mİ?

Bu kadar çok sebebin içinden hangisinin tetik çeken faktör olduğunu ortaya çıkarmak için doktorunuzun aynı bir dedektif gibi çalışması gerekmektedir. Doktorunuz size hastalığınızın ayrıntılı hikayesini, yaşam biçiminizi, hobilerinizi, aile'deki hastalıkları, o ana kadar aldığınız ilaçları, iş ve ev ortamınızı ve diğer bazı ayrıntıları soracaktır. Muayene sonrasında da sizden mutlaka bazı testler ve röntgen filmleri isteyebilir. Ürtikeriniz devam ettiği sürece allerjik deri testleriniz yapılamaz ancak bu testlerin aşağı yukarı eşiti sayılabilecek bazı kan testleri yapılabilir.

Ürtiker oluş mekanizması gözönüne alındığında iki gruba ayrılabilir (İmmünolojik ve non-immünolojik);

I-ALLERJİK veya İMMÜNOLOJİK tip: Bu gruba diğerine göre daha az rastlanmaktadır. Vücudun ani

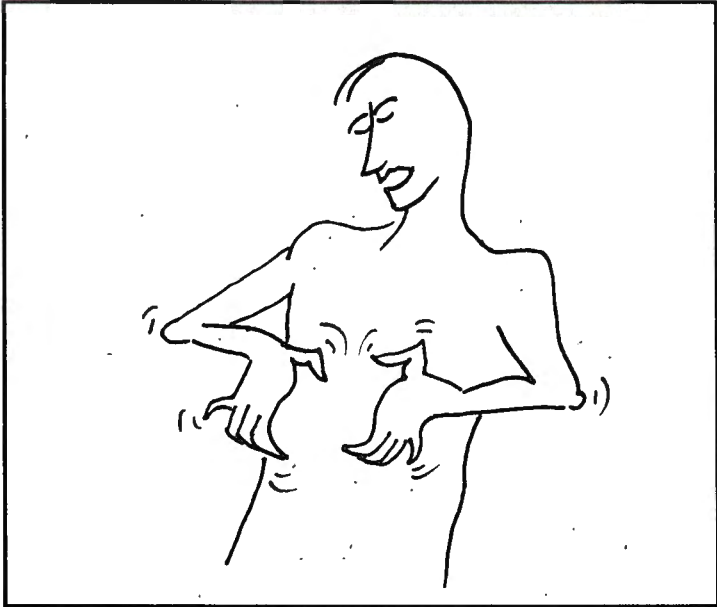


Şekil II. Ürtikerin oluş mekanizması

olarak duyarlı olduğu bir madde ile karşılaşması sonucu başlar. Balık, yumurta veya fındık gibi bir gıda, herhangi bir ilaç (ör: penisilin), bir infeksiyon, arı veya başka bir böceğin ısırması/sokması, kan verilmesi gibi durumlar ürtikeri aniden başlatabilmektedir. Eğer kişinin önceden buna benzer bir yakınması olmadıysa, ürtikeri önceden bilmek mümkün olmamaktadır.

II-NON-İMMÜNOLOJİK tıp: Bu tip ürtikerlerde kesinlikle allerjik bir etken gösterilememektedir. Bir çok çeşidi vardır.

Dermografismus; Cildin aşırı duyarlı olmasıdır. Deri üzerine biraz basınç ile kızarıklık ve kabarıklık yaratılabilir. Her hangi sert uçlu bir şey (ör: bir kalemin arkası) ile rahatlıkla deri üzerine yazı yazılabilir. Toplumdaki her yüz kişiden bir veya ikisinin derisi bu özelliindedir. Böyle derisi olan kişilere allerjik deri test-



leri yapamaz. Hanımların bazılarının adet dönemlerinde bu deri duyarlılıkları çok artmaktadır.

Soğuk ürtikeri; Bu hastalar için havanın soğuması eziyet anlamına gelmektedir. Vücudun kapatılamayan yani yüz, boyun, el gibi bölümlerinde soğuk ile temas sonucu hemen kaşıntı, kızarıklık ve kabarmalar oluşmaktadır. Bu kişilerin özellikle kışın soğuktan çok iyi korunmaları ve gerekirse daha sıcak bir bölgeye taşınmaları önerilir. Soğuk bir deniz veya suya girmeleri ani allerjik şok yaratabileceğinden boğulabilirler. Soğuk suyla bulaşık yıkarken ellerde kaşıntı olması veya soğuk su içerken ağız-boğazda kaşıntı ve şişlik hissedilmesi ilk belirtiler olabilir. Buzdolabından alınan bir parça buzun deri üzerine konulması ile o bölgede ürtiker oluşması teşhis için önemlidir.

Basınç ürtikeri; Vücudun sıkı çamaşır altında kalan bölümlerinde oluşur. Dar bir sütyen, çorap, pantolon kemeri veya iç çamaşırı buna neden olabilir. Bu tip hastalar kendilerini daha rahat hissettiklerinden bol elbiseleri tercih etmekte ve çamaşır giymekten kaçınmaktadır.

Kolinerjik ürtiker; Koşmak, yorulmak, sıcak bir duş veya stress'li bir durum sonucu başlayabilir. Hareket ve terlemek kaşıntı ve kabarıklıklara neden olduğundan bu kişiler spordan kaçınmalıdır.

Solar ürtiker; Güneş ışığı ile sadece bir kaç dakikalık temas bu tip ürtikerin başlaması için yeterlidir. Mümkün olduğunca güneşten kaçınmak en iyi korunmadır.

Ancak kronik ürtiker dediğimiz altı haftadan uzun süren ürtiker durumlarında sebebi çoğu kez bulmak kabil olmamaktadır. Ürtiker bazen de özel bazı tür romatizmal hastalıklara veya tümörlere eşlik edebilir.

ÜRTİKER NASIL TEDAVİ EDİLİR?

Tedavinin ilk adımı eğer bir sebep tesbit edilebilmişse, o sebebin ortadan kaldırılmasıdır. Daha sonra ilaç tedavisi gündeme gelmektedir. Bugün ürtikeri tedavi etmek için her geçen gün yeni ve birbirinden etkili ilaçlar çıkmaktadır.

Antihistaminik türünde bir çok ilaçlar bulunmaktadır. Bu ilaçların bir önceki jenerasyonları uyku ve sersemlik yaratabilirken, yeni jenerasyonlarında bu yan etkiler minimuma indirilmiştir. Bu tip ilaçlar aynı hipertansiyon tedavisi gibi düzenli olarak kullanılabilir önemli bir yan etkileri bulunmamaktadır. Ürtikerin ciddi ataklarında (örneğin anı sokması durumunda vs) **adrenalin** ve **kortizon** tipi ilaçlar da çok yararlıdır. Doktorunuz mutlaka size en uygun tedaviyi verecektir. Bazen saatler, bazen aylar ve bazen de yıllar sürebilen bu hastalığın tedavisi için mutlaka tıbbi yardım gereklidir. Hastaların bu nedenle tıp dışı tedavi yöntemlerine başvurması sadece yakınmalarının artmasına ve sürenin uzamasına neden olmaktadır. İmmüno-terapinin Ürtiker tedavisinde de yerinin olmadığı artık bütün dünyada kabul edilmektedir.

Süheyla hanımın öyküsü:

Süheyla hanım 32 yaşında, evli iki çocuklu, ellerinde egzaması olan ve metale karşı allerjik bir hastadır. Kliniğimize eşine karşı allerjisi olduğunu zannederek başvurmaktadır. Kocası Süheyla hanımı neresinden tutsa, Süheyla hanımın orası kızarmakta, kaşınmakta, ağrımakta ve biraz da şişmektedir. Bu durum elbetteki hastanın eşi ile olan her türlü münasebetini etkilemekte ve birliktelikleri her ikisi için de eziyet ol-

maktadır. Ayrıntılı sorgulamada; aslında Sûheyla hanımdaki cilt duyarlılığının çocukluğundan beri süregeldiği, sadece kocasının teması ile değil, sıkı bir çamaşır giymekle de, ayakta uzun süre kalmakla da, ağırlı kaldırmakla da ortaya çıktığı öğrenildi. Sûheyla hanımın annesi ve bir kardeşi de benzer durumdan şikayetçiydiler. Sûheyla hanıma düzenli olarak kullanacağı antiallerjik bir tablet verildi. Yaklaşık 6 ay sonunda kullandığı ilaç kesildi çünkü yakınması düzelmişti. Sûheyla hanım artık sadece "gerektiğinde yani eğer kaşıntı hissederse" bu ilacı kullanarak, hayata devam edecekti.

Sakine hanımın öyküsü:

Sakine hanım 46 yaşında, oldukça kilolu, evli 4 çocuklu, ilkokul mezunu bir hanımdır. Sekiz aydan beri sürekli olarak kaşınmakta ve halsizlik hissetmektedir. Oldukça muhafazakar bir eşi olduğundan bu süre içerisinde doktora gidememiş ancak yakınması dayanılmaz hale gelince komşusu ile birlikte Kliniğimize başvurmuştur. Öyküsünden daha önce hiç bir rahatsızlığının olmadığı ve tüm problemin sekiz ay önce aniden başladığı ve ayrıca bu sürede iki kez gaitasında solucan düşürdüğü öğrenildi. Kan testleri Sakine hanımda orta derecede kansızlık olduğunu gösteriyordu. Dışkı incelemesinde parazit yumurtaları görüldü. Sadece antiparaziter ilaç ve kansızlık tedavisi ile hastanın kaşıntı ve halsizliği tamamen düzeldi. Çünkü Sakine hanımın derdi allerjik değil, allerjiyi taklit eden parazit hastalığına bağlıydı.

GIDA ALLERJİSİ

Zannedildiğinin aksine gerçek gıda allerjisi çok ender görülen bir durumdur. Çocuklarda %1 veya en çok %2 oranında görülürken, erişkinlerde bu sayı 1000'de 1-2 dolayındadır. 1985'te İngiltere'den yapılan bir araştırmada High Wycombe'de 30.000 kişiye gıda allerjileri olup olmadığı sorulmuş, sonuçta araştırmaya katılanların %7'sinin kendisinde herhangi bir gıdaya karşı allerjisi olduğuna inandığı görülmüştür. Ancak daha sonra bu grup incelendiğinde gerçek gıda allerjisinin ancak 10.000'de 23 oranında olduğu bulunmuştur. Peki bu insanların zaman zaman yaşadığı kaşıntılar, nefes darlığı, ishal, karın ağrısı gibi yakınmaların sebebi nedir ve hiç gıdalarla ilgisi yok mudur? Elbetteki vardır, ancak klasik olarak bilinen allerji yolu dışında da gıdalar intolerans yolu ile de insanları etkileyebilirler. Ülkemizde yapılan az sayıdaki araştırmalar da toplumun %5'inin kendisini herhangi bir gıdaya karşı allerjik olarak değerlendirdiğini ortaya koymuştur.

GIDA ALLERJİSİ

Hipersensitivite veya aşırı duyarlılık reaksiyonu olarak da bilinir. Burada gıdaların bazıları vücuttaki immün sistem tarafından allerjen olarak tanımlanır ve bunlara karşı **antikorlar** yani özel immün sistem mo-

lekülleri oluşturulur. Allerjen tabiatındaki gıdalar ile vücudun askerleri olan antikorlar karşılaşınca ortaya bir çok kimyasal maddeler salınmaktadır. Örneğin **histamin** bunlardan biri olup bazı alerjik reaksiyonların da sebebidir. Kişinin gıdalara karşı alerjik olup olmaması bazı faktörlerce belirlenir (allerjinin ailesel geçişi, yaş, yeme alışkanlıkları ve kişinin geçirdiği bazı infeksiyon hastalıkları gibi). Gıda allerjisine en sık olarak yol açan gıdalar; **elma, kuruyemiş, domates, süt, yumurta, ıspanak, üzüm, muz, bezelye, hindistan cevizi, kabuklu deniz mahsülleri, salyangoz, ananas, soya fasulyesi, bazı balıklar ve tavuk'tur.**

GIDA İNTOLERANSI

Buradaki olaylarda antikorlar herhangi bir rol oynamamaktadır. Yakınmaları başlatan nedenler; bazen gıdaların içindeki kimyasal yapılar veya bazen katkı maddeleri olup bunlar sanki antikorlar gibi etki yapıp bazı vücut hücrelerinden histamin ve benzeri maddelerin salınımına neden olurlar. Bu olaya en sık olarak yol açan gıdalar; **çukulata, domates, ıspanak, çilek, yumurta, bazı balıklar, kabuklu deniz hayvanları, ananas ve tarçın'dır.** Bazen de gıdalar direk olarak tiramin, serotonin veya dopamin gibi histamin benzeri maddeleri içerir ve bu gıdalar yendiğinde yakınmalar ortaya çıkar. Örneğin; **çukulata, domates, ıspanak, çilek, kabuklu deniz hayvanları, özellikle bazı ithal peynir türleri, ringa / morina / orkinos ve uskumru balıkları, muz, biberler, kuruyemişler, bazı şaraplar, lahana turşusu vs.** Görüldüğü üzere bazı gıdalar bir kaç yolla allerji oluşturabilmektedir (ör; **domates, ıspanak, midye, gluten içeren gıdalar vs.**). Veya bazı kişilerde hem gıda allerjisi hem de intoleransı birlikte olabilmektedir.

Sonuçta ister gıda allerjisi, ister gıda intoleransı olsun yani ne şekilde olursa olsun birbirinin benzeri allerji belirtileri (bunlar sindirim sistemi, deri ve solunum sistemini ilgilendiren problemlerdir, Tablo IV'de ayrıntılı olarak gösterilmiştir) ortaya çıkmaktadır. Gıda intoleransı ayrıca migren ve migren dışı baş ağrı- larını başlatabilir, eklem ağrıları, halsizlik ve yorgunluk gibi yakınmalar da ortaya çıkabilir.

Gıdaların bozulmaması ve kolay saklanabilmesi için katılan kimyasal maddeler de aynı reaksiyonları başlatabilmektedir. Örneğin;

a) **Gıda boyaları:** E 102 (Tartrazin), E 107, E110 (Sunset yellow), E 122 (Azorubin), E123 (Amaranth), E 124 (Ponso 4R), E 128, E 151 (Brilliant black).

b) **Tatlandırıcılar:** Tarçın, meyan kökü, vanilya, karanfil, okaliptüs mentolü.

c) **Aroma arttırıcılar:** E 620, E 625, E 626, E 629, E 630, E 633.

d) **Koruyucular:** E 200 (Sorbik asit), E 203, E 210-19 (Benzoik asitler).

7 Haziran 1990 tarih ve 20.541 no'lu Resmi gazete- de yayınlanan "**Gıda Katkı Maddeleri Yönetmeliği- ne**" göre gıda üreticileri etiket üzerine ürün içerisine koydukları kimyasal maddeleri yazmak zorundadır. Bu zorunluluk 1992'ye kadar E kodları ile birlikte isim olarak, 1992'den sonra ise (yani günümüzde) sadece E kodlarının yazılması şeklindedir. Yani aynı Avrupa Topluluğunun diğer ülkelerinde olduğu gibi. Böylece genelde tüketiciler ve özellikle de allerjik-olan kişiler ne yediklerini bileceklerdir. Günümüzde Türkiye'de üretilen kaliteli gıda mamullerinin artık hemen hep- sinde bu kodlama kullanılmaktadır.

TEDAVİ

En etkili tedavi yöntemi, elbetteki diğer allerji hasta- lıkları tedavisinden farksız olarak duyarlı olunan gıda-

dan uzak durmak, onu yemektir. Tabii bunu söylemek kolay ama günlük pratikte uygulanması pek o kadar da kolay bir iş değil. Özellikle ülkemizde dışarıda yenen veya hazır olarak alınan gıdalarda bu ayrımın nasıl yapılabileceği önemli bir sorun. Hangimiz bakkaldan aldığımız çukulatanın içinde nelerin ve hangi miktarda olduğunu biliyoruz ki. Allerjik olan kişiler her şeyden önce bir allerji kliniğinde incelenmeli ve nelere karşı duyarlı oldukları kesin olarak ortaya çıkmalıdır. Bu ancak bir uzman denetiminde yapılan bazı deri / kan ve oral provokasyon testleri ile olmaktadır. Kişiler bu esnada yedikleri her gıdayı ve olmuşsa allerjik reaksiyonları bir not defterine kaydederek doktoruna yardımcı olur. Eğer allerjinin sebebi tesbit edilebilirse belki de kişiler ömür boyu bunlardan uzak duracaktır. Tabii duyarlılık zamanla da kendiliğinden düzelebilmektedir. Eğer diet tedavisi etkisiz ise veya hasta uyamıyorsa o zaman bazı antiallerjik ilaçlar devreye girmektedir. Bazı dış ülkelerde sadece gıda allerjisi olan kişiler için özel danışma merkezleri bulunmaktadır. Örneğin Hollanda'da **LİVO** (The Dutch Information Center for Food Hypersensitivity) veya Avrupa için **ALBA** (Databank for Food Hypersensitivity). Ayrıca sadece gıda allerjisi olan hastaların kendi aralarında kurduğu dernekler de bu alanda faaliyet göstermektedir. Konu ile ilgili daha ayrıntılı bilgi ve broşürler için aşağıdaki adresler kullanılabilir:

LİVO (The Dutch Information Center for Food Hypersensitivity):

P. O. Box 84185
2508 AD The Hague
The Netherlands.

NVAS (Dutch Food Allergy Organization):

Prinses Julianaplein 13
3817 CS Amersfoort
The Netherlands.

Tablo IV. Gıda allerjisi ve/veya intoleransının yol açtığı durumlar.

Sindirim Sistemi	Solunum Sistemi	Deri
-Kusma	-Nezle	-Kaşıntı
-Karın ağrısı	-Astma	-Döküntüler
-Kramp		-Egzama
-İshal		-Ürtiker
-Kabızlık		
-İştahsızlık		

Diğer yakınmalar

- Yüzde, gözde, dudaklarda ödem, şişlikler
- Otitis (kulak iltihabı)
- Baş ağrısı
- Migren atağı
- Halsizlik
- Uykusuzluk
- Konsantrasyon bozukluğu
- Eklem ağrıları
- Gelişme geriliği

BAZI ÖZEL TÜR GIDA ALLERJİLERİNE ÖRNEKLER

İNEK SÜTÜ ALLERJİSİ: Belirtileri hayatın ilk aylarında (genellikle ilk 6 ayda; ishal, kusma, kanlı dışkılama, huzursuzluk, ağlama şeklinde) kendini gösterir. İnek sütü yüksek derecede allerjenik proteinler içermektedir. Bu proteinler ısıya dayanıklı olduğundan yapıları ve allerjenik etkileri kaynatıldıktan sonra da devam eder. İnek sütüne allerjisi olan çocukların erişkin hayatlarında da sütü tolere edememeleri sık rastlanan bir durumdur. İnek sütü çocuğun dietinden çıkarılıp, bunun yerine keçi sütü veya soya içeren gıdalar verilebilir. Ne yazık ki inek sütüne allerjik olan çocukların bazıları bu gıdaları da tolere edememekte-

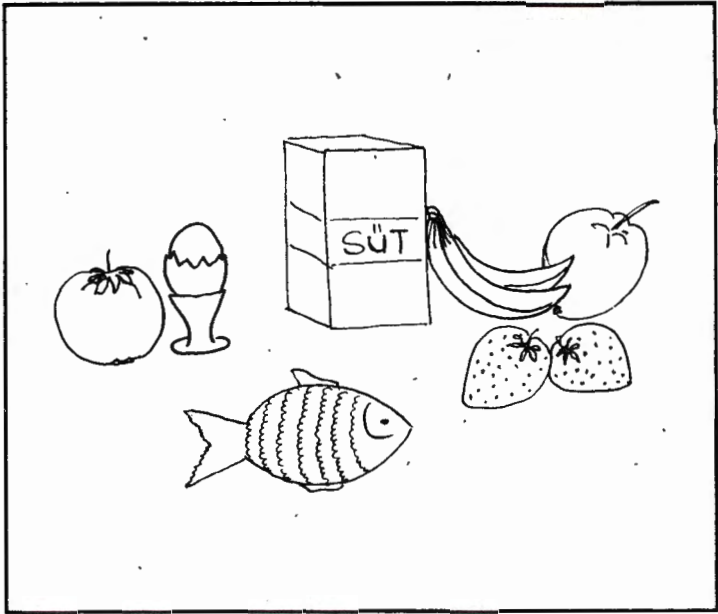
dir. Allerjik çocuklar için en iyi gıda hiç şüphesiz **anne sütü**dür. Bazen bu çocuklar anne sütüne karşı da reaksiyon gösterebilir. Ancak bunun en sık rastlanan sebebi, annenin o esnada inek sütü içmesi ve çocuğa kendi sütü ile bu yabancı proteinleri vermesidir. Yani çocuk aslında anne sütüne değil annesinin sütüne karışmış inek sütü proteinlerine karşı reaksiyon vermektedir.

YUMURTA ALLERJİSİ: Bu allerji kendi başına olabileceği gibi, inek sütü allerjisi ile beraber de olabilir. Bazı çocuklar bir yaşından sonra sadece yumurtanın sarısını yiyebilir. Bu allerjinin önemi; kızamık veya kabakulak aşularının tavuk embriyosunda hazırlanması nedeniyle, eğer bilinmeden aşılama yapılırsa hayatı tehdit edici allerjik reaksiyonların başlayabilmesindedir. Çünkü hayvan proteinlerine karşı allerjilerde çok sık çapraz reaksiyonlar görülmektedir. Hayvan proteinlerine allerji, çocuklar büyüdükçe kendiliğinden azalır, kaybolabilir.

BALIK ALLERJİSİ: Allerjik kısım balığın adalelerinde yani etindedir. Bazı kişiler bütün balıklara allerjiken bazıları da sadece belli balıklara karşı allerjiktir. Bu kişiler ender olarak **mektup pullarını** yaladıklarında bazı allerjik yakınmalar ortaya çıkabilir. Çünkü pulların arkalarındaki **zamklar balık kemiklerinden yapılmaktadır.**

KABUKLU DENİZ HAYVANLARINA ALLERJİ: Bunlara allerji sadece bir türe karşı olabileceği gibi hepsine birden de olabilir.

SEBZE ve MEYVE ALLERJİSİ: En belli başlıları; **elma, ve armut, sert çekirdekli meyveler (kiraz, vişne, kayısı, şeftali vs), ceviz, fındık, badem, ıspa-**



nak, domates, maydanoz, kereviz ve bezelyedir. Ülkemize son yıllarda gelmeye ve tüketilmeye başlayan egzotik meyvalara karşı da allerji gelişebilmektedir. Örneğin **Kiwi**'ye duyarlı kişiler sadece yemek değil ellemek veya keserken bile allerjik reaksiyonlar başlayabilir.

Meyve ve sebzelere allerjisi olanların çoğunluğu polen allerjik kişilerdir. Örneğin kuzey Avrupa'da pek yaygın olan Huş ağacı polenine (birch, birke, björk, betula verrucosa) allerjik olanların yarısında elma allerjisi bulunur. Çimen polenine allerjik olanların belli bir bölümünde de maydanoz allerjisi vardır. Huş ağacı ülkemizde pek yaygın olmadığı için bunun polenlerine karşı allerji, genelde kuzey Avrupa'da çalışan işçilerimizde görülmektedir. Meyve ve sebze proteinleri **ter-**

molabil olup ısıtıldıklarında bozulurlar, allerjik kişiler tarafından da yenilirler.

Önemli noktayı tekrar vurgulamakta yarar olduğu kanısındayım. Gıda allerjisi olan çocuklar büyüdükçe, duyarlı oldukları gıdaları daha iyi tolere etmeye başlarlar. Gıda allerjilerinin çoğu 2 ile 4 yaş arasında kaybolur. İnek sütü ve yumurta allerjisinin zamanla kaybolmasına rağmen neden balık veya bezelye allerjisinin yıllarca sürdüğü henüz bilinmemektedir.

Haydar beyin öyküsü:

Haydar bey 34 yaşında, Yozgat doğumlu, 15 yıldır Frankfurt'ta yaşayan bir matbaa işçisidir. Kendisi hiç sigara kullanmamış, hiç ev hayvanı beslememiş ve Türkiye'den ayrılmadan herhangi bir allerjik sorunu olmamıştır. Haydar bey kliniğimize Türkiye'ye tatile geldiği bir sırada uğradı. Geliş yakınması; elma yiyememektir. Almanya'daki son 4 yıldır mart ve mayıs ayları arasında bahar nezlesi olmaktadır, nezle mayıs ayından sonra kendiliğinden düzeliyordu. Haydar beyin hayatı Yozgat ile Frankfurt arasında geçmiştir, başka bir şehirde oturmamıştır. Son iki yıldır (eskiden gayet rahat yediği) elma ve fıındığı yerken dudaklarında şişlik ve boğazında kaşınma oluyordu ve bu nedenlerle elma ve fıındığı yemekten vazgeçmişti. Ancak elma kompostosunu içebiliyordu.

Yapılan testler Haydar bey'de esas olarak Almanya'da çok yaygın olarak bulunan Huş ağacı polenine karşı allerji olduğunu ortaya koydu. İlk bahardaki allerjik nezle hikayesi de bu ağacın polen zamanına uyuyordu. Haydar bey muhtemelen çapraz allerjik reaksiyondan dolayı fındık ve elmaya da duyarlılık gösteriyordu.

Almanya'ya dönen Haydar beye antiallerjik ilaç tedavisi tavsiye edildi. Bir sonraki yıl Türkiye'ye yine geldiğinde kliniğimize uğrayan hastanın yakınmaları belirgin azalmıştı.

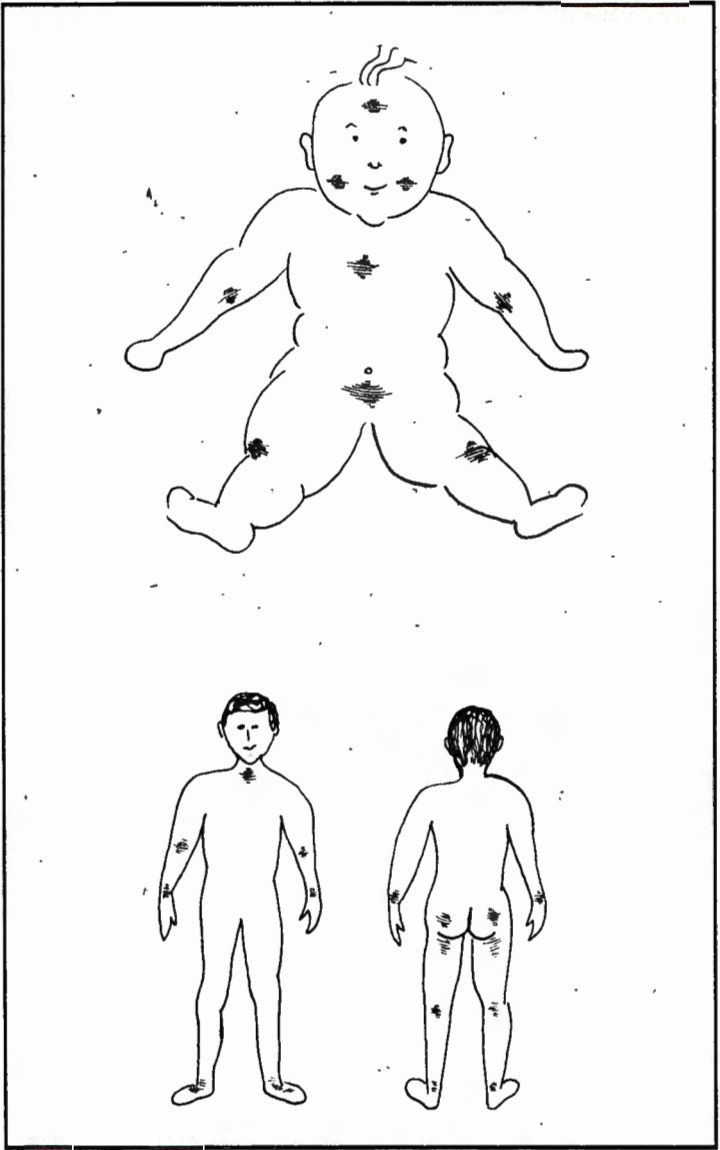
EGZAMA

Atopik egzama veya atopik dermatit; genetik olarak aileden gelen, genellikle sürekli olarak devam eden veya tekrarlama eğilimi gösteren, kaşıntılı, allerjik nedenli bir deri hastalığıdır. Egzama genellikle hayatın ilk 3 ayında kendini gösterir. Hastalık, hastaların %60'nda bir yaşından önce başlamıştır. Normalde bir kaç yıl içinde veya %80 bir yaşından önce düzelir. Bir yaşından sonra devam edenlerin de üçte ikisi 6 yaşından önce düzelmektedir. Egzama ilkökul çağı çocuklarında %3-4 oranında görülmektedir. Bu hastalık genelde dünyanın gelişmemiş ve tropikal bölgelerinde daha seyrekler. Atopik dermatit'li çocuklarda allerjik nezle ve astmaya sık olarak rastlanmaktadır. Yakın zamanda yayınlanan bir araştırma sonuçlarına göre, bu çocuklarda yaklaşık %70 oranında astma görülmektedir. Atopik dermatit ve astmanın birlikte olduğu hastaların yarısında, yakınmaların şiddeti arasında bir paralellik vardır. Yani astmanın alevlendiği dönemlerde, hastaların deri sorunu da artma eğilimi göstermekte veya düzelme dönemine beraber girilmektedir. Her iki hastalık zamanla kendiliğinden düzelebilmekte veya en azından belirtilerin şiddeti azalabilmektedir. Düzelme oranı, her iki hastalığın birlikte olduğu durumlarda daha seyrekler. Eğer ailede atopik dermatit öyküsü var, hastalık 1 yaşından önce ve şiddetli olarak başlamışsa ve

astma ve/veya rinit olaya eşlik ediyorsa kendiliğinden düzelme şansı %15'den azdır. Buna karşın bu sayılan tablonun olmadığı durumlarda kendiliğinden iyileşme oranı %80'den fazladır. Cinsiyet yönünden bakıldığında erkekler biraz daha şanslı olarak görülmektedir. Migrenli annelerden doğan çocuklarda astma ve atopik dermatitin biraz daha sık görüldüğü zannedilmektedir.

GÖRÜNÜM ve TEŞHİS

Kaşıntı en belirgin yakınmadır. Tekrarlama veya sürekliliği devam etme, ailesinde allerji öyküsü olma ve tipik yerleşim çok karakteristiktir. Bunlara ilaveten deride kuruluk, kaşınan yerlerde çatlama ve infeksiyonlar, terleme, yün teması ve sabundan rahatsız olma, gıda allerjisi ve allerji testlerine pozitiflik görülmektedir. Bebek ve çocuklarda yüzde, alında, yanaklarda, boyunda yerleşmesine karşın büyüklerde en sık olarak diz-dirsek eklemi etrafında görülür. İki yaşına kadar çocukları en rahatsız eden ve ağlatan nedenlerden bir tanesidir. Genelde çocukların büyümesi ve kilo alması pek etkilenmemekle birlikte ağır durumlarda etkilenebilir. İki yaşına kadar ataklar halinde de seyredebilir. Egzamanın daha sonraki aktif döneminin 4 ila 10 yaş arasında olduğu kabul edilmektedir. İki yaşından sonra başlayan Atopik dermatit'in daha ağır bir seyir göstermesi beklenir. Hastaların çoğu ilkbahar ve yaz dönemi daha rahat geçirmesine karşın sonbahar ve kışın kötüleşirler. Hastaların banyoları, giydikleri elbiseleri ve hobileri özel bir önem taşır (bakınız TABLO V). Egzamalı çocuklar özel olarak allerjik oldukları gıda veya gıdalar dışında istediklerini yiyebilirler.



Atopik dermatitin çocuk ve erişkinlerdeki yerleşim bölgeleri

Tablo V. Egzamahlara öneriler.

Banyonuz ve egzama:

- Suyun içinde uzun süre kalmayın, su derinizi tahriş edebilir.
- Banyo suyu ılık olmalı. Çok sıcak su egzamanızı azdırabilir.
- Özel banyo sabunu kullanın.
- Suya banyo yağı ilave edebilirsiniz.
- Banyodan sonra cildinize nemlendirici kullanın.

Elbiseniz ve egzama:

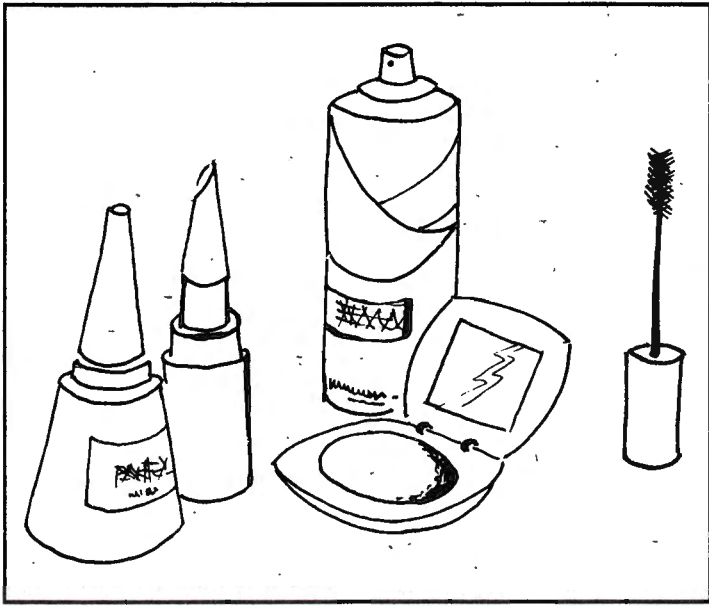
- Cildinizin direk olarak üstüne yünlü elbise giymeyin. Direk yün teması kaşıntıyı başlatabilir.
- Pamuklu ve mümkünse kolunuzu bacağıınızı da kaplayan uzun bir iç çamaşırını giyin.
- Mümkün olduğunca kaba, pürtüklü ve sentetik olanlardan kaçının (Örneğin; polyester).
- Dar ve vücudunuza yapışan elbiselerden kaçının. Bunlar sizi kolayca terleteceğinden kaşıntınızı başlatabilir.

Dinlenme, tatil ve egzama:

- Sizi çok terletmeyecek bir sporla uğraşabilirsiniz.
- Yüzecekseniz denizde yüzün, yüzme havuzlarındaki suda bulunan **Klor** cildinizi tahriş ederek kaşıntı başlatabilir. Ancak hiç bir zaman aşırı sıcak, aşırı soğuk suya girmeyin.
- Hiçbir şey yapmadan istirahat etmek de sizi rahatlatacaktır.

KONTAK EGZAMA

Vücudun herhangi bir yerinde olabilen, vücudun yabancı olarak tanıdığı bir maddeyle temas sonucu oluşan egzama türüdür. Sebep her zaman için vücuda



dıştan temas eden bir maddedir. Bu yabancı madde etkisini hemen değil, genellikle 1-2 gün veya daha ender olarak 7-10 gün sonra gösterir. İlk belirti o bölgede ortaya çıkan kızarıklık ve ödemdir (lokal şişlik). Bu dönem sonrasında bölgede küçük, içi serum dolu sivilcemsi oluşumlar görülür ve bunlar yırtılarak deride çatlaklar ortaya çıkar. Olay, eğer etken maddeyle temas kesilmişse bir kaç hafta içinde tamamen düzelmektedir. Bu şekilde allerji yaratan yüzlerce sebep olmasına rağmen bunlar kabaca dört grupta toplanabilir:

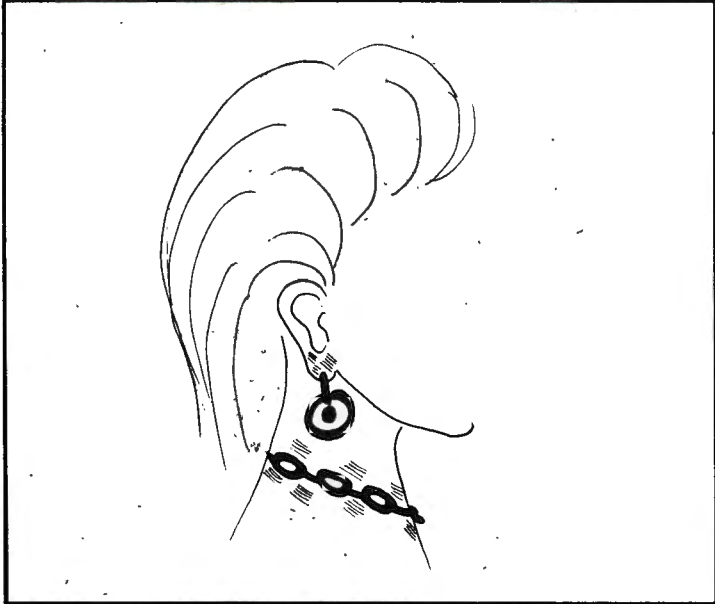
- I — **Tıbbi allerjenler;** bazı antibiotikler, pomatlar, lokal anestezikler vs.
- II — **Kozmetik ürünler;** sabunlar, şampuanlar, deodorantlar, parfümler, tırnak cilası, ruj ve diğer güzellik ürünleri.

III — Giyilen/takılan ürünler; deri eşya ve elbiseler, kauçuk eşyalar, bazı kumaşlardaki boya ve kimyasal maddeler, düğmeler, kopçalar vs.

IV — Mesleki allerjenler; krom, nikel, zamklar, reçi-ne, bazı ağaç odunları vs.

METAL ALLERJİSİ

En sık olarak orta yaşlı hanımlarda görülür. Ortalama 8 hanımdan birisinde bu tip bir allerji vardır. Sırtta sütyen kopçasının veya vücuda direk olarak giyilen kot pantolonun metal düğmesinin altında görülmesi karakteristiktir. En sık olarak görülen türü **Nikel allerjisi**dir. Aşağı yukarı her 10 hanımdan birinin nikel allerjisi olduğu kabul edilmektedir. Hangi metale veya



maddeye karşı allerjinin olup olmadığını öğrenmek için özel olarak hazırlanmış plaster şeklinde "**Patch-test**"ler bize 24-48 saat içinde sonuç vermektedir. Genel olarak nikel içeren eşyalar; bigudiler, küpeler, saç tokaları, gözlük çerçeveleri, bozuk paralar, kolye klipsleri, metal fermuarlar, künyeler, metal sandalyeler, çocuk arabası, dikiş yüzüğü, tığ, şiş, makas, saat kordonları, saç boyaları, böcek ilaçlarıdır.

Ev hanımlarının ellerinde sık olarak görülen **deterjan allerjileri** de aynı türden egzamalardır. Deri sık sık tahriş edici kimyasal maddelerle karşılaşmaktan dolayı kurur, çatlamaya eğilimi olur ve klasik egzama tablosu gelişir. En güzel tedavi korunma olup, eller kimyasal maddelerle mümkün olduğunca temas etmemeli ve iş esnasında eldiven giyilmelidir. Nikel, krom veya bazı zamlar mesleki maruziyet sonucu egzama oluşturabilir.

TEDAVİ

Atopik dermatit'in tedavi prensipleri TABLO VI'da gösterilmiştir. **Yumuşatıcı ve yağlı krem/merhemler** özellikle cilt kuruluğunu ortadan kaldırdığı için çok yararlıdır. Hastalar yanlarında bunları taşıyıp, ciltleri kuru kalmayacak sıklıkta kullanmalıdırlar.

Atopik dermatit derinin kronik inflamatuvar yani mikrobik olmayan karakterde iltihabi bir hastalığı ol-

Tablo VI: Atopik dermatit'in tedavi prensipleri.

- I — Allerjik etken ve tahriş edici sebeplerden uzaklaşmak mümkünse teması kesmek.**
- II — Yumuşatıcı kremler.**
- III — Kortizonlu krem/merhemler.**
- IV — Antiallerjik diğer ilaçlar, antihistaminikler.**

duğundan en gerçekçi tedavi antiinflamatuvar özellikteki en iyi ilaç olan **kortizon**la yapılmalıdır. Kortizonlu ilaçlar genellikle inflamasyonun aktif olduğu dönemlerde kullanılır. Doktor kontrolü altında bu tip ilaçlar emniyetle kullanılmaktadır. Kortizonlu ilaçların miktarı ve kullanma süresi doktorunuz tarafından ayarlanmalıdır. Kaşıntının ön planda olduğu egzamalarda tedaviye **antiallerjik** bir ilaç da eklenebilir.

Berna hanımın öyküsü:

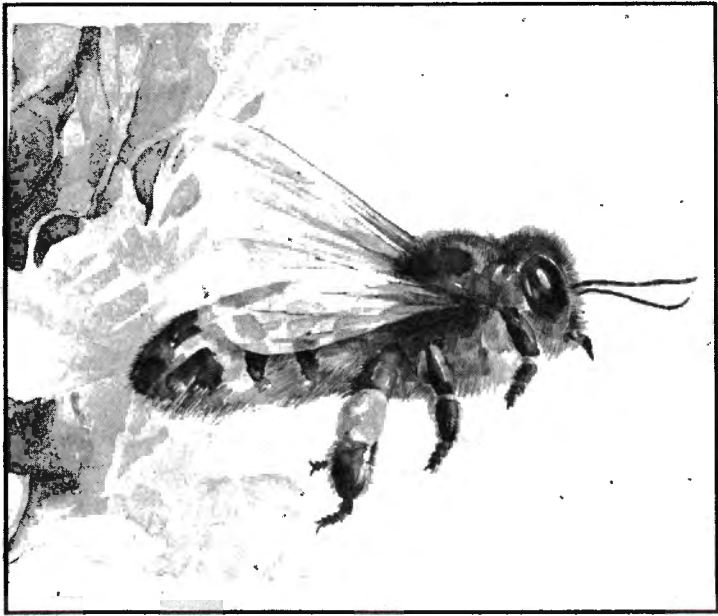
Berna hanım 37 yaşında, bir çocuklu eşinden boşanmış, 10 yıldır sigara içen, bakımlı bir diş hekimidir. Her iki elinde çocukluk döneminden beri devam eden egzaması ve bronş astması vardır. Ne yazık ki ilaçlarını bir türlü düzenli kullanmamakta ve sigarayı bırakmamaktadır. Ancak ellerinin hoş olmayan görünümünü hem hastalarını hem de kendisini iyice etkileyince kliniğimize başvurmak zorunda kalmıştır. Egzaması domates ve turunçgiller gibi bazı gıdalardan kesin olarak etkilenmektedir.

Sonuç: *Allerji testleri sadece kendisinin de öyküsünde anlattığı gibi domates ve portakal için pozitiflik gösterdi. Sevil hanım sigarayı bıraktı, düzenli bir astma tedavisi ile birlikte ellerine daha önceden kullanmayı ihmal ettiği yumuşatıcı ve kortizon içeren kremleri düzenli olarak kullanmaya başladı. Domates ve turunçgilleri dietinden kesin olarak çıkardı. Bir ay sonraki kontrolünde hemen tüm yakınmaları düzelmisti. Daha sonraki kontrollerde düzenli olarak kullandığı ilaçları da kesildi, artık sadece astması ve elleri için "gerektiğinde" bazı ilaçları kullanması yetecekti.*

GİDEREK GÜNCELLEŞEN BİR SORUN; ARI ALLERJİSİ

Her nedense balını severek yememize rağmen arının kendisini pek sevmeyiz. Etrafımızda uçuşması genellikle bizi rahatsız eder. Biraz geçmişteki bir sokmanın acı tecrübesi, biraz da içgüdüsel bir korunma olarak yorumlanabilir bu davranış. Arkeolojik kazılar 4000 yıl önce eski Mısır'da arıcılığın yapıldığını ortaya koymuştur. Tarihteki bilinen en eski arı kurbanı MÖ 2641' de ölen Mısır firavunu Menes olup bir yaban arısı sokması sonucu kaybedilmiştir. Ancak eski Mısır dilinde yaban arısı ve suaygırı aynı hiyeroglif şekliyle ifade edildiğinden bazı Eski Mısır uzmanları bu ölümü, suaygırı saldırısına bağlamaktadır. Arıcılık bizde de oldukça eskilere dayanmaktadır. Osmanlı İmparatorluğu'nda Fatih Sultan Mehmet ve Kanuni Sultan Süleyman dönemlerinde arıcılığa ilişkin kanunnameler çıkarılmıştır. Yapılan istatistikler bugün ülkemizde toplam kovan sayısının 3.5 milyonu aştığını ve bunun da % 80'inin gezgin arıların tarafından dolaştırıldığını ortaya koymaktadır. Böylelikle toplumun her kesiminden kişiler her zaman için her yerde kolayca arı ile karşılaşabilme şansına sahiptir.

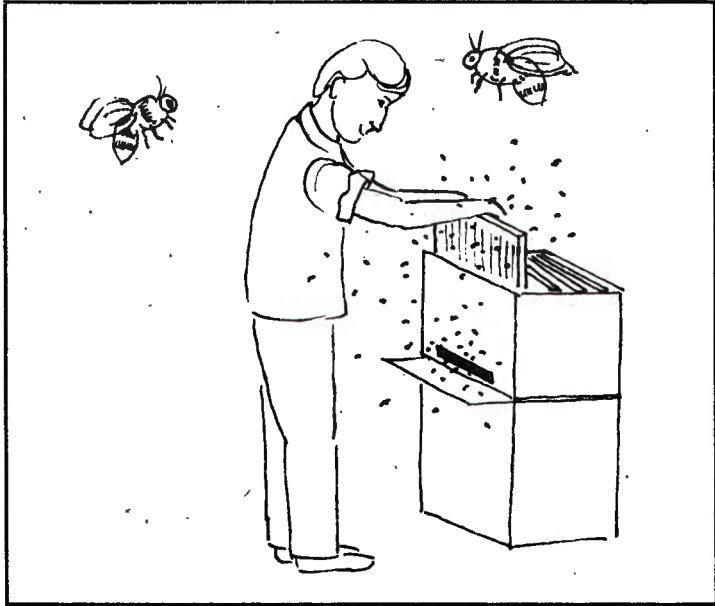
Arılar 100.000'den fazla çeşidiyle böcekler aleminin en geniş ailelerinden birini oluşturur. Günümüzde en çok karşılaştığımız ve yazımızın konusu olan tür **Hymenoptera** ailesidir. Bal arısı ve yaban arısının da



dahil olduğu bu tür, koloni olarak yaşar. Koloni; kraliçe arı, aslen dişî olan işçi arılar ve esas görevi üreme olan az sayıda erkek arılardan oluşmaktadır.

Arı zehiri, hayvanın karın bölümünde bulunan özel bezlerden salgılanır ve iğnesinin dibinde bulunan zehir kesesinde toplanır. Bir kaç günlük yavru arıların zehir keseleri genellikle boştur. Buna karşın arı büyüdükçe zehir miktarı da artar. 20 günlük bir arı ömrü boyunca taşıyabileceği zehir miktarını kesesinde toplamıştır (Tablo VII). Erişkin bir balarısı insanı soktuğunda iğnesi ile birlikte bazı iç organları da vücudundan koştüğundan, kendisi de ölmektedir. Ancak bazı yabanarısı türleri sokma esnasında iğnesini bırakmamakta ve bir çok kez sokabilmektedir. Balarısının bir sokuşunda 50 mikrogram, yaban arısının bir sokuşunda ise 5 mikrogram zehir vücuda girer.

Arı sokmasına bağlı görlen allerjik reaksiyonlar zannedildiği kadar sık görülmemektedir. Değişik toplumlarda görülme oranları % 0.4 ile % 5 arasında değişmektedir. Allerjik reaksiyon hemen her yaşıta görülmekteyse de en sık 20 yaşıandan önce karşılaşılr ve erkeklerde iki misli siktir. Ancak sokma sonucu gelişen allerjik reaksiyonun ciddiyeti yaş ilerledikçe artmaktadır. En sık baş ve boyun bölgesi sokmaları allerji yaratırsa da vücudun her hangi bir yerinin sokulmasıyla da aynı reaksiyon görülebilir. Amerika Birleşik Devletleri'nde yılda ortalama 50 ölüm bildirilmektedir. Danimarka'da son 20 yılda 26 ölüm bildirilmiştir. Bu 26 ölümün 15'i yabanarısı, 9'u ise balarısı sokmasına bağlı olup kalan 2 ölümde arı tipi belirlene-



Arıcılık ile uğraşan kişiler mutlaka arı allerjisi konusunda eğitilmelidir.

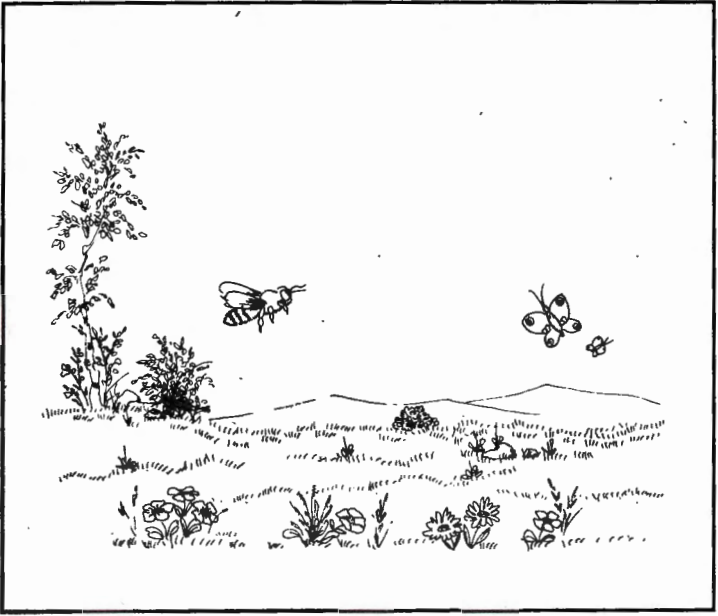
memiştir. Ölümlemlerden 4 tanesi boyun çevresinden sokulma ve larinks ödemi (boğaz içinde şişlik) sonucu, 5 tanesi de ani kalp durması sonucu olmuştur. İsvaç'ten de yılda ortalama 2 ölüm bildirilmektedir. Yalnız olarak ölü bulunan ve **myokard infarktüsü** (kalp krizi) sonucu öldüğü kabul edilen bazı kişilerin de arı sokmasına bağılı ölebileceğı düşünölmektedir. Ölkemizde konu ile ilgili sadece tek bir araştırma bulunmaktadır. 1994'te Afyon'un Çay ilçesindeki Selöloz fabrikasında yapılan bu araştırmada, fabrikadaki 786 kişinin % 2.6'sı, daha önce arı sokması sonucu anafilaktik şok geçirdiğini bildirmiştiir. Buradaki kişilerin %94.5'i hayatlarında en az bir kez arı tarafından sokulmuştur. Son bir yıl içinde sokulma yüzdesi ise % 20.3'dür. Sokulan kişiler hayat boyu ortalama 6 kez sokulmuştur. Buna karşın kişilerin %20'si arı sokmasının ölüm riski taşıdığını bilmemektedir. Ölkemizde zaman zaman gazete haberi olarak bir kişinin arı sokmasına bağılı öldüğü bildirilmektedir. Özellikle kovarı olan kişilerin bu yönden eğitilmeleri büyük önem arzetmektedir.

ARI SOKUNCA NE OLUYOR?

Arının soktuğı herkes önce sokulma yerinde ani ve keskin bir ağrı duyar, daha sonra burası kızarıir ve şişer. Bu şişlik genellikle her hangi bir müdahaleye gerek kalmaksızın bir gün içinde kendiliğinden iyileşir. Daha ender olarak sokulan bölgede oluşan şişlik ve ağrı bir haftaya kadar devam edebilir ve tedavi gerektirir. Allerjisi olmayan kişiler aynı anda bir çok arı tarafından sokulursa, ortaya toksik bir tablo da çıkabilir. Bu tablo başağrısı, bulantı, kusma, halsizlik, ateş ve havale geçirmekten ölüme kadar gidebilir. Allerjisi olmayan normal bir kişiyi aynı anda ortalama 500 arı-

nın sokması, kişinin toksik bir tablodan ölmesi için yerlidir. Bu durumun çok ender istisnaları bulunmaktadır.

Allerjik kişilerde belirtiler genellikle bir kaç dakika içinde başlar ve ne kadar erken başlarsa şiddeti de o kadar büyüktür. Belirtiler kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Allerjik reaksiyonlar en sık yaygın **ürtiker** (kurdeşen), **kızarıklık ve anjioödem** (yaygın şişlik) şeklindedir. **Hayati tehdit edici reaksiyonlar** solunum sisteminin (nefes darlığı) ve kardiovasküler sistemin (kalpte ritm bozukluğu, şok) tabloya katıldığı zaman ortaya çıkar. Kalp ve akciğerlerin olaya katılmadığı buna karşın anjioödem denilen doküiçi şişliğin boyun ve boğaz bölgesinde yerleştiği durumlarda hayati tehlike bulunur. Ölüm sebebi kardiyovasküler şok ve hipotansiyon (tansiyon düşüklüğü)' dur. Bazı kişilerde **barsak spazmı, ishal** ve aynı doğum sancısı gibi **uterus (rahim) spazmları** da olabilir. Arı sokmasına bağlı ölümler en çok erişkin yaş grubunda görülmektedir. Bunun da sebebi; erişkinlerin genellikle altta yatan bazı hastalıklarının olması ve bu nedenle ağır bir allerjik şoku kolayca atlatamamaları ve vücutlarının gençlere ve çocuklara göre daha dayanıksız olmasındandır. Amerika'da her yıl bu nedenle ölen yaklaşık 50 kişinin ancak 3-4 tanesi 20 yaşından gençtir. Arı allerjisi olan kişilerin yarısı doktora geldiklerinde daha önceden buna benzer bir olayın hikayesini verirler, hastaların diğer yarısı ise arının ilk sokuşunda allerjik reaksiyon geçirmiştir. Daha önceden arı sokmasına bağlı önemli boyutta bir allerjik reaksiyon geçiren erişkin yaştaki bir kişinin tekrar arı sokarsa hayati tehlike doğurabilecek allerjik durumla karşılaşma riski epey yüksektir.



Çok daha ender olarak arı sokması sonrasında beyin kanaması ve ödemi, bazı kan pıhtılaşma bozuklukları, periferik nöropati (sinir hastalığı), bazı deri reaksiyonları veya serum hastalığı denen önemli bir tablo ortaya çıkabilir.

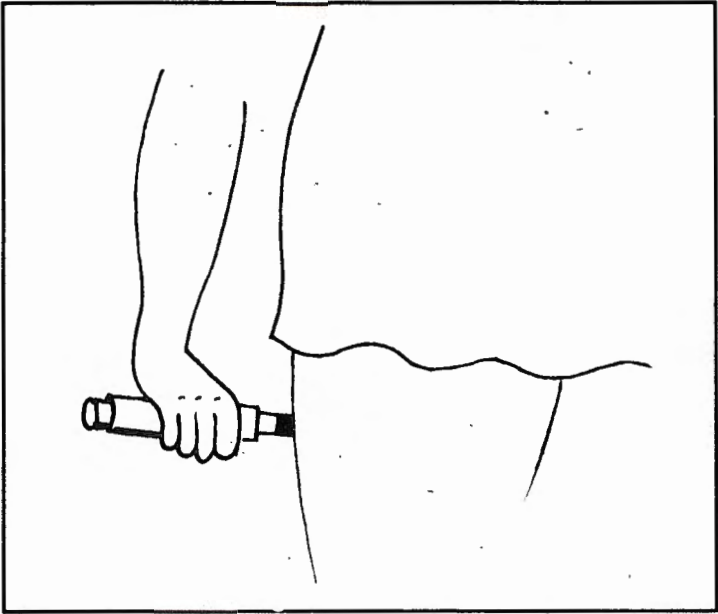
TEŞHİS

Bal arısı ve yabanarısının zehirindeki antijenler kullanılarak deri ve kan testleri yapılır. Testlerin amacı vücutta bu zehirlere karşı oluşmuş özel **İmmünglobülin E (İgE)** tipinde spesifik antikorların olup olmadığının açığa kavuşturulmasıdır. Eğer hastanın öyküsü ve testleri olayın İgE antikorları ile oluştuğunu gösteriyorsa, immünoterapi gündeme gelebilir.

ÖNLEMLER VE TEDAVİ

Arı allerjisi olan kişilerin uyması gerekli bazı kurallar vardır (Tablo VIII). Bunun dışında kesin arı allerjisi olan kişiler yanlarında ilk yardım için **Adrenalin** (epinefrin) bulundurmalıdır. Bu ilaç günümüzde ağızdan alınabilecek **sprey veya otomatik enjektör** şekliyle bulunmaktadır. **Otomatik enjektör** acil durumlarda elbise üzerinden dahi kolayca yapılabilen, aynı bir dolmakalem gibi olup uç kısmı vücuda bastırıldığında otomatik olarak iğne çıkmakta ve bir dozluk ilaç yine kendiliğinden vücuda verilmektedir. Kendine iğne yapmaktan çekinen kişiler için de aynı bronş astmalı hastaların kullandığı spreyle tipinde, rahatlıkla cepte veya çantada taşınabilen **spreyler** bulunmaktadır. Bu spreylelerden 15-20 defa ağıza sıkılması ve emilmesi, bir doz enjektör'e bedel kabul edilmektedir. Ayrıca bu kişiler yanlarında **antiallerjik tabletler (antihistaminik)** de taşınmalı ve bu esnada bunları da kullanmalıdır. Ayrıca sokma yerine soğuk tatbiki, ağrı kesiciler ve gerektiğinde kortizonlu ilaçlar da tedavinin diğer kısmını oluşturur. Daha önceden arı allerjisi olduğu bilinen kişiler tekrar arı tarafından sokulduğunda antiallerjik tablet ve adrenalin'e ek olarak mutlaka yanlarında bulunduracağı **tablet şeklindeki kortizonlu ilaçtan** da almalıdır (50 mg Prednizolon). Astması olan hastalar bu esnada astma atağına girebilir, bu nedenle yanlarında nefes açıcı spreyle de bulundurmaları gerekmektedir. Bu önerilen ilk yardım sonrasında kişiler en yakın bir sağlık merkezine başvurmalıdır.

Arı allerjisi olan kişilerin bir bölümüne bir allerji uzmanının gerekli görmesiyle (laboratuvar testleri, yaş durumu, kişinin mesleği-arıcılık, çiftçi vs., altta yatan başka bir hastalığın olması gibi durumlar gözönüne



alınarak) **İmmünoterapi** (İT, aşı tedavisi) başlanabilir. İT'de 1930'lu yıllardan 1970'li yılların sonuna kadar arıların tüm vücut ekstrakt'ları kullanılmış ve 1978'de Baltimore'dan yapılan bir araştırma ile bu yöntemin hiç bir değerinin olmadığı anlaşılmıştır. Günümüzde İT'de sadece standardize arı zehirinden hazırlanmış ekstraktlar kullanılmakta ve yüksek oranda başarılı sonuçlar alınmaktadır. İT'nin nasıl etki gösterdiği ve ne süre yapılması gerektiği konusu halen tam açıklığa kavuşmamıştır. Genelde deri ve kan testleri ile gösterilen spesifik IgE'nin, bu testlerle tesbit edilemez düzeye gelene kadar, İT'ye devam edilmektedir (3-4 yıl). İT esnasında %20-40 hastada çeşitli allerjik reaksiyonlar (bazen hayati tehlike yaratabilen boyutta) görülebileceğinden, enjeksiyonlar sadece bir allerji kliniğinde ve allerji uzmanı bir doktor tarafından yapılmalıdır. **Aşı tedavisinin en belirgin sonuç verdiği tek durum, arı sokmasına bağlı ortaya çıkan allerjidir.** Arı allerjisi

Tablo VII. Arı zehiri içinde bulunan maddeler.

ENZİMLER	Fosfolipaz A Hyaluronidaz Lesitinaz	PEPTİDLER	Mellitin Apamin
VAZOAKTİF AMİNLER	Histamin Noradrenalin Dopamin		

Tablo VIII. Arı allerjisi olanların uyması gereken önlemler.

- Arılardan mümkün olduğunca kaçınmak ve onları davet etmemek (yazın pazar alışverişi, bahçede dolaşmak, açık yerde yemek ve meyve yemek, piknik, yakaya çiçek tatmak, parfüm sürmek, çiçekli ve parlak desenli elbiseler giymek, insanın ter kokusunu etkileyebilecek hoş kokulu meyve suyu ve gazoz içmek, hoş kokulu sabun ve şampuan kullanmak)
- Tatile gittiğinizde çevrede arı kovanı olup olmadığını kontrol edin.
- Sakın bir yaban arısını kovanı civarında öldürmeyin. Bu esnada arının salacağı bazı kokular diğerlerini üzerinize çekecektir.
- Unutmayın terlemek bütün böcekler için çok çekicidir.
- Çıplak ayakla yürümeyin. Mümkünse dış ortamda pantolon ve uzun kollu gömlekle dolaşın. Bahçe ile uğraşmayı seviyorsanız ya alışkanlığınızı değiştirin ya da bahçedeyken şapka ve eldiven kullanın.
- Arıların hoşlanmadığı renk kahverengidir, bu renk giyinin.
- Yaban arıları genelde saldırgandır. Bal arıları ise genelde sakın olup ancak kızdırıldığında saldırganlaşırlar. Havaalar ısındıkça her çeşit arının saldırganlığı artar.
- Sizi bal arısı soktuğunda iğnesi kalmıştır ve bu iğneyi elinizle çıkarmaya uğraşmayın. Çünkü iğnenin ucunda bulunan keseyi bu esnada sıkarak, daha çok zehirin vücuda girmesine neden olabilirsiniz. İğneyi mümkünse bir büyüteç ve cımbızla çıkarmak en iyisi. İğne deri üzerinde durduğu sürece ucundaki keseden deri içine zehir akacağından iğneyi de bir an önce çıkarmakta yarar vardır.
- Ağız çevresi sokmalarında iğneyi bir doktor çıkarabilir veya bu durumda mutlaka bir doktor görmelidir.

dışındaki astım ve allerjik nezle gibi hastalıklarda aşı tedavisinin yeri son derece tartışmalı olup konu kitabın diğer bölümlerinde ayrıntılı olarak tartışılmıştır.

Leyla hanımın öyküsü:

Leyla hanım bir orta Anadolu kasabasında ailesiyle birlikte yaşayan 36 yaşında bekar bir kızdır. Biraz utangaç ancak güzel sayılabilecek Leyla hanım, tüm yaşlıları evlenmesine karşın bir hastalığından dolayı evlenememiştir. Yaklaşık 20 yılı aşkın bir süredir her arı sokuşunda bayılmakta ve yüzü gözünü şişmektedir. Evlerinin önünde geniş bir bahçeleri ve bahçede de babasının arı kovanları olduğundan her yıl ortalama 3-5 kez arı sokmakta ve aynı olaylar tekrarlanmaktadır. 18 yıl önce muayene olduğu bir allerji doktoru kendisini aşı için uygun bulmayarak, Almanya'dan bir ilaç getirmesini önermiş, hasta bu ilacı getirtmiş ancak hiç bir yararını görmediğinden bir daha da doktora gitmemiştir. Halen kendisi ile evlenmek isteyen bir damat adayı vardır ve Leyla hanım, tıpta bu alanda yenilik olup olmadığını öğrenmek için yıllar sonra tekrar bir allerji kliniğine muayeneye gelmiştir.

Teşhis; Leyla hanım gerçekten hem bal arısına hem de yaban arısına karşı allerjiktir. Bulduğu kasabada aşı yaptırmayı mümkün değildir. Kendisine arı sokması eşnasında kullanabileceği;

- Otomatik Adrenalin enjektörü ve
- yine bu eşnada en kısa sürede ağızdan alması için kortizonlu ve antiallerjik tabletler verildi.
- Arılardan uzak durması ve çeşitli korunma yöntemleri öğretildi.

Leyla hanım halen 3 yıldır evli, bir çocuğu var, sadece bir kez arı soktu ve ilaçları sayesinde bu durumu problemsiz atlattı.

İLAC̄ ALLERJİLERİ

Allerji kliniklerine başvuru nedenlerinden birisi de ilaç allerjileridir. Çeşitli nedenlerle kullanılan ilaç tedavileri belli bir oranda allerjik reaksiyonlara neden olmaktadır. Bunların önemlileri burada incelenecektir.

A- PENİSİLİN VE ANTİBİYOTİK ALLERJİLERİ

Günümüzde tüm dünya üzerinde en sık kullanılan antibiyotik hala penisilindir. Bunun da sebebi, penisilin geniş bir etki alanına sahip olması, düşük toksisitesi ve ucuz olması, kolay bulunabilmesidir. Batı ülkelerinde, 4 yaşına kadar olan çocuklar için yazılan reçetelerin dörtte üçünde, 5-9 yaş arası çocuk reçetelerinin yarısında ve 10-14 yaş arası çocukların reçetelerinin de dörtte birinde bu ilaç bulunur. Erişkinlerde de romatizmal ateş, romatizmal kalp hastalığı, zatürre, menenjit ve görülme sıklığı her geçen gün yeniden giderek artan frenginin tedavisinde hala ilk seçilecek ilaç olarak yerini korumaktadır. Çeşitli ülkelerden bildirilen araştırmalar, penisilin kullananların ortalama %2'sinde çeşitli allerjik sayılabilecek reaksiyonlara rastlanıldığını göstermektedir. Bu allerjik reaksiyonların önemli bir kısmı sadece deriyi tutmakta ve hayatı tehdit etmemektedir. Hayatı tehdit edebilecek boyuttaki allerjik reaksiyonların görülme sıklığı ise 1000'de 4 civarında olup epeyce küçük bir oran oluşturmaktadır.

Penisiline bağlı allerjik Şok sonucu ölüm ise 100.000'-de 1-2 arası bir oranda görülür. Bu tip tehlikeli reaksiyonların çoğu, ilacın injeksiyon ya da damardan verilmesi esnasında görülmektedir. Ağızdan tablet olarak kullanılan penisiline karşı oluşan allerjik Şok sonucu ABD'de 1983'e kadar sadece 6 ölüm bildirilmiştir.

Daha önceden çeşitli nedenlerle penisilin kullanıp hiçbir allerjik reaksiyon görülmeyen kişilerle, bu ilacı ilk defa kullananlarda allerjik bir reaksiyon görülme Şansı aşağı yukarı eŐittir. Ancak daha önce penisiline karşı allerjik bir reaksiyon geçirmiŐ olan bir kişinin daha sonra yine penisilinle reaksiyon geçirme riski, daha önce penisilin tedavisini sorunsuz tolere etmiŐ bir kişiye göre daha fazladır. 1973'de ABD'den bildirilen bir araştırmada, daha önceden penisiline karşı allerji öyküsü bulunanlarda, ilacın yeniden verilmesinde herhangi tip bir allerjik reaksiyonun görülme oranı %12.8'dir. Bazı araştırmacılar, penisiline allerjik kişilere yeniden bu ilaç verildiğinde ortaya çıkan reaksiyonların ancak %5-10'unun ağır düzeyde olacağını, ölümün ise 1000'de 2-5 oranında görülebileceğini bildirmektedir. ABD'de yılda ortalama 500 civarında kişi penisiline bağlı allerjik reaksiyondan kaybedilmekte ve bu kişilerin dörtte nn daha önceden penisiline ait bir allerjik öyküsü bulunmamaktadır. 1964-1983 arasında İngiltere'de bu ilacın allerjisi sonucu sadece 22 kişi kaybedilmiştir. Tekrar etmek gerekirse bu kişilerin büyük çoğunluğu, ilacın injeksiyon olarak yapılması sonucu kaybedilmiştir.

Anafilaksi denilen hayatı tehdit edici allerjik reaksiyon hemen her yaşta görülmesine rağmen, en sık 20 ile 49 yaş arasındadır. 12 yaŐın altında çok seyrektr.

Allerji her ırktan kişilerde ve her iki cinstе eşit olarak görülür. Astma, egzama, allerjik nezle ve diğеr ilaçlara allerjisi olma gibi durumlar, penisiline allerji için özel bir risk teşkil etmezler. Penisilin'in elde edildiği Penicillium cinsi mantarlara karşı allerjik olmak da ekstra bir risk taşımaz (bu cins küf mantarları toprakta, kuru ekmekte, çürümüş turunçgiller ve elma üzerinde dahi bulunabilir).

Penisiline bağlı görölen değişik allerjik reaksiyon tipleri Tablo IX'da gösterilmiştir. Bu reaksiyonların en ciddi si ani oluşаn allerji tipidir. Reaksiyon ne kadar erken başlarsa o kadar hayatı tehdit edici olmaktadır.

ALLERJİ NASIL OLUŞMAKTADIR?

Penisilin 300 dalton ağırlığında, düşük moleküler ağırlıklı bir ajan olup, ancak vücut proteinlerine bağlanmak suretiyle immün yanıtа neden olur. Vücuttaki yıkım ürünleri kabaca iki ana gruba ayrılarak incelenir:

A) Penisilin'in yaklaşık %95'i benzylpenicilloyl haptenik grubunu oluşturur (BPO). Genellikle bu gruba

TABLO IX. Penisilin allerjisi tipleri.

- | | |
|------------------------|--|
| 1. ANI TİP | : İlaç ile temas sonrası bir saat içinde gelişir; |
| 2. AKSELERE TİP | : Temastan sonra 1-72 saat içinde gelişir; Bronş sisteminde yaygın spazm, larinks ödemi ve ürtiker. |
| 3. GEÇ TİP | : 72 saatten daha geç gelişen reaksiyonlar; deri döküntüleri, hemolitik anemi, nötropeni (akyuvarlarda azalma), trombositopeni, nefrit, serum hastalığı. |

karşı vücut IgE ve IgG tipinde antikor üretir. Bu gruba **Major Determinant** denmektedir.

B) Penisilin'in kalan %5'lik kısmı da kristalin penisilin, sodyum penicilloate ve sodyum alfa-benzylpenicilloylamine oluşturur. Bu gruba karşı IgG tipi değil özellikle IgE tipi antikorlar oluşur ve ciddi tip allerjik reaksiyonlardan sorumlu olan grup budur. Bu gruba **minör determinantlar** da denmektedir.

HASTALARIN TESTLERLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu testler daha önceden penisilin allerjisi şüphesi olan kişilere mutlaka uygulanmalıdır. Uygulanan bu testlerle, hayati tehlike yaratan allerjik reaksiyonlar hakkında bir fikir alınabilmesine karşın; deri reaksiyonları, hemolitik anemi ve serum hastalığı gibi durumlar hakkında bilgi alınamaz. Deri testleri mümkünse mutlaka penisilin'in major ve minör determinantlarına karşı ayrı ayrı yapılmalıdır. Ancak bu maddeleri ülkemizde her zaman bulmak mümkün olmamaktadır. Özellikle minör determinantlara karşı alınan pozitif bir deri yanıtı, hastanın anafilaksi için ciddi bir risk taşıdığına göstergesidir. Her iki determinanta karşı alınan negatif yanıt ise allerjik reaksiyon şansının %1'den düşük olduğunu ifade eder.

PENİSİLİNE KARŞI DESENSİTİZASYON (DUYARSIZLAŞTIRMA)

Penisiline karşı allerjisi kesin olarak bilinen ancak bir infeksiyon hastalığı nedeniyle bu ilacın mutlaka kullanılması gereken durumlarda uygulanır. İlacı küçük dozlarda, belirli zaman aralıkları ile gittikçe artan bir şekilde hastaya verip, onu bu ilaca karşı du-

yarsızlaştırmak esas amaçtır. Bu işlem mutlaka bir alerji uzmanının gözetiminde ve mümkünse hastaya gerektiğinde her türlü müdahalenin yapılabileceği bir ortamda uygulanmalıdır. Desensitizasyon sonucunda, hasta o zaman dilimi için bu ilaca karşı duyarsızlaşabilir ama daha ileriki bir zamanda gene penisiline allerjik olma şansı vardır. Bu işlem esnasında penisilin ağızdan veya damar yolu ile verilebilir. Desensitizasyon esnasında da çeşitli allerjik reaksiyonların görülme şansı vardır.

ÖNERİLER

Hastanelere başvuranların aşağı yukarı onda biri penisiline karşı allerjisi olduğunu söylemektedir. Görüldüğü üzere penisiline gerçekten allerjik olmak bu sıklıkta değildir. Penisilin gerçekten değerli ve ucuz bir tedavi imkanı yarattığı düşünülürse, bu kişilerin bu yönden mutlaka ayrıntılı incelenme zorunluluğu ortaya çıkmaktadır. Bu kişilerin hepsini penisilin allerjik olarak kabul edip hemen alternatif ilaçlara yönelmek, tedavi giderlerinin gereksiz olarak kabarmasına neden olmaktadır. Penisilin tedavisi esnasında kaşırtısız deri döküntüleri görülebilir, bu tehlikeli bir durum işareti olmayıp, tedaviye devam edilebilir. Ancak deri döküntülerine kaşıntı, ürtiker ve diğer önemli boyutta allerjik bulgular eşlik ederse, tedavi kesilmelidir.

Penisiline allerji öyküsü olan ve deri testi pozitif bulunan bir kişi, tüm beta laktam halkası taşıyan antibiyotiklere karşı da duyarlı demektir. Örneğin bu durumda sefalosporin grubu bir antibiotik ile de allerjik reaksiyon olma şansı %15 civarındadır. Daha düşük olmakla birlikte İmipenem için de bu şans vardır. Bu nedenle riskli kişiler, farklı yapıda antibiotik kullan-

malıdır. Doktorunuza bu duyarlılığınızı hatırlatmanız yeterli olacaktır.

Yapılan araştırmalar romantizmal kalp hastalığının koruyucu tedavi kısmında kullanılan penisilin ile de çok seyrek allerjik reaksiyon görüldüğünü göstermiştir. Yakın zamanda yayınlanan bir araştırmada, 1970 penisilinle koruyucu tedavi alan romantizmal kalp hastası incelenmiş ve bu kişiler allerjik reaksiyon yönünden takip edilmiştir. Bu kişilere araştırma süresinde 32.430 penisilin enjeksiyonu yapılmış ve sadece 4 enjeksiyon esnasında ciddi allerjik reaksiyon oluşmuştur. Bu dört kişiden üçünün allerjik reaksiyonu kolayca atlatabilmesine karşın, ağır derecede kalp hastası olan dördüncü kaybedilmiştir. Yani burada da olayı ağırlaştıran esas faktör, kişinin ağır bir kalp hastası olmasıdır. Deri testi pozitif olan ve önceden bilinen pe-



nisilin allerjisi bulunan romantizmal kalp hastalarına da **sulphadiazine** önerilebilir.

B- AMPİSİLİN ALLERJİSİ

Ampisilinle deri döküntüsü, penisilin ve diğer sefalosporinlere göre daha sık olarak görülmektedir. Deri döküntüleri genellikle 7 gün sonra ortaya çıkar ve oluşma nedeni tam olarak aydınlatılamamıştır. Tıp 1 allerjik tip reaksiyonla ilgisiz olduğu zannedilmektedir. Genellikle ürit asidi yüksek ve Kronik Lenfositik Lösemi'li hastalarda ortaya çıkmaktadır.

C- RÖNTGEN İLAÇLARINA (RİA) KARŞI ALLERJİ

Röntgen filmi çekilirken damar yoluyla özel ilaç alan hastaların yaklaşık %5'inde herhangi bir biçimde allerjik reaksiyonlar görülmektedir. Bunların da ancak 1:1000'i ciddi boyuttadır. Ölümcül reaksiyonlar 3000-100.000'de bir oranında görülmektedir. En yüksek derecede riskli girişimin; İntravenöz kolanjiografi olduğu gösterilmiştir. Allerji ilerleyen yaşla, altta yatan bir başka hastalığı olanlarda (kalp, böbrek hastalığı, şeker hastalığı, dehidratasyon, hipertansiyon, ürik asit yüksekliği) ve önceden başka bir allerji öyküsü olanlarda (anafilaksi, astma vs) daha sık görülmektedir. Rİ allerjisi genellikle ilaç verildikten sonra ilk 10 dakika içinde başlar. En sık olarak; ürtiker, bulantı, kusma ve kalp ritminde anormallikler izlenir. Yüksek riskli hastalar mümkünse başka bir tanı yöntemiyle değerlendirilmelidir.

D- LOKAL ANESTEZİKLERE ALLERJİ

Lokal anesteziyelere karşı çeşitli reaksiyonların sık

olarak görülmesine karşın, gerçek allerjik reaksiyon son derece enderdir. Bildirilen reaksiyonların çoğu tansiyon düşmesi, kalp atışlarında hızlanma ve bayılma türündedir. Lokal anestezi allerjisinin tanısında kullanılan deri testleri sadece her türlü müdahale imkanının bulunduğu kliniklerde uygulanmalıdır.

E- ANJİOTENSİN KONVERTİNG ENZİM

İNHİBİTÖRLERİ ve BETA BLOKERLER

Hipertansiyon tedavisindeki en etkili ilaçlardan biri olan bu grup, kullananların belli bir kısmında çeşitli allerjik etkiler ortaya çıkmasına neden olmaktadır. En yaygın reaksiyon kuru öksürük'tür. Daha sonrakiler sırasıyla; nefesdarlığı ve hırıltılı solunum, astmanın şiddetlenmesi, nezle, boğaz ve dilde lokalize şişme şeklindedir. Öksürük; nefesdarlığı ve hırıltılı solunumdan 10 kez daha sık görülür. Vakaların yarısından çoğunda yakınmalar ilk iki hafta içinde başlamaktadır. Teşhis sadece öyküyle konur ve tedavi, bu ilacın kesilmesidir. Bu grup ilacın en sık allerji yaratıcı Enalapril'dir. Beta blokerlerle de daha az sıklıkta bunlara benzer reaksiyonlar bildirilmiştir. Beta bloker grubu bir ilacı kullanan kişide allerjik reaksiyonlar daha şiddetli seyretmeye eğilimlidir.

Şakir beyin öyküsü:

Şakir bey 61 yaşında emekli bir ahçıdır. Sekiz yıl öncesine kadar yaklaşık 30 yıl sigara kullanmış, daha sonra kalbindeki koroner damar hastalığı ve hipertansiyon nedeniyle sigarayı bırakmış ve düzenli olarak ilaç tedavisi kullanmaya başlamıştır. Geliş yakınması; son altı aydır defalarca tekrarlayan, dilinde gelişen ani şişlik ve

dilinin tıkasması nedeniyle nefes alamamak. Hasta bu nedenle defalarca acil servislere başvurmuş, her defasında o an için tedavisi yapılmış ve bu durumun allerjik olduğu söylenerek bir allerji kliniğinde muayene olması önerilmiş. Şakir bey bunun üzerine gerek Ankara ve gerekse İstanbul'da bazı Allerji merkezlerinde muayene olmuş, İstanbul'da muayene olduğu bir doktor kendisinde polen allerjisi olduğunu söyleyerek aşı tedavisi önermiş ancak Şakir bey bu tedavi biçimini pek mantıklı bulmayarak kabul etmemiştir. Hasta kliniğimize geldiğinde, cebinde sürekli olarak antiallerjik tabletler taşımakta ve bir kutu ilacı ortalama bir haftada bitirmekteydi.

Sonuç: Hipertansiyon için kullanmış olduğu ilaçlar sorulunca, Şakir beyin Enalapril isimli ilacı son yedi aydır kullandığı öğrenildi. Gerçekten de yıllardır kontrol altına girmeyen tansiyonu bu ilaçla gayet güzel kontrol altına girmişti. Bu ilaç, çok güzel bir tansiyon ilacı olmasına karşın ne yazık ki kullananların bir bölümünde çeşitli reaksiyonlar oluşturmaktadır (boğazda gıcık, kuru öksürük, nefesdarlığı, kaşıntılar, dilde ve vücudun diğer bölgelerinde tekrarlayan ödemler, şişlikler vs). Hastamızın deri ve kan testlerinde allerji lehine hiç bir bulgu yoktu. Yani Şakir beyin tüm problemi kullandığı bir ilacın allerjiiyi taklit eden yan etkisine bağlıydı. Bu ilaç değiştirilip yerine angiotensin konverting enzim inhibitörü grubundan olmayan başka bir ilaç başlanınca Şakir beyin tüm yakınmaları ortadan kalktı.

F- AĞRI KESİCİLERE (ANALJEZİKLERE) KARŞI ALLERJİ

Hacettepe Hastanesinde konsültasyon normalde özel konsültasyon kağıtları doldurularak istenir. Ancak konu allerji olduğunda genellikle tercih edilen yöntem, telefon olmaktadır. Zaman zaman Acil servis ya da diğer servislerden iletilen sorunların bir bölümü ağrı kesici ilaçlarla oluşan allerjik problemlerle ilgilidir. Baş ağrısı nedeniyle herhangi bir ağrı kesici tablet alan veya hastanede ameliyat sonrasında hastanın ağrısını gidermek için yapılan ağrı kesici bir ampul sonucu allerjik problem yaşayan azımsanmayacak sayıda kişi bulunmaktadır.

Toplumda yaşayan her 100 veya 200 kişiden birinde aspirin veya bir diğer ağrı kesici ilaca karşı allerji (veya bir başka deyişle intolerans) vardır. Bugün tıbbın vızgeçemediği en güzel, ucuz ve mucize ilaçlardan biri olan Aspirin ilk olarak 1899 yılında piyasaya verilmiş ve buna bağılı ilk allerjik reaksiyon 1922'de bildirilmiştir. Daha sonraki yıllarda kimyasal yapıları farklı olmasına rağmen aynı Aspirin gibi hem ağrı kesici hem de antiinflamatuvar olan yani nonsteoidantiinflamatuvar özellikle diğer bazı ilaçların da allerjik reaksiyonlar oluşturabildiği görülmüştür. Muhtemelen allerji oluşturan tüm bu ağrı kesiciler vücuttaki Siklooksijenaz yolunu (özel bir enzim sistemi) bloke etmektedir. Elbetteki ağrı kesici olmasına karşın bu enzimi etkilemeyen veya çok az etkileyen başka analjezikler de bulunmaktadır.

Tüm astımlıların %4-28'inde, ciddi astımlıların ortalama dörtte birinde ve burnunda polip olanların üçte birinde analjezik intoleransı vardır. Bu tip allerji esas olarak erişkinlerin bir problemi olup çocukluk yaş

grubunda çok ender olarak karşılaşılmaktadır. Analjeziklerle oluşan allerjik problemler Tablo X'da özetlenmiştir. Bir de Fantom reaksiyon denilen analjeziklere karşı oluşmuş allerjinin bir-iki kez sonrasında kaybolma durumu vardır ki bunun için bazı **açıklamalar getirilmiştir.**

a) Aslında allerji analjeziğe karşı değil ilaç ile eşzamanlı alınan her hangi bir gıda maddesine veya bu gıda maddesindeki bir katkı maddesine bağlı oluşmuştur.

b) Hastada astım veya ürtiker atağı zaten başka bir nedenle olacaktı, bu esnada alınan analjeziğin tesadüfen allerji yarattı zannedilmesi.

c) Ortaya çıkan tablo aslında allerjik değildir, bazı histerik kişilerdeki panik reaksiyonları allerji olarak yorumlanabilmektedir.

İşte çok karışık gibi görünen bu sorun ancak allerji kliniklerinde çözülebilmektedir.

Tablo X- Aspirin ve diğer nonsteroid antiinflamatuvar analjezik ilaçlarla oluşan problemler.

1. *Burnunda yılboyu süren nezle, sinüzit ve polip ile birlikte astım hastalığı olan kişilerde, astım krizi başlayabilir. Bu kriz çok ciddi boyutta olup hastaneye acil başvuru gerektirebilir. Bu hastalar "Samter sendromu" olarak bilinmektedir.*
2. **Kronik ürtiker** yani halk arasında kurdeşen olarak bilinen, sürekli kaşıntı ve şişlik ataklarıyla seyreden hastalıkta ataklar yaratabilirler.
3. *Aniden "**Anafilaksi**" denen, hayati tehlike içeren allerjik şok oluşturabilirler.*
4. Aspirin dışındaki diğer analjezikler çok ender olarak kortizon tedavisiyle tamamen düzelen "**Hipersensitivite pnömonitisi**" denen özel bir akciğer hastalığı oluşturabilir.

Ağrı kesicilere karşı herhangi bir tipte allerjisi olan kişiler bu durumlarını mutlaka hangi nedenle olursa olsun başvurdukları doktora bildirmek zorundadırlar. Çünkü hiç ummadıkları bir ilaç kendilerinde allerji yaratabilir. Bu kişiler etraflarında danışabilecek bir doktor yoksa mutlaka kullanacakları ilacın prospektüsünü okumalı ve Tablo XI'de gösterilen maddeleri içeren ilaçlardan sakınmalıdırlar.

Analjezik allerjisi olan hastalar içinde en sık karşılaşılan grup Samter sendromu olanlardır. Bu hastalık genellikle 30 veya 40'lı yaşlarda kendini göstermektedir. Tipik olarak önce klasik antiallerjik ilaçlara cevap vermeyen aylar veya yıllar süren bir nezle ortaya çıkmaktadır. Bu nezleden yaklaşık 10 yıl sonra (daha az veya daha uzun süre olabilir) burunda ve sinüslerde polipler tesbit edilir. İşte bu andan sonraki dönem içersinde astım ve analjezik allerjisi aynı zamanda veya birbirini kısa süre aralıklarla izleyerek ortaya çık-

Tablo XI. Analjezik allerjisi olan kişilerin kaçınması gereken ilaçlar.

Salisilatlar	Fenemat grubu
Polisiklik asitler	Mefenamic asit
Indometazin	Flufenamic asit
Tolmectin	Siklofenamik asit
Aril alifatik asitler	Pirazolonlar
Naproxen	Aminopirin
Diklofenak	Noramidopirin
Fenoprofen	Sülfipirazon
Ibuprofen	Fenilbutazon
Ketoprofen	Enolik asit
Fluribrofen	Piroxicam
Metamizol	

maktadır. Hasta aspirin veya bir diğerk nonsteroid anti-inflamatuar analjeziği aldıktan yaklaşık bir saat içerisinde (süre 12 saate kadar uzayabilir) reaksiyon, başlar. En sık gözlenen tablo; nezle, burun tıkanıklığı, hapşırık, gözde kaşıntı ve akıntı, baş ve boyunda kızarıklık ve ısı artışı ile birlikte nefes darlığı, hırıltılı solunum'dur. Bazen bu tabloya kurdeşen, yüzde veya vücutta oluşan şişlikler, karın ağrısı, bulantı, kusma, bayılma da eşlik edebilir. Ender olarak reaksiyonlar hayatı tehdit edici boyuta da ulaşabilirler. 1993-94 yıllarında Hacettepe Göğüs Hastalıkları ABD Erişkin Allerji Hastalıkları Ünitesinde analjezik intoleransı olan 120 hasta görülmüştür. Bu hastaların %80'i kadın olup genelde yaş ortalaması 30 civarındadır. Hastaların çoğunluğunda olaya bir diğerk allerjik hastalık da eşlik etmektedir (astma %57, dermografizm denilen derinin aşırı duyarlı olma hali %20, allerjik nezle %11, kronik ürtiker denilen sürekli kaşıntı (kurdeşen) %8.5 ve antibiyotik allerjisi %5) En sık allerji yaratan ilaç metamizol (%56) yani Novalgine olup bunu aspirin (%50), %12.5 ile parasetamol ve %48.3 ile diğerk analjezikler izlemektedir. Akut ürtiker ve anjiödem, allerjik şok ve larinks ödemi en sık olarak metamizol ile ortaya çıkmaktadır. Parasetamol bu tip reaksiyonlara en az sıklıkla neden olmaktadır. Astmalı olanları en sık atağa sokan ilaç ise aspirindir. Veya bir başka deyişle bütün ağrı kesicilerde allerji riski değişik yüzdelerde vardır, ancak reaksiyonun tipine göre bazı ilaçlarla bazı reaksiyonlar daha sık görülür.

Bu hastalığın teşhis ve tedavisi için gerekli olan ve bazen günler boyu süren testler ancak bir allerji kliniğinde yapılabilir. Samter sendrom'lu hastalarda gıda katkı ve boya maddelerine karşı da çapraz duyarlılık

tesbit edilmiştir (örneğin Samter'lilerin %5'i sentetik bir gıda boyası olan Tartarazin'e karşı duyarlıdır). Duyarlı olunan ilaçların kullanımının çok gerekli olduğu durumlarda Desensitizasyon yani duyarsızlaştırma denebilir. Hastalığın esas olarak kalıtsal bir zemin üzerinde geliştiği düşünülmekte olup üzerinde yoğun araştırmalar sürmektedir.

Ayla Hanımın öyküsü:

Ayla hanım 41 yaşında bir ilkokul öğretmenidir. Kliniğimize ağrı kesici ilaçlara bağlı allerjisi olduğunu söyleyerek başvurmuştur. Halen ağzında çekilmesi gereken 2 adet çürük diş vardır ve hiçbir diş hekimi allerjisi nedeniyle Ayla hanımı tedaviye yanaşmamaktadır.

Ayla hanımın cildi çocukluğundan beri çok duyarlıdır, en ufak bir basınçta, kaşınma veya sıkı bir çamaşır giyme ile hemen kızarıklık ve şişmeler olmaktadır. Bu yakınmaları adet dönemlerinde artma eğilimi göstermektedir. Beş yıl önceden başlayarak kullanmış olduğu ağrı kesicilerin bazıları ile tüm vücudunda ani kızarıklık, kaşıntı ve şişlikler başlamış ve bu nedenle de iki kez acil hastane ziyareti yapmak zorunda kalmıştır. Son 3.5 yıldır da doktor önerisiyle hiç bir ağrı kesici ilaç almamıştır. Annesi de ağrı kesici ilaçları benzer nedenlerle kullanamamaktadır.

Teşhis; hastada dermografismus denilen fiziksel ürtiker ve analjezik intoleransı vardır. Hastaya dermografismusu için düzenli olarak kullanacağı antiallerjik bir ilaç verildi. Yapılan ilaç testleriyle de Parasetamol'e karşı duyarlı olma-

diği saptanarak, ağrı kesici olarak bu ilaç yazıldı. Hasta dişlerinin tedavisini yaptırdı, ağrı sorunu olmadı.

Necmi beyin yks:

Necmi bey 36 yaşında bir devlet memurudur. Ortaokul sıralarında sigara içmeye başlamış ve 7 yıl önce nefes darlığının ortaya çıkması sebebiyle bırakmak zorunda kalmıştır. Yaklaşık 10 yıldır yaz kiş devam eden nezle ve burun tıkanıklığı vardır, horlamaktadır ve hanımı bundan çok rahatsızdır. Başvurmadan 8, 7, 5, 2 ve 1 yıl önce burnundan polip ameliyatı olmuştur, ancak polipler sürekli tekrarlamaktadır. Son beş yıldır daha önce sorunsuz kullandığı bazı ağrı kesiciler (rneğin Aspirin), hastayı acil servise götürecek kadar şiddette nefes darlığı atağına sokmaktadır. Necmi bey bronş astması tanısıyla halen düzenli olarak tedavi almaktadır. Bazı kolalı ve boyalı içeceklerin de biraz nefes darlığı yaptığını farketmiştir.

Teşhis; Samter sendromu (bronş astması + sürekli nezle + tekrarlayan burun polipleri ve analjezik allerjisi). Hastaya astma tedavisine ek olarak burnuna sürekli ve düzenli kullanacağı bir antiinflamatuvar sprey önerildi. Yapılan testler hastanın bazı ağrı kesicilerin yanısıra gıda katkı maddesi ve boyaların da bir kısmına duyarlı olduğunu ortaya koydu. Hastaya uygun analjezikler (Sodyum salisilat ve kodein) verilerek, kontrole çağrıldı. İçinde boya ve katkı maddeleri olan yiyecek içeceklerden uzak durması önerildi.

AMELİYAT OLACAKLARIN KORKULU RÜYASI: ALLERJİ

Arasıra gazetelerde, ameliyat esnasında ölen bazı şanssız hastalar ile ilgili çeşitli haberleri, yorumları ve hasta yakınlarının doktorları suçlayıcı ifadelerini okumaktayız. Gerçekten de hiç kimsenin başına gelmesini arzu etmediğimiz, hem aile hem de doktor açısından çok üzücü bir olay. Peki ameliyat esnasında hastaların bazıları neden kaybediliyor? Ölenlerin hepsi doktorların ihmali mi?

Genel anestezi esnasında anafilaksi denilen allerjik şokun görülme oranı yaklaşık 6000'de bir olarak kabul edilmektedir. Dünyanın neresinde olursa olsun anafilaksiye giren hastaların yaklaşık altıda biri hemen o esnada müdahale de edilse kurtarılamıyabiliyor. 1990 ve 1991 yıllarında yalnız Fransa'da ameliyat esnasında toplam 1585 adet bu türde hayatı tehdit edici allerjik reaksiyon bildirilmiştir. Ölen hastaların çoğunluğunu altta yatan önemli boyutta kalp veya akciğer hastalığına sahip kişiler oluşturmaktadır. Allerji genellikle (%70) bu esnada kullanılan adale gevşetici ilaçlara veya ameliyat ekibinin kullandığı eldivendeki lateks'e (%13) bağlı ortaya çıkmaktadır. Ameliyat esnasında kullanılan bir çok diğer ilaçlara karşı allerji ise daha nadir görülmektedir. Örneğin tiopental isimli bir ilaca karşı allerji ancak 30.000'de bir oranında görülmektedir.

LATEKS ALLERJİSİ

İlaçlara allerji uzun yıllardan beri bilinmesine karşın lateks allerjisi ilk olarak 1979 yılında bildirilmiştir. Allerji, lateks ile direk temas esnasında ortaya çıkabileceği gibi, lateks içeren eldiven veya bir başka eşyanın paketinin açılması esnasında ortam havasına karışan partiküllerin solunması ile de tetiklenebilmektedir. Ameliyat eldivenlerinin içindeki, eldivenin rahat giyilebilmesi için kullanılan toz pudra, lateks allerjenlerini oda havasına taşıma işlevini kolayca üstlenmektedir. Reaksiyonlar basit kurdeşen atağından (ürtiker), ani nezle veya astma atağına ya da anafilaksiye kadar değişen tablolar yaratabilir. Bazen genel anestezi altında ortaya çıkan bu reaksiyonlar bazen de basit bir muayene, diş tedavisi, yara bandajı veya rektal termometre koyma esnasında ortaya çıkabilir. Herkezce kabul edilen, en münasebetsiz zamanda ortaya çıkan lateks allerjisi ise prezervatif yani kondoma karşı olmaktadır. Lateks kondomların kullanımı tüm dünyada AIDS hastalığının güncelleşmesi ile artmış ve buna bağlı olarak kullananların allerjik yapıda olanlarında lateks allerjenlerine karşı antikorlar gelişmeye başlamıştır. Bu nedenle Amerika'da lateks allerjisi olan kişiler için bir plastik türü olan poliüretandan imal edilen özel prezervatifler imal edilmiştir. 1989 öncesinde ameliyat esnasında latekse bağlı allerjik reaksiyon görülme şansı %0.5 iken bu oran bugün (yani bir kaç yıl içinde) yaklaşık 25 kere artmış görülmektedir. Elbetteki bu rakamlar Avrupa ülkelerinden alınmıştır, ülkemizde ne yazık ki bu konuda bilinen hiç bir veri bulunmamaktadır. Lateks eşya esasen latince ismi **Hevea brasiliensis** olan kauçuktan üretilmektedir. Önceleri sadece Amazon ormanlarındaki ağaçlardan çıkarılan kauçuk,

ortalama 150 yıllık bir endüstriyel gelişim sayesinde bugün tüm dünyada ve ülkemizde de hem kullanılmakta ve hem de çeşitli allerjik sorunlara neden olabilmektedir. Eskilerin her nimetin bir külfeti olur demesi galiba boş bir söz değil.

AMELİYAT ÖNCESİ ALLERJİK DEĞERLENDİRME

Ameliyat olacak kişilerin önceden değerlendirilmesi mutlaka konunun en can alıcı noktasıdır. Allerji biliminin gelişmesine paralel olarak bir çok maddeye karşı uygulanan deri testleri veya bunların uygulanmadığı kişilere de bazı kan testleri yapılmakta ve kolayca kişide allerjik reaksiyon yaratabilecek antikorların olup olmadığı öğrenilmektedir. Ancak bu testler tüm anestezi ilaçları kapsamamakta ve ne yazık ki her merkezde yapılamamaktadır.

Acaba bazı kişiler diğerlerine göre daha mı fazla risk taşımaktadır? Eğer sorunun yanıtı evetse nedir bu risk faktörleri? Burada tabiatın erkekleri biraz kolladığını görmekteyiz. Yani ameliyat esnasında kullanılan ilaçlara karşı allerji, ezici bir çoğunlukla kadınlarda görülmektedir. Örneğin adale gevşeticilere allerjinin dörtte üçü kadınlardadır. Nedeni kesin olarak bilinmeyen bu durum en sık 30-50 yaş grubunda ortaya çıkmaktadır. Bu tür ilaç allerjisi çocuklarda çok nadir olup, çocuklarda en önemli sorun lateks allerjisidir. Bazıları kadınların kullandığı çeşitli kozmetik maddeleri burada suçlamakta ve kozmetik malzemeler ile anestetik ilaçlar arasında bir ilişki olabileceğini öne sürmektedir.

Daha önceki ameliyat esnasında aynı ilaçları kullanmış olmak veya olmamak arasında kesin bir ilişki

bulunmamıştır. Ancak önceden bilinen bir ilaçla herhangi bir allerjik reaksiyon geçirilmesi bir daha o ilacın kullanılmamasını gerektirmektedir. Allerjik nezle ve bronş astması hastalıklarının varlığı da risk olarak kabul görmektedir. Hastanede çalışıyor olmak lateks allerjisi için oldukça önemli bir risk faktörüdür. Yapılan araştırmalarda hastane personelinin %10 kadarında lateks antikorları tesbit edilmiştir. Ayrıca lateks endüstrisinin çeşitli basamaklarında çalışan işçilerde de buna benzer sonuçlar bulunmuştur. Spina bifida denilen özel bir doğumsal anormallik durumunda da lateks ve etilen oksit allerjisi hastaların üçte birinde görülmektedir. İlginç olan bir diğer önemli nokta; latekse karşı allerjik olanlar benzer allerjenik yapı gösterdikleri için **muz, kestane, kiwi** ve **avokado** meyvelerine de allerjik olabilmektedir. Yani bu meyvelerden birine karşı allerjik olmak lateks allerjisi için **risk** oluşturmaktadır. Bunlara ilave olarak vücutta önemli bir infeksiyon odağının olması (kemik iliği iltihabı, artrit, idrar yolu infeksiyonları vs) ameliyat esnasında kullanılacak dextran isimli bir serumaya karşı allerjinin daha sık görülmesine neden olmaktadır.

Bu nedenle ameliyat olacak hastalar eğer bahsedilen risk gruplarına dahilseler mutlaka ayrıntılı olarak incelenmelidir. Bu inceleme ilk olarak anestezi uzmanlarıncaya yapılmalı ve gerektiğinde allerji kliniklerinden yardım istenmelidir. Hastaların da ameliyat öncesinde bu gibi bazı genel bilgileri bilmesi yararlı olacaktır.

HASTA BİNA SENDROMU ve ALLERJİ İLE İLGİLİ (Sick building sendromu)

Modern dünyada insanlar bir gündeki 24 saatin %80-90'ını kapalı ortamlarda yani binaların içlerinde geçirirler. Yapılan bazı araştırmalar insanların kapalı ortamlarda, açık ortamlara göre daha fazla ve yoğun miktarda uçucu organik bileşiklere maruz kaldığını göstermiştir. Geçmişte sadece endüstriyel işyeri ortamlarında bulunduğu zannedilen bu kimyasal maddelerin, hemen tüm binaların içlerinde de bulunduğu nun anlaşılması son 15 yılda açığa çıkan bir konudur. Bugün tıbbın meslek, göğüs ve allerji hastalıkları ile halk sağlığı bölümleri artık sadece fabrikaları değil okulları, hastaneleri, işyeri bürolarını, kreşleri de bu nedenle araştırmaktadır. Hasta bina sendromu (HBS) 1986'da Dünya Sağlık örgütüne bağlı bir çalışma grubu tarafından şu şekilde tanımlanmıştır; **daha önceden sağlıklı olduğu bilinen kişilerin bazı binaların içinde yaşamaya başlamasıyla birlikte ortaya çıkan göz, deri ve üst solunum sistemine ait yakınmalarla birlikte halsizlik ve baş ağrısı.** Henüz elde çok kesin veriler olmamakla birlikte özellikle bazı binaların içinde yaşayanlarda daha fazla oranda bu rahatsızlıkların görüldüğü de bir diğer gerçek. Bu durum 1970'li yıllardan beri bir çok araştırmacının dikkatini çekmiş ve tıp literatürüne çeşitli isimlerle bir çok bildirimde bulunulmuştur (dar bina sendromu,

havasız ofis sendromu, binaya bağlı hastalıklar, binâ hastalığı vs). Bazı araştırıcılar bu sendromu genel çevre kirliliğinin bir parçası olarak kabul etmekte ve "çevresel hastalık, kimyasal hipersensitivite, multi-kimyasal duyarlılık" gibi isimler kullanmaktadır.

Başlangıçta bazı ailelerin gözlemlerine dayanılarak yola çıkılmış ve kapalı ortamda hastalık yaratabilecek belirli risk faktörleri bulunmaya çalışılmıştır. Bugün artık bu risk faktörlerinin çoğu ortaya çıkmıştır. **Bunlar**; sigara dumanı, ev içinde (veya işyerinde) kalabalık nüfus, bina tipi ve yaşı, nem oranı, binada küf bulunması, işyerlerindeki fotokopi cihazı, havalandırma gibi aletler, çeşitli aerosoller, kişilerin allerjik bünyeli olması, evde hayvan beslenmesi, mikroorganizmalar, duvarlar/boyalar ve mobilyalardan salınan uçucu organik bileşikler, binanın ısıtma sistemi, binanın hangi maddelerden yapıldığı ve son olarak da bina içinde halının bulunması (özellikle duvardan duvara olan tipleri), tekstil yüzeylerdeki akarlar (mite) ve küf mantarlarıdır. Enteresan bir nokta da bu sendromun **devlet memurlarında, özel sektör memurlarına** göre daha sık olarak gözlenmesidir. Şimdi bu faktörleri teker teker inceleyelim.

SİGARA DUMANI: Artık günlük gazetelerde de gündelik haber haline gelen bu konu yaşamımızın hemen her ayrıntısını ilgilendirmektedir. Sigara dumanı içinde 4000'den fazla zararlı madde vardır. Bunlar sadece içenleri değil etraflarında bulunan diğer kişileri de etkilemektedir. Bu nedenle gelişmiş batı ülkelerinin hemen hepsinde sigara içenlerle içmeyenlerin yerleri ayrılmış ve sigara içenlerin içmeyen kişi ve çocukları zehirlemeleri önlenmeye çalışılmıştır. Yaşamın bir parçası haline gelen bu düzen nedeniyle sigara içenler

eğer kendilerine ayrılmış özel bir yer yoksa sigara içmek için dışarıya (balkon veya bahçeye) çıkmakta ve bu olayı olgunlukla kabul etmektedir. Ülkemiz parlementsunda da benzer bir kanun tasarısı beklemekte ancak **her nedense** bir türlü kanunlaşmamaktadır. Bu nedenle ülkemizde sigara içmeyenler ve çocuklar daha bilinmeyen bir süre sigara içenler tarafından zehirlenmeye devam edecektir. İki yıl önce İstanbul'da ilkokul çocukları üzerinde yapılan bir araştırmada, çocukların idrarlarında nikotinin idrarda atılan şekli olan "**kotinin**" miktarları ölçülmüş ve her çocuğun günde ortalama 5 sigara içmiş kadar sigara dumanına maruz kaldığı gösterilmiştir (anne, baba ve diğer yakınları tarafından zehirlenmenin kesin bulgusu, ne yazık ki kanun önünde suç değil). Ülkemizde ne yazık ki hala çocukların en önemli ölüm sebeplerinden birisi, pnömonidir (zatürre, akciğer iltihabı) ve kesin olarak ev içinde çocukların yanında sigara içilmesi ile pnömoni riski artmaktadır.

EV-İşYERİ ISITMA SİSTEMİ: Günümüzde dünyanın yarısından fazlasında ısıtma ve yemek hazırlamak amacıyla bina içinde çeşitli organik kökenli yakıtlar kullanılmakta (odun, talaş, kömür, tezek) ve bunların yanması esnasında açığa çıkan bazı kimyasal madde ve gazlar (karbonmonoksit, nitrojenin toksik oksitleri ve sülfür) iç ortam havasına karışmaktadır. Bu maddelerin yanması ile ortaya çıkan hidrokarbonlar (özellikle **benzo[*a*]pyrene**) kanserojen etkileri iyi bilinen maddelerdir. Ülkemizde hem şehirlerde hem de kırsal kesimde gerek ısınma ve gerekse yemek hazırlamak için odun, çalı çırpı ve tezek kullanımı yaygındır. Bu tür yakıt kullanmak en çok, maruz kalan kadın ve çocukları etkilemekte ve bu kişilerde tekrarlayan akciğer

hastalıkları, nefes darlığı ve kronik bronşite neden olmaktadır. Göğüs Hastalıkları kliniklerine her gün başvuran hayatında hiç sigara içmemiş ama sanki hayatı boyunca sigara içmiş gibi akciğer hastalığı olan özellikle kırsal bölgeden gelen bir çok hanım hastanın, hastalığının esas sebebi işte bu **evçi hava kirliliği**dir. Ayrıca kalitesiz ve içinde yanan maddenin gazlarını bina içine veren sobalar da bir başka kirlilik kaynağıdır. Uygunsuz ve standart dışı olarak üretilen sobalardan çok sık karbonmonoksit gazı (CO) kaçağı olmakta ve her yıl neredeyse ülkemizde terör sonucu ölenler kadar ölüme ve sakatlığa neden olmaktadır. Bina içinde devamlı olarak düşük miktarda karbonmonoksit bulunmasının bir çok etkisi vardır. Bunların en önemlilerinden birisi gebe hanımların düşük ağırlıklı bebek doğurmasına neden olmalarıdır ki bu da bebeklerin yaşama şansını kötü yönde etkilemektedir.

BİNALARIN YAPISI: Günümüzün en gelişen sektörlerinden birisi de inşaat sektörüdür. Her geçen gün daha hızlı ve ucuz inşaat yapmak için yeni metodlar ortaya atılmakta ve her geçen gün yeni maddeler bu alanda kullanıma girmektedir. İnşaat sektörünün çeşitli aşamalarında bugün için 25.000 civarında madde kullanılmaktadır. Betonun sağlamlığı, ısı ve ses yalıtımı, ısıtma ve havalandırma sistemleri için her ülkede değişik malzemeler kullanılmakta ve bunların büyük bir kısmı daha sonra binaların içine bazı gazlar vermektedir (örneğin göz, deri ve solunum yolları için tahriş edici etkisi olan **formaldehid** gazı gibi). Binaları etkileyen en önemli özelliklerden biri, binanın havalandırılabilmesidir. Bu da; büyük pencereler, havalandırma boşlukları ve özel sistemlerle olmaktadır. 1970'li yıllardaki petrol krizi sırası ve sonrasındaki yapılan bir çok binada ısınma özelliği ön planda tutulduğundan,

havalandırma özellikle küçülen pencereler nedeniyle ikinci plana itilmiş ve bir çok hasta bina üretilmiştir. Bugün bazı batı ülkelerinde tıp ve inşaat araştırmacıları birlikte bu konular üzerinde çalışmakta ve sadece bu konuların yayınlandığı bilimsel mecmualarda araştırmalarını yayınlamaktadır. Bu problem küçük evlerden ziyade, yüzlerce kişi ve işyerini barındıran büyük apartman, işyerleri ve gökdelenler için özel bir önem taşımaktadır. Küçük evlerin bir diğer önemli problemi, bazı coğrafi bölgelerde yeraltından sızan ve evlerin içine de kolayca girebilen bazı radyoaktif gazlar olup bunların en iyi bilineni **radon gazı**dır ve kesinlikle kanserojendir. Bazı batı ülkelerindeki evlerde bu gazın ölçümleri rutin olarak yapılmakta ve radon'un tesbit edildiği evlere mutlaka ventilasyon sistemi takılmaktadır. Bina içindeki mobilyalardan, eşyalardan, fotokopi cihazı gibi aletlerden de ortama bazı rahatsız edici koku ve gazlar yayılmaktadır. Ancak bunların ne oranda kişileri rahatsız ettiği konusunda araştırmalar devam etmektedir.

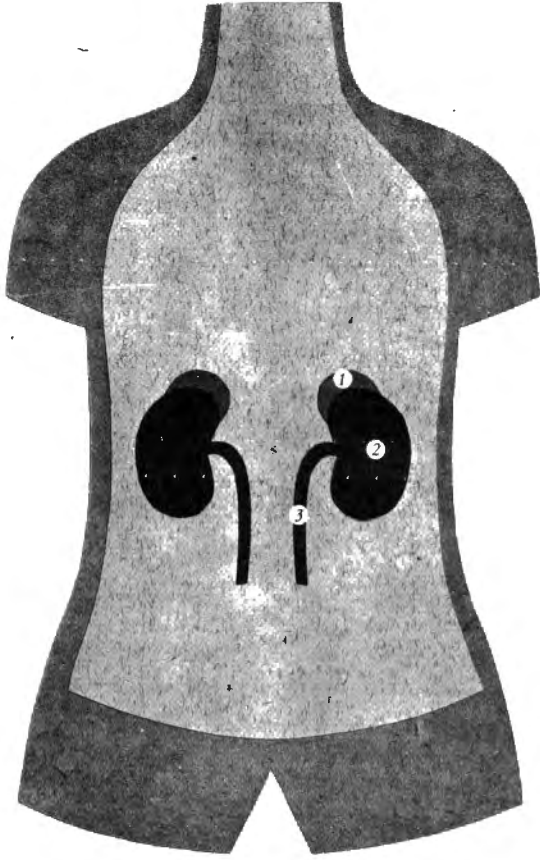
BİNA İÇİNDEKİ GERÇEK ALLERJENLER: Bunlar halı ve tekstil yüzeylerde yaşayan akarlar (mite), nemli ortamı seven küf mantarları ve kedi, köpek gibi hayvanlardır. Ev içindeki saksı çiçekleri çok ender olarak allerjik bir rahatsızlığa neden olmaktadır. Her insandan günlük dökülen deri parçacıkları ile beslenen akarlar, esas olarak evdeki halı, koltuk, kanepeler, yataklar gibi yüzeylerde bulunurlar. İskandinav ülkelerinde bunlara karşı allerjik olan kişilere devlet evdeki eşyaların değiştirilebilmesi için uzun vadeli kredi verebilmektedir. Bir araştırmada "Hasta bina sendromlu" evlerin yarısında normalden fazla miktarda rutubet ve binanın her hangi bir yerinde su kaçağı bulunmuştur. Evdeki rutubet akarların çoğalmasını kolaylaştırdığı

gibi duvar, merdiven altı, pencere içi, banyo gibi yerlerde küflenmelere de sebep olmaktadır. Solunan havada mantar parçacıklarının olması astım ve allerjik nezle gibi bazı hastalıkları etkilemektedir. Allerjik kişiler için kedi, köpek gibi hayvanlarla aynı kapalı ortamda bulunmak da büyük bir risk faktörüdür. Bu hayvanların deri, kıl, idrar, salya ve teri oda içersinde solunan havaya karışmakta ve allerjik kişilerde çeşitli problemlere neden olmaktadır. Ev içindeki akarlar ve hayvanlarla ilgili ayrıntılı bilgiler kitabın diğer bölümlerinde verilmiştir.

Bu sendromun ortadan kaldırılabilmesi; toplumun eğitilebilmesi, devletin inşaat sektörüne belli kuralları uygulatması, binaların havalandırılmalarının en iyi şekilde olması ve sigorta sisteminin (kişi ve binaların) geliştirilmesiyle olacaktır.

KORTİZONLU İLAÇLARIN TEDAVİDEKİ YERİ NEDİR?

Kortizon her normal vücutta bulunan ve vücudun hormonal dengesinde önemli rolü olan bir maddedir. Endüstriyel olarak üretilip, bir çok hastalığın tedavisinde kullanılan çok önemli hatta hayat kurtarıcı özelliklere sahiptir. Kortizonun etkileri de diğer bütün hormon veya kimyasal maddeler gibi; bilimsel tıbbi kurallar çerçevesinde kaldığı sürece kontrol altındadır. Tıbbın ilk çağlardan beri bilinen altın kuralı "Dosis facit venenum" (zehiri yapan, miktardır), elbetteki kortizon için de geçerlidir. Zaman zaman basın ya da televizyonlarda kortizonu kötüleyen ya da sürekli olarak yan etkilerinden bahseden yazı veya haberler çıkmakta ve sanki kamuoyu genelde kortizonun "pek de iyi bir şey" olmadığı hakkında bilgilendirilmektedir. Bu konuda sadece ülkemiz değil, genel olarak bir çok ülke kamuoyunda bulunan kortizon'dan çekinme ya da tıbbi adıyla "**kortikofobi**", bazen hasta tedavisini engellemekte ve hastanın tıp dışı alternatif tedavi yöntemlerine dahi başvurmasına neden olabilmektedir. Ancak kortizon gerektiren bir hastalık genellikle bu ilaç olmadan kontrol altına girmediğinden, alternatif tedavi uyguladığını söyleyen kişilerin bazıları da hastaya yine bu ilacı vermekte ve sonuçta hasta yine kortizon tedavisini görmekte ancak **kontROLSÜZ miktarda** ilaç almış olmaktadır. Örneğin astma hastalarının bazıları "bir



1- BÖBREKÜSTÜ BEZLERİ

2- BÖBREK

3- İDRAR YOLLARI

Kortizon böbreküstü bezlerinde yapılan bir hormondur.

yerlerden" astma tedavisi için elde yapma burun damlaları bulmaktadır. Bu damlaları kullananların hemen hepsi bir süre sonra "aynı çok yüksek dozda kortizon kullanan kişiler gibi" bize geri gelirler. Ne yazık ki genellikle bu tür mucizevi ilaçları yapanlar da bizim bir meslekdaşımızdır ve hastaya o damlaları verirken hiç bir açıklama yapmamıştır. Aynı olay ilaç tedavisi yerine aşı olmayı seçen ve "elde hazırlanan yani standart olmayan aşılardan" kullanan hastalardan bazılarının da başına gelmektedir. Hastayı gördüğünüzde ortadaki tablonun (kilo artımı, özellikle yüzde yuvarlaklaşma, kılınma, deride çatlama vs) nasıl olduğunu anlarsınız fakat hasta genellikle ya bu tedaviyi nereden aldığını söylemez ya da tedavisi bitmiştir.

ETKİLERİ

Kortizon böbreküstü bezlerinde yapılan, kan dolaşımına geçtikten sonra tüm vücuda yayılan bir hormondur, **İnflamasyon** diye adlandırılan sebebi bilinen veya bilinmeyen ve hemen hemen tüm kan elemanları ve bir çok hücrenin rol oynadığı reaksiyonlarda, bu olayları bloke edebilecek çok güçlü bir etkiye sahiptir. Ani gelişen allerjik reaksiyonlarda, çeşitli romatizmal hastalık ve vaskülitlerde, astma, egzama veya inflamatuvar barsak hastalıkları tedavisinde çok önemli bir yere sahiptir. Kortizon tıpta tablet, ampul, merhem, göz damlası, sprey ve toz şeklinde nefes yoluyla içe çekilecek biçimlerde kullanılır. Tüm bu ilaçlar doktor kontrolünde olmak üzere emniyetle kullanılabilir. Tablet veya ampul şeklinde olan kortizon elbetteki en kuvvetli etkiye sahiptir. İnjektasyondan sonra veya mide-den kan dolaşımına geçerek tüm vücuda dağılır ve sadece inflamasyon bölgesini değil tüm organları az ya

da çok etkiler. Kısa süre kullanımlarda önemli bir yan etki görülmemektedir. Uzun süre kullanımlarda ise genellikle lokal yani sadece hasta bölge üzerine kullanılmaktadır. Yani göz damlası, deri merhemi, burun spreyi veya astma spreyleri biçiminde.

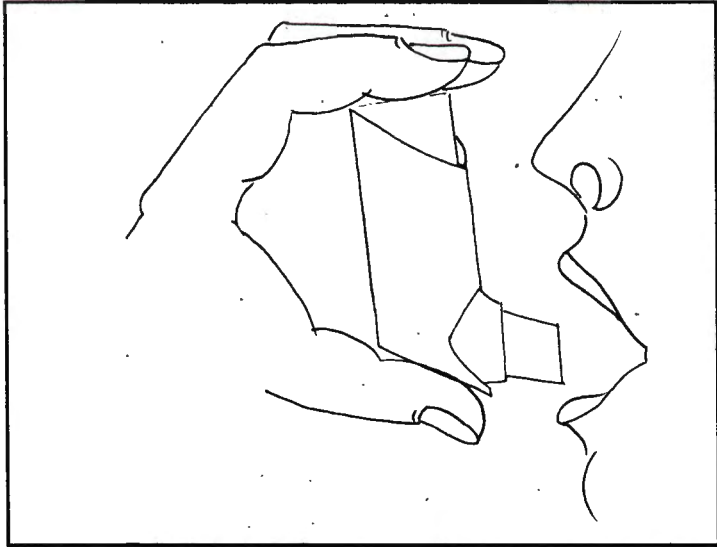
Allerjik bir neden olsun olmasın astma, rinit veya egzama'da geri plandaki esas nedenin genetik zeminde gelişen kronik inflamasyon olduğundan bahsetmiştik. İşte kortizonlu ilaçlar allerjik nedeni olsun olmasın bu inflamasyonla başedebilir. Tedavi süresi kişiden kişiye değişim göstermekte olup, lokal tip ilaçlar dünyada 20 yıldan uzun bir süredir emniyetle kullanılmaktadır.

YAN ETKİLERİ

Tıbbi tedavi aslında verilen ilaçla istenen iyileşmeyi sağlamak, ilaca bağlı yan etkilerin olmaması ve hastalığın kontrol altına girilmesi konusunda usta bir denge kurma sanatıdır. Su da yaşam için gerekli olmasına karşın insan çok su içerse rahatsız olabilir veya suda boğulabilir. Ama sudan vazgeçmek söz konusu olmaz. Aspirin tüm dünyada kullanılan ucuz ve çok güzel bir ağrı kesici ilaçtır. Ama kullananların bir bölümünde mide sorunu ya da allerjik reaksiyonlar oluşturabilir. Yani yan etki her zaman her madde ile oluşabilir.

İki haftadan kısa süreli ve düşük doz kortizon tablet kullanmanın önemli boyutta bir yan etkisi yoktur. Ancak uzun süreli ve yüksek doz kortizon tablet kullanmanın önemli yan etkileri ortaya çıkabilir. Bunlar deri değişiklikleri, kemik dokusunda zayıflama, adale zayıflığı, diabete eğilim, vücut savunma sisteminde zayıflama ve kilo artırımındır. Ayrıca psikolojik rahatsızlık, sindirim sistemi ve göz ile ilgili nisbeten daha kolay

başedilebilir sorunlar da görülebilir. Ancak astma spreyi ya da burun spreyi gibi lokal kullanımlarda bu yan etkilerin neredeyse hiçbiri görülmez. Çünkü tabletlerdeki miligram düzeyinde olan ilaç, lokal kullanıldığında mikrogram boyutlarında dozlara inmektedir. Bu durumda ortaya çıkabilecek, ilacın direk kullanımına bağlı ses kısıklığı, boğazda mantar enfeksiyonu, burunda kanama veya kabuklanma türünden yan etkilerle başetmek ise kolaydır. Ağızdan sprey veya toz olarak kullanılan ilaçların her kullanımı sonrasında bir bardak su alıp bunun her yudumuyla ağız ve boğazı çalkalayıp, gargara yapmak ve suyu geri tükürmek yeterlidir. Burunda herhangi bir sorun geliştiğinde ise bir kaç gün spreye ara vermek yeterlidir. Kısacası kortizon içeren ilaçlar doktor kontrolü ve önerisiyle, yine doktorunuzun size göstereceği sürede düzenli olarak emniyetle kullanılabilir.



Solumun yoluyla alınan sprey tipi ilaçlar direk olarak akciğere giderek en kısa zamanda etki gösterirler.

TIP ALTERNATİF TEDAVİLERE MUHTAÇ MI?

Hasta olan kişinin şifa araması elbetteki en doğal hakkıdır. Ancak şifa ne yazık ki dünyanın bir çok yerinde hastanın ve ülkesinin ekonomik durumu ile ve tıbbın o andaki bulunduğu konum ile doğru orantılıdır. Kalabalık ve fakir ülkelerde ilaç ve modern tedavi imkanları bulunmadığından insanlar **zorunlu olarak** alternatif tıba yönelmiştir. Temiz bir hastanede ücretsiz veya ucuz olarak safra kesesi ameliyatı veya astım tedavisi imkanı elde eden bir kişi niye gidip de akupunktur veya homeopati gibi yöntemlerin peşinde koşsun? Safra kesesi ameliyatı olduğunda veya astımı için modern tedavi imkanlarını kullandığında düzeliyorsa neden bu derdi için bio-enerji'ci arasın? Bugün dünyada sadece tıbbi araştırmalar için Türkiye'nin gelirinin kat kat fazlası her yıl harcanmakta, bütün bunlarla sadece insanları ilaç satarak soymak isteyen belli çevreler mi uğraşiyor dersiniz? Bu tür yöntemlerin pek popüler olduğu Pekin, Bombay ya da Moskova gibi yerlerde alternatif tedavi yöntemlerinin rağbette olmasının acaba buralarda doğru dürüst bir ağrıkessici veya antibiyotik bulunmamasıyla ilgisi yok mudur?

Bilimsel araştırmaların belli yöntemleri vardır ve araştırma yaparken bunlara uymak zorunludur. Bu yöntemler İngiltere'de veya Uganda'da ya da Türkiye'de değişiklik göstermez. Tezinizi ispatlamak için mutlaka

bu yöntemleri kullanmanız gerekmektedir. İşte alternatif denilen bu tedavi yöntemlerinin eksiği burada olup ne yazık ki etkileri bilimsel ölçülerde halihazırda isbat edilememiştir. Gazetelerden öğrendiğime göre Leonid Brejnev'in ömrü bio-enerji tedavisi ile bir yıl uzamış (!), peki Leonid Brejnev'in ömrünün ne kadar olduğunu nasıl ölçmüşler ki bunun bir yıl uzadığını biliyorlar. Bizler insan vücudunda adale, damar veya sinir gibi dokuları biliyoruz ama henüz sağ bilmem kaçınıncı azı dişi ile karaciğer arasındaki ilişkinin nasıl sağlandığını bu kişilerden duyuyor ama görmüyor, bilmiyoruz. Çünkü ne dişi çürüten kişinin karaciğeri bozuluyor, ne karaciğeri rahatsızlanan kişinin dişi çürüyor ne de dişleri çekilen insanların karaciğeri iflas ediyor. Ama arada bazı kişiler biraz para kazanabiliyor!

Göğüs ve Allerji Hastalıkları uzmanı olduğum için, konuya yakın olarak bildiğim "**Bronş astması**" hastalığı ile devam etmek istiyorum. Her geçen gün görülme sıklığı giderek artan birkaç hastalıktan biri olan astma gün geçtikçe kamuoyunun daha çok dikkatini çekmektedir. Bir kaç günde bir gazetelerin birinde astma hastalığının tedavisi ile ilgili bir yazı veya haber çıkar ama bu haberlerin çoğunun gerçeğe uzaktan yakından ilgisi de bulunmaz. Kullanmakta olduğu tedaviyi bu nedenle bırakanlar, saçma sapan ve zararlı yöntemler uygulayanlar, gazetelerden kestiği haber kupaşlarını getirip bize gösteren hastalarla hemen her gün karşılaşmaktayız. Bir kaç yıl önce aynı tür bir olayın zakkum konusu ile gündeme geldiği unutulmamalıdır. Bir süre önce TÜBİTAK'ça desteklenen bir araştırmamızda Ankara, İzmir, Adana, Samsun ve Elazığ'da görülen 1149 astma hastasından %40'ının

tıpdışı ve alternatif tedavi yöntemlerini denemiş ya da denemekte olduğu görülmüştür. Bu yöntemleri sırayla gözden geçirecek olursak;

a) **Bitkisel İlaçlar** (herbal tedavi, bir anlamda homeopati): Hemen hemen bilinen tüm ot, kök, baharat, meyve ve sebzeler bu amaç için kullanılmaktadır. 'Bitkisel tedavi yöntemi ülkemizde geleneksel olarak en sık rağbet gören alternatif tedavi yöntemidir. Her bölgenin kendine özgü reçeteleri, karışımları bulunmaktadır. Zakkum gibi bazı zehirli bitkileri içerenler hariç genellikle kişilere pek zarar vermemektedir. En sık bal ile karıştırılarak yenildiği veya içildiği için belki sadece hastaların gereksiz yere iştahlarının açılmasına ve kilo alınmasına sebep olmaktadır. Karpuzun içinin oyularak buraya çeşitli baharatlar, bal ve alkol doldurulması ve daha sonra bunun bir müddet bekletilmesi ve sabahları bu karışımdan bir miktar yemek, kuru soğanın suyunu içmek, aktarlarda satılan bazı baharat karışımlarını çay gibi demleyerek içmek en sık karşılaşılan reçetelerdir. Evet bazı ilaçların bitkilerden elde edildiği doğrudur ama bu o bitkiyi direk olarak yemek veya suyunu içmek şekliyle etki göstereceği anlamına gelmemektedir. Eğer öyle olsaydı doktorlar reçete yazmak yerine hastaları aktarlara gönderirlerdi eczanelere de gerek kalmazdı.

b) **Astma mağaralarını ziyaret etmek** (speleoterapi): Bu yöntem sadece ülkemizde değil İsviçre, İtalya, Macaristan, Çekoslovakya, Polonya gibi ülkelerde de çok popülerdir. Ortada bilimsel olarak ispatlanmış kesin bir etki olmamasına rağmen hastaların bazıları subjektif olarak kendilerini bu tür mağaralara gittikten sonra bir kaç hafta veya bir kaç ay iyi hissettiğini söylemektedir. Astmalı hastaları sıklıkla etkileyerek

nefesdarlığı yaratan kuvvetli kokuların (sigara dumanı, parfüm, boya, cila, böcek ilacı, egzoz gazı vs), hava kirliliğinin, bitki polenlerinin veya evtozu akarlarının mağara havasında bulunmaması hastaların burada kendilerini iyi hissetmelerine neden olmaktadır. Henüz tam kanıtlanmamış olmakla birlikte belki de mağaraların bazılarının havalarında bulunan azot bileşikleri hastalarda nefes açıcı sprey etkisi de yapmaktadır. Ülkemizde bu amaçla genellikle Antalya'daki Damлатаş mağarası tercih edilmekte, yazın burası 2-3 haftalık bir dönem için her gün belli saatlerde ziyaret edilmektedir. Hastaların bazıları bu ziyaret dönemi sonrasında kendilerini bir kaç ay iyi hissettiklerini belirtmektedir. Bu konuda yurt dışında kongreler de düzenlenmekte, ancak konunun turizm yönü daha baskın gibi görünmektedir.

c) **Hayvansal ilaçlar:** en popülerleri bıldırcın yumurtasıdır. Kesinlikle hiç bir etkisi yoktur. Kirpi kanı, kurban kanı, kaplumbağa kanı içen hastalar bulunmaktadır. Bu hastalar kendilerini gereksiz yere çeşitli parazitler, mikrobik ve virütik infeksiyonlarla bulaşma riski altına sokmaktadır. Çeşitli yazılardan Dünya'nın bazı ülkelerinde de ülkemizdekilere benzeyen alışkanlıkların olduğunu duymaktayız. Örneğin Etiyopya'da astmalılar fil idrarı ve dışkısını yemekte / içmekte, Hong Kong'ta ise sırf bu amaçla 5-6 metrelik boğa yılanları yakalanarak bizim elektrik direklerine benzeyen direklere asılmakta, hayvanların vücudu canlı canlı bir palayla yarılarak kanları aşağıda büyükçe bir kaptan toplanmakta ve astmalılara bardak bardak satılmaktadır. O ülke kültürlerine göre Etiyopya'da fil, uzak doğu'da ise boğa yılanı kudret timsalidir.

d) Hastaların daha az bir bölümü kuduz aşısı yaptırmakta, bileklerine uzakdoğu ülkelerinden ithal bile-

zikler takmakta, kendi kanlarını kalçalarına enjekte etmekte, kendi idrarlarını içmekte veya bazı Türk mucitlerinin (henüz onaylanmamış) çeşitli ilaçlarını kullanmaktadır. Bu mucitler nedense buldukları ilaçları, bir türlü bilimsel yollardan geçirerek tescil ettirmektedir. İspat edilmeyen veya edilemeyen her iddia bilimde geçersizdir. İddianın tek isbat yolu da bilimsel yöntemlerdir. Bu tür ilaçların önce laboratuvar, sonra hayvan deneyleri ve en sonra da insan deneyleri ile etkinliğinin isbatı gerekmektedir.

e) **Alternatif yöntemler** (Yoga, akupunktur, hipnoz, homeopati, Ayurveda'cılık vs): Bu yöntemlerin bir bölümünün etkisi bulunmamakta bir bölümü de henüz hiç bir etkisi gösterilemeyip, üzerinde çalışmalar sürdürülmektedir. Avrupa'nın bazı ülkelerinde akupunktur ve hipnoz ile uğraşan bilim adamları vardır ancak bunların hiç birisi astma hastalığının tedavisi konusunda olumlu bilimsel bir sonuç bildirememiştir. Yazılan yazılar sadece anekdotal değere sahiptir. Ben ülkemizde adı geçen konularla ilgili **uluslararası bilimsel düzeyde uğraşı veren herhangi bir kimse** bulunduğunu bilmiyorum. Akupunktur Çin'de yüzlerce yıldır kullanılmasına rağmen henüz etki mekanizması tam olarak anlaşılmamış bir konudur. Anatomik olarak isbatı olmayan bir izah zinciri ile açıklanmaya çalışılmaktadır. Genellikle **psikosomatik** nedenli hastalıklar için yararlı olabileceği düşünülmektedir. Belki kilo vermek veya sigarayı bırakmak isteyenlere yardımcı olabilir çünkü bu kişiler zaten içlerinde bu isteği taşımakta ve şu veya bu şekilde bir destek beklemektedir. Ancak astım veya diğer allerjik hastalıklarda kesin olarak etkisi ispatlanmamıştır. Astması için göğsüne akupunktur yaptırırken, iğnenin "**biraz fazla derine gitmesi**" (!) sonucu **pnömotoraks** yani akciğerin

birinin patlayıp sönmesi durumu olan bir hasta tıbbi kayıtlarımızdadır. Hasta ancak acilen göğsüne müdahale edilip, özel bir tüp takılarak kurtarılmıştır. Ülkemizde öğrenildiğine göre **yaklaşık 2000 kişi** akupunkturist olarak faaliyet göstermektedir. Gerek Uzak Doğu ülkelerinden gelerek ve gerekse TC vatandaşı olup ülkemizde "icrayı san'at" eyleyenlerin ne gibi bir resmi işlem sonucu, çalışma izni aldıkları konusu ise tam bir muammadır. Mutlaka bu gibi yöntemler batı ülkelerinde de kullanılmakta ancak devlet bunları yakından denetlemektedir.

Bu tür ilaçların dışında ayrıca bazı doktor veya doktor olmayan kişiler hastalara kendi hazırladıkları bazı şurup veya damla biçimi karışımları da vermektedir. Bunların büyük bir kısmı gereksiz yüksek doz kortizon içermekte ve hastalar bir süre sonra bu ilaçların yan etkilerine maruz kalmaktadır. **Kortizon bu hastalığın tedavisinde önemli bir yere sahip, çok etkili bir ilaçtır**, ancak ehil olmayan ellerde hastalara zararlı da olabilmektedir. Görebildiğimiz kadarıyla hastalar bu tür kontrolsüz reçeteleri kolayca bulabilmekte ve bu tür satışları yapan kişiler hiç bir denetime uğramamaktadır. Basın genellikle bu tür kişileri sansasyon haber yapmak uğruna reklam etmekte ve hastalara tanıtmaktadır. Sağlık Bakanlığı ve Tabip Odaları da ne yazık ki bu konuda gerekli duyarlılığı göstermemektedir. Sonuçta hastalar **istismar** edilmektedir.

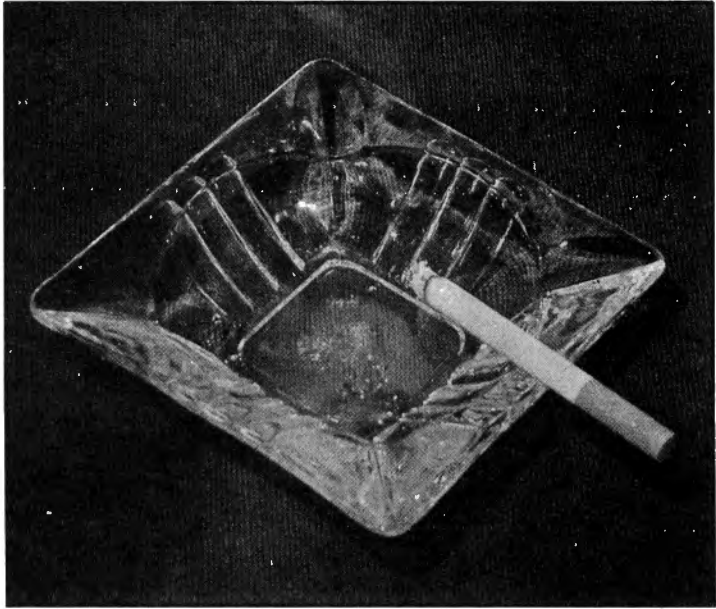
Hastalar hiç merak etmesinler. Bugün için dünyada bulunan hemen hemen bütün ilaçlar ülkemizde de bulunmakta veya getirilebilmektedir. Hastalar, bu hastalıkların uzmanları dışındaki kişilere gitmesinler, ülkemizde yeteri kadar kaliteli uzman hekim bulunmaktadır.

TÜRKİYE VE DÜNYADA BRONŞ ASTMASI VE ALLERJİ HASTALIKLARI ARTIYOR MU?

Aşağı yukarı her üç kişiden birinin allerji hastalıklarına eğilimi yani atopik olmasına karşın her beş kişiden biri hayatında en az bir kez allerji hastalığına yakalanmaktadır. Bu, bazen çocukluk döneminde çikolata veya rengarenk boyalı bir şekerleme yedikten sonra kaşınma şeklinde olabileceği gibi erişkin dönemde nefesdarlığı olarak da ortaya çıkabilir. Allerji bazen bir kaç saat sürerken, bazen de yıllarca devam edebilir. Gerek astma ve gerekse diğer allerjik hastalıkların günümüzde giderek daha sık görüldüğü kabul edilmektedir. Bu artışa etki eden faktörler; sigara, değişen ev ortamı, değişen dış çevre ve hava kirliliği, gıdaların giderek doğallıktan ayrılması ve bir çok katkı maddelerini içermesi olarak sıralanabilir.

Sigara kullanımı halen dünya üzerinde insanlık için en zararlı bir kaç olaydan biridir. Batı toplumlarında sigara içenlerin sayısı her geçen gün azalmakta ve içenler **ikinci sınıf insan** muamelesi görmektedir. Sigara içme oranı ne yazık ki ülkemizin de içinde bulunduğu Afrika ve üçüncü dünya ülkelerinde artmaktadır. Bu nedenle dünyanın sigara tekelleri artık ülkemize de gelmiş ve günlük hayatımıza girmiştir. Sigaranın en büyük kötülüğü, sadece içene değil içenin etrafındaki kişilere de zarar vermesidir. Bu nedenle evde çocuklar veya işyerinde sigara içmeyen iş arkadaşları ge-

reksiz yere zehirlenmektedir. Sigara içen hamile kadınların çocuklarında astma ve allerjik hastalıklar kesinlikle daha sık görülmektedir. Evde anne ve babanın çocuklarının yanında bilinçsizce sigara içmesi, onlarda **nefes darlığı, öksürük, hırıltılı solunum** gibi yakınmaların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Çocukluk döneminde sigara dumanına pasif olarak maruz kalma, allerji hastalıkları ve astma açısından büyük bir risk anlamına gelmektedir.



İyileşen ekonomik koşullar eviçi ortamında değişikliklere yol açmaktadır. Evlerin içine daha çok mobilya, daha çok halı, daha çok tekstil yüzeyli eşya girmekte, evlerin hacmi büyümekte ve ısınmalar giderek daha çok kaloriferle yapılmaktadır. Bunların sonucu olarak, allerji yaratan ev tozu böcekçikleri eviçi ortamında art-

makta, duvar kağıtlarının altında, akvaryum kenarında küf mantarları üremekte ve mobilyalardan eve lake-cila kokuları yayılmaktadır. Özellikle sunta mobilyalar ev ortamına bir kaç yıl boyunca **formaldehit** gazı türünde kimyasal maddeler yaymaktadır. Bunların hepsi ev içinde yaşayanları allerji açısından riskli hale getirmektedir. Bu nedenle allerjik kişilere son derece sade bir ev (özellikle halının olmadığı, koltukların deri ya da vinylex kaplamalı olduğu) önerilmektedir. Böylelikle elektrik süpürgesi satıcıları arasında da komik bir **"Allerji yaratan akarları biz daha iyi ortadan kaldırırsınız savaşı"**na gerek olmayacaktır. Kedi, köpek gibi hayvanlara karşı allerjisi olanlar bunları ya evden uzaklaştırmalı veya bir kaç günde bir, çok sıkı biçimde yıkamalıdır.

Değişen ya da daha doğrusu giderek kirlenen çevre ve hava, bir diğer risk etkenidir. İstanbul'da yeni yapılan bir araştırmada; kirliliğin yoğun olduğu şehrin iç kısmından ve şehir dışından 0-6 yaş arası 529 çocuk incelenmiş ve sonuçta; şehir içindeki kirli havaya daha çok maruz kalan çocuklarda astmanın %21.9, şehir dışındaki nisbeten temiz havalı semtlerde yaşayan çocuklarda ise %9.4 oranında görüldüğü anlaşılmıştır. Ankara'lı çocuklarda ise bu oran, %6.9 ile %8.3 arasında değiştirmektedir. Ankara'lı çocuklarda allerjik nezle %15 ve allerjik egzama ise %4 civarında görülmektedir.

Dünyanın son 120 yıllık ısı ölçümleri denizler ve karalar arasındaki ısı farkının giderek azaldığını göstermektedir. Aynı ilişki yazla kış arasında da vardır ve buradaki ısı farkları da giderek azalmaktadır. **Yeni yaşlı dünyamız giderek ısınmaktadır.** Bunun sonucu olarak bizim de içinde bulunduğumuz coğrafi böl-

gede; sanki Akdeniz iklimi Avrupa'ya (veya kuzeye) doğru kaymakta, Akdeniz iklimi de giderek çöl iklimine bürünmektedir. Bu ısınmanın sonucu olarak, polen allerjileri etkilenmekte, daha uzun sürmekte ve yeni polenler allerji etkeni olarak ortaya çıkmaktadır.

Bir başka allerji etkeni de gıdalardır. Anneler doğum sonrasında giderek çocuklarını daha az oran ve sürede emzirmekte dolayısıyla çocuklar çok erken dönemde hazır mamalar ve endüstriyel gıdalarla karşılaşmaktadır. Ülkemizde de özellikle şehirlerde yaşayan hanımlar bu akımdan nasiplerini almakta ve çocuklarını giderek daha az oranda emzirmektedir. Yenilen, içilen gıda ve içeceklerin içersine her geçen gün yeni boyalar, katkı maddeleri ve koruyucular eklenmektedir. Özellikle ülkemizde bu ürünlerin yeterli düzeyde kontrolünün yapıldığını söylemek imkansızdır. Gelişmiş batı ülkelerinde her gıda maddesinin üzerinde ne içerdiği açık açık yazılmasına karşın, ülkemizdeki çok sınırlı bir kaç ürün dışında bunu bulmak mümkün değildir. Ankara'da 1994'de bitirilen bir araştırmada; piyasada satılan dondurmaların %52'sinde ve renkli şekerlerin ise % 62'sinde en az bir cins boya bulunmuştur. Sade ve kakaolu dışındaki dondurmaların hemen hepsi çeşitli gıda boyalarıyla renklendirilmiştir. Halbuki **Sağlık Bakanlığı Gıda Maddeleri Tüzüğü**'ne göre Türkiye'de en azından dondurmalara boya koymak yasaktır (!). Ayrıca insanlar giderek daha tuzlu yemekler yemekte ve belki de "**fast food**" türü yiyecekler bu alışkanlıkta önemli bir rol oynamaktadır. Diyetteki tuz yani sodyum alımının astma hastalığı ile ilgisi olduğu konusu da bugünlerde epeyi tartışılmakta ve özellikle son zamanlarda astması olan erkeklerin tuzsuz yemek yemesi önerilmektedir.

Bütün bu söylenenlerden sonra astma ve allerjik hastahkların giderek arttığını kabul etmemiz gerekir. Hemen tüm hastahklarda olduğu üzere, hastalık ortaya çıktıktan sonra değil, ortaya çıkmadan önce tedavi edilmelidir. Bu da ancak **sigarasız ortamlarda, olabildiğince doğal besinlerle beslenerek ve temiz havalı yerlerde yaşayarak** olacaktır.

TÜRKİYE'DE ALLERJİ HASTALIKLARININ BUGÜNÜ

Bronş astması ve diğer allerji hastalıkları halen dünyada üzerinde en çok araştırma yapılan hastalık gruplarından birisidir. Allerji hastalıklarının her geçen gün yeni bir özelliğinin tanınmasına, nedenlerinin giderek daha iyi anlaşılmasına ve tedavi alanında büyük ilerlemeler yapılmasına rağmen görülme sıklığının giderek artmakta olduğu zannedilmektedir. Bu düşünce özellikle son 10 yıl içersinde yapılan bazı araştırmalarla desteklenmiş ve desteklenmeye devam etmektedir. Ülkemizde de özellikle son bir kaç yıldır bu konuda yapılan veya halen sürdürülen bir çok araştırma vardır (bak Tablo XII).

Konu ile ilgili literatürdeki ilk bildiri; 1966-67 yılında Ankara'da çocuklar üzerinde yapılmış bir araştırmadır(1). Bu araştırmada mektupla hastaneye davet edilen 1163 (6-13 yaş arası) çocuk muayene edilmiş ve sonuçta çocukların;

- % 41.6'sında yılboyu süren allerjik rinit,
- % 18.1'inde astmatik bronşit,
- % 2.2'sinde bronş astması,
- % 26.3'ünde ürtiker ve anjioödem öyküsü,
- % 3.7'sinde arı allerji öyküsü,
- % 0.7'sinde ilaç allerji öyküsü,
- % 2.3 allerjik konjunktivit ve

Tablo XII. Allerji hastalıklarının toplumumuzda ve Avrupa'daki Türk'lerde görülme sıklığı konusundaki araştırmalar.

Şehir	Yıl	Araştırma grubu	A* (%)	R** (%)	AD*** (%)	Referans no
AnkaraŞ	1966-7	1163 çocuk	2.2	41.6	5.9	1
TrabzonŞ	1988	431 çocuk	8	9	3	2
İsveçŞ	1989-90	205 erişkin	6.4	15.4	13.8	3
Ankara•	1992	1226 çocuk	8.3	15.4	4	4
AnkaraŞ	1992	3024 çocuk	6.9	11.4	2.6	5
İstanbulŞ	1993	529 çocuk	9.4	(Şehir dışında) 21.9 (Şehir içinde)		6
BursaŞ	1993	2657 çocuk	7.8	11.7	5.6	7
İzmirŞ	1992-3	3152 çocuk	4.9	6.3	13.6	8
Belika^	1994	350 erişkin	5.8 (erkek) ve	14.5 (kadın)		9
Ankara^	1994	4331 erişkin	2.2	8	0.7	10
Edime	1994	5412 çocuk	5.6	4.5	0.9	11

A*: Astma, R**: rinit, AD***: atopik dermatit

Ş: hayat boyu görülme sıklığı; •: son 12 aydaki görülme sıklığı; ^: araştırma esnasında görülme sıklığı.

% 5.9'unda ise atopik dermatit bulunmuştur. Aradan geçen yaklaşık 27 yıl astma tanımlamasına bazı değişiklikler getirdiğinden bugünkü bilgilerimizle bu araştırmadaki astma ve astmatik bronşit tanımlarının arasına kesin bir çizgi çekmek ve bugünkü sonuçlarla kıyaslamak oldukça zor görölmektedir. Diğer teşhisler hastaların hikaye ve klinik muayenesine dayanmaktadır. Yine aşağı yukarı aynı yıllarda (1966-68) Erzurum'dan bildirilen bir diğer araştırmada ise Atatürk Üniversitesindeki Deri Hastalıkları kliniğine başvuran 2847 çocuk hastanın 315'inde (%11.1) atopik dermatit bulunmuştur (12). Aslında çocukların hepsi rahatsız-

lıkları nedeniyle kendileri hastaneye başvurmuş olduklarından bu araştırmanın toplumsal tarama yani epidemiyolojik yönden fazla bir önemi bulunmamaktadır. 1988 yılında Trabzon'da bir ilkokuldaki 431 çocuğun (7-13 yaş arası) üzerinde yapılan bir diğer araştırmada ise çocukların ailelerine doldurtulan anket formu sonuçlarına göre çocuklarda;

% 19 oranında gıda duyarlılığı,

% 9.1 ürtiker,

% 8.6 allerjik rinit,

% 8.1 astma ve

% 2.1 oranında ise ilaç duyarlılığı saptanmıştır (2). Makalede bu araştırmada kullanılan anket formu hakkında ayrıntılı bilgi verilmemiştir ve araştırmaya alınan denek sayısı oldukça azdır.

Çocuklar üzerinde son yıllarda daha geniş kapsamlı ve epidemiyolojinin kurallarına daha uygun araştırmalar yapılmaya başlanmıştır. Ankara'da 1992 Mayıs'ında yapılan bir diğer çalışmada; ise Seyranbağlar ilkokulundaki 1226 öğrenciye ebeveynleri tarafından doldurulmak üzere ayrıntılı bir anket formu dağıtılmış ve ailelerin 1036'sı (%85'i) araştırmaya katılmayı kabul ederek formları doldurmuştur (4). Araştırmaya katılan çocukların;

% 7.9'unun evinde bir evhayvanı vardır,

% 73.9'unun evinde en azından bir kişi sigara içmektedir,

% 95.4'ü bebekliklerinde değişen sürelerde emzirilmiştir (ki bunların %61'i 6 aydan uzun süre emzirilmiştir),

% 20.5'inin ailesinde atopik hastalık anamnezi

vardır ve ancak % 72.8'inin ailesinin herhangi bir sosyal güvenlik şemsiyesi bulunmaktadır. Araştırmanın sonuçları Tablo XIII 'de gösterilmiştir. Bu çalışmada; evde sigara içen ebeveyn olması, evde hayvan beslenmesi ve ailenin sosyal güvenliğinin olmaması durumlarının astma dışındaki diğer hastalıkları istatistiksel olarak belirgin etkilediği, buna karşın astmanın sadece atopik aile hikayesi olanlarda belirgin olarak daha sık görüldüğü bulunmuştur. Aşağı yukarı Ankara'dan eşzamanlı olarak yapılan bir diğer çalışmada ise şehrin üç farklı sosyoekonomik bölgesindeki ilkokullardan 3024 öğrenci anket formu ve doktor muayenesi ile taranmıştır (5). Sonuçta kümülatif prevalans yani o hastalığın hayat boyunca görülme oranı olarak; astma %6.9, allerjik rinit %11.7, allerjik konjunktivit %4.6 ve atopik egzema %2.6 olarak bildirilmiştir. Çocuklarla ilgili yapılan bir başka araştırma İstanbul'da gerçekleştirilmiş ve bu çalışmada astma hastalığının şehirdeki hava kirliliği ile ilişkisi araştırılmıştır(6). Burada 529 (0-6 yaş arası) çocuğun ebeveynlerine bir anket formu doldurtulmuş ve çocuklar doktor tarafından muayene edilmiştir. Genelde çocukların %6.3'ü daha önceden astma tanısı almışken, araştırma esnasında astmanın şimdiki prevalansı yani hastalığın araştırma esnasında toplumda bulunma oranı; şehir içinde %21.9, şehir dışı semtlerinde ise %9.4 olarak bildirilmiştir.

Ülkemizde erişkin yaş grubundaki astma ve allerji hastalıklarının görülüş sıklığı hakkında ise dört araştırma bulunmaktadır. Bunlardan birincisi yurtdışında, İsveç'teki Türk göçmenlerinin durumu ile ilgilidir(3). Stockholm/Uppsala bölgesindeki 205 Türk anket formu ile ve muayene edilerek araştırılmış, sonuçta anket formuna gönüllü cevap ile doktorun anket sorunlarını

Tablo XIII. 1036 çocuk üzerinde yapılan epidemiyolojik araştırmanın sonuçlarına göre bulunan kümülatif (hayat boyu) ve son bir yıl içindeki prevalans (görülme sıklığı) sonuçları.

	Kümülatif prevalans		Son bir yıldaki prevalans	
		%		%
Astma		17.4		8.3
Hırıltılı solunum		23.3		11.9
Allerjik nezle		28.0		15.4
Egzama		6.1		4.0

mülakat şeklinde sorması arasında belirgin farklılık bulunmuştur. Astmanın kümülatif prevalansı kişilerin anket formu bildirimlerine göre %6.4 iken, bu rakam mülakat sonrası %15.5'e çıkmıştır. Aynı durum rinit için %15.4'e %22.5, egzama için %13.8'e 26.8 ve ürtiker için %3.9'a %16.8 olarak bulunmuştur. Yani kişilerle yüzyüze gelerek, gereken açıklamaları yaparak anket formu doldurulması daha gerçekçi sayılara ulaşmada daha etkin bir yöntem olarak görülmektedir. Bu araştırmada ayrıca tesadüfi (random) olarak seçilen 71 kişiye allerjik deri testleri uygulanmış ve kişilerin %32.4'ü atopik olarak bulunmuştur. İsveç'e yeni gelenlerle, burada 10.5 yıldan uzun süre kalanların deri testleri birbirleriyle karşılaştırıldığında, uzun süre İsveç'te kalan kişilerin allerjik durumlarının giderek İsveç'lilerin allerjen spektrumlarına benzedikleri görülmüştür. Veya başka bir deyişle Türkler bu yeni çevreye yaklaşık 10 yıl içerisinde immünolojik olarak uyum sağlamıştır. Yine tarafımızdan tamamlanmış ve TÜBİTAK desteğiyle gerçekleştirilmiş olan çok merkezli bir diğer araştırmada da yurdumuzdaki astma hastaları atopi ve allerjen spektrumları yönünden incelenmiştir(13). Araştırmanın kontrol grubunda (hastaların,

aralarında kan bağı olmayan eşleri, 210 kişi) astmanın görülme sıklığı %6.2 olarak bulunmuştur. Araştırmaya Ankara, Samsun, Adana, Elazığ ve İzmir'den toplam 1149 astma hastası alınmış, hastalara doktorları tarafından birer anket formu doldurulmuş, çeşitli kan ve deri testleri yapılmıştır. Sonuçta hastaların; %5.7'sinde atopik dermatit, % 34.3'ünde yılboyu süren rinit ve %1.3'ünde mevsimsel saman nezlesi bulunmuştur. Buna karşın kontrol grubunda; atopik dermatit % 2.9, yılboyu süren rinit %1.4 oranında bulunmuş, mevsimsel nezleye rastlanmamıştır. Atopi oranı astmalılarda %42, kontrol grubunda ise %26.1'dir. Deniz kenarı bölgelerde yaşayan astmalıların %40'ında, iç ve Doğu Anadolu bölgelerinde yaşayan astmalıların ise %20'sinde evtozu akarlarına duyarlılık bulunmuştur. Ülkemizdeki astmalıları en sık olarak etkileyen allerjen grubu ev tozu akarlarıdır. Bölgesel farklılık olmakla birlikte genelde hastaların %17.5'inde polen, %12.5'inde hamamböceği, %8'inde evhayvanlarına (kedi, köpek, at) ve ancak %5'inde küf mantarlarına karşı duyarlılık tesbit edilmiştir. En az polen duyarlılığı Elazığ bölgesindeki hastalarda saptanmıştır (%5 civarında). Belçika Antwerp'deki Türk göçmenlerde yapılan araştırmalarda astmanın Türk'lerde Belçikalı'lara göre daha sık olduğu gözlenmiş ve bu konudaki araştırmalar sürdürülmektedir(9). Hacettepe Üniversitesi'ne ülkemizin dört bir yanından gelen öğrencilerde yapılan bir diğer araştırmada ise astma'nın %2.2, rinit'in %8 ve atopik dermatit'in %0.7 oranında olduğu görülmüştür (10).

Ülkemizin allerjen florası ile ilgili çok ayrıntılı çalışmalar yoktur. Sadece Ankara ve İstanbul'daki polenler (14-17) ve Ankara'daki binaların içlerindeki küf man-

tarları ile (15) ilgili bir kaç yayın vardır. Şehirlerimizdeki bitki florası kontrolsüz bir biçimde değişim göstermekte, eskiden daha yaygın olan ıhlamur, çam, servi, sedir, dut, nar, erik, yasemin, asma gibi ağaç, çiçek ve sarılıcı bitkiler yerlerini giderek yurtdışından gelen başka bitkilere veya kavak gibi ticari değeri olan ve polen/tohumlarıyla bir çok kişiyi rahatsız edebilen türlere bırakmaktadır. Başta Ankara, Antalya ve İstanbul olmak üzere ülkemizin çeşitli illerinde yapılan farklı ektoparazitolojik çalışmalar ülkemizde hakim olan ev tozu akarı cinsinin Dermatophagoides pteronyssinus olduğu göstermiştir(18-21). Kapalı ortamlarda önemli olan ve ortalama Ankara'daki tüm evlerin üçte birinde bulunan bir diğer önemli allerjen grubu da; çoğunluğu **acar** cinsi olan silo akar'larıdır.

Allerji Hastalıkları yalnız Türkiye'de değil, dünyada da oldukça yeni bir tıp branşıdır. Sağlık Bakanlığımız ilk Allerji uzmanlığı diplomasını 1973'de vermiştir. 1984 yılında Çocuk Allerji branşı ayrı bir ihtisas dalı olarak kabul edilmiştir. Günümüzde ülkemizde, 1995 yılı itibariyle toplam 32 Allerji hastalıkları uzmanı bulunmaktadır. Dünyada genel olarak kabul edilen görüşe göre Allerji; Göğüs, Dahiliye ve Çocuk hastalıkları uzmanlarının bir üst ihtisas dalıdır. Az sayıda ülkede Deri hastalıkları ve Kulak-Burun-Boğaz bölümlerinin de özel allerji ünite'leri vardır.

Ülkedeki resmi dökümanın kaynağı olan Sağlık Bakanlığı ise kendi kodlama sistemine göre "astma, bronşit ve amfizem" hastalıklarını tek tanı olarak ele almakta ve Türkiye'deki tüm yataklı tedavi kurumlarına yılda ortalama 75.000 kişinin kabul edildiğini ve bunların her yıl yaklaşık 1000'inin buralarda öldüğünü bildirmektedir(22).

Sonuç olarak astma ve allerji hastalıkları Türki-

ye'de önemli bir sağlık sorunu olarak görülmektedir ve bunlarla ilgili araştırmalar gelecekte bizlere daha güvenilir bilgiler sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

1. Özkaragöz K & Çakın F. Atopic children in Turkey. *Ann Allergy*; 27: 13-17, 1969.
2. Mocan H & Saraçlar Y. Serum IgE levels of healthy children in the Trabzon region of Turkey. *Tr J Pediatr*; 30: 113-118, 1988.
3. Kalyoncu AF & Stålenheim G. Survey on the allergic status in a Turkish population in Sweden. *Allergol Immunopathol*; 21: 11-14, 1993.
4. Kalyoncu AF, Selçuk ZT, Karakoca Y, Emri AS, Çöplü L, Şahin AA & Barış Yİ. Prevalance of childhood asthma and allergic diseases in Ankara, Turkey. *Allergy*; 49:485-88, 1994.
5. Saraçlar Y & Yiğit Ş. Prevalance of allergic diseases in Turkey. Annual Meeting of the EAACI. Rotterdam, Hollanda, 12-15 Eylül 1993. *Allergy*; 48 (Suppl 16): 176, 1993.
6. Dağlı E, Başaran M, Hayran O, Kurtulan E, Sağlam H & Alacal K. Prevalance of asthma in two districts around İstanbul with different levels of air pollution. Annual congress of ERS, Firenze, İtalya. 25-29 Eylül 1993. *Eur Respir J*; 6 (Suppl 17): 616s, 1993.
7. Sapan N. Prevalance of atopic diseases in schoolchildren in Bursa (özet). XV. International Congress of Allergology and Clinical Immunology, 26 Haziran-1 Temmuz. Stockholm, İsveç. *Allergy Clin Immunol (suppl 2)*: 169, 1994.
8. Karaman Ö, Türkmen M, Sen A & Çevik N. Epidemiological study of childhood allergic diseases in İzmir (özet). XV. International Congress of Allergology and Clinical Immunology, 26 Haziran-1 Temmuz. Stockholm, İsveç. *Allergy Clin Immunol (suppl 2)*: 485, 1994.

9. Vermeire P, van Hoof K, Willemsen M ve ark. Duration since immigration and reporting of asthma symptoms among young adults of Turkish nationality in Antwerp (özet). European Respiratory Society Annual Congress. Nice, Fransa. 1-5 ekim 1994. *Eur Respir J* (suppl 18): 377s, 1994.
10. Kalyoncu AF, Karakoca Y, Demir AU, Çöplü L, Şahin AA & Barış Yİ. Prevalance of asthma and allergic diseases in Turkish university students in ankara (Özet). XVI. European Congress of Allergology and Clinical Immunology. Madrid, İspanya. *Allergy* (suppl 26) 50: 161, 1995.
11. Selçuk ZT, Çağlar T & Topal T. Prevalance of allergic diseases in primary school children in Edirne, Turkey. European Respiratory Society Annual Congress. Barcelona, İspanya. 1995.
12. Saraçlı T. Skin diseases in children in Eastren Turkey. *Tr J Pediatr*; 13: 51-58, 1971.
13. Kalyoncu AF, Çöplü L, Emri S, Selçuk ZT, Kolaçan B, Kocabaş A, Akkoçlu A, Erkan L, Şahin AA & Barış Yİ. Survey of the allergic status of patients with bronchial asthma in Turkey: a multicenter study. *Allergy*; 50: 451-5, 1995.
14. Karamanoğlu K & Özkaragöz K. A preliminary report on the allergenic plants of Ankara. *Ann Allergy*; 25: 23-28, 1967.
15. Özkaragöz K & Karamanoğlu K. Allergenic pollen and mold spore survey in the Ankara area. *Acta Allergol*; 22: 399-407, 1967.
16. Aytuğ B. Pollen calender for Turkey. In Charpin & Sarımyach R (eds). Atlas of European allergenic pollen. Sandoz editions; 205-231, 1974.
17. Inceoğlu Ö, Pınar NM, Şakıyan N & Sorkun K. Airborne pollen concentration in ankara 1990-1993. *Grana* 33: 158-61, 1994.
18. Rijkaert G, van Bronsijk JEMH & Linskens HF. House dust community (fungi, mites) in different climatic regions. *Oecologia*; 48: 183-185, 1981.

19. Bağcı H, Tatlıcıoğlu T & Lüleci G. Antalya'da bronş astmalı hastaların ev tozlarındaki mite faunasının incelenmesi. Akd Ü Tıp Fak Derg; 5: 258-265, 1988.
20. Acıan T, Gürbüz L, Emekçi M, Mısırlıgil Z, Mungan D & Demirel YS. House dust mites in Ankara. Doğa-Tr J Med Scien; 17: 167-175, 1993.
21. İskandarani A, Kalyoncu AF, İşgüzarer A, van Nes AMT, Barış Yİ & van Bronswijk EMH. House dust mites in Ankara. Annual Meeting of the EAACI. Rotterdam, Hollanda. 12-15 Eylül 1993. Allergy; 48 (Suppl 16): 182, 1993.
22. Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1991. TC Sağlık Bakanlığı yayınları No: 548. Sağlık Bakanlığı Basımevi, Ankara. Sayfa: 181-90, 1992.

İNDEKS

- Adrenalin 75, 100
Ağn kesici ilaç allerjisi 113
Allerjen 12
Allerji testleri 17
Allerjik nezle 26
 Akut 30
 Kronik 30
 Mevsimsel 12, 30, 32
 Perrenial (yılboyu) 36
Alternatif tedaviler 134
 Akupunktur 138
 Bitkisel ilaçlar 136
 Hayvansal ilaçlar 137
 Hipnoz 138
 Homeopati 138
 Mağara tedavisi 136
 Yoga 138
Ampisilin allerjisi 110
Anafilaksi 15, 105, 114
Anjionörotik ödem 70, 98
Antibiyotik allerjisi 104
Antihistaminikler 39, 75, 82, 100
Arı allerjisi 94
 Tedavi 100
 Önlemler 102
Aspirin allerjisi 113
Astım hastalığı
 (bak. Bronş astması)
Atopi 12, 14
Atopik dermatit 86
Balık allerjisi 82
Bronş astması 41
Burun damlası 39
Burun spreyleri 39
Çiftçi akciğeri 17
Çöliak hastalığı 17
Dermografismus 73
Deterjan allerjisi 91
Egzama (bak. Atopik dermatit)
Egzersiz 57
 Anafilaksi 60
 Astma 57
 Ürtiker 60
Ev tozu akarları 43
 Önlemler 47
Gıda
 Allerjisi 77
 Boyaları 79
 İntoleransı 78
 Koruyucuları 79
 Tatlandırıcıları 79
Hasta bina sendromu 123
İmmünöterapi 40, 52, 101
İnek sütü allerjisi 81
İpratropium bromide 40
Kalp ilaçları allerjisi 111
Kedi allerjisi 49, 65
Kondom allerjisi 120
Kontakt dermatit 89
Kortizon 39, 75, 82, 100, 129
 Etkileri 131
 Yan etkileri 132
Köpek allerjisi 49, 65
Kromolin 40

Küf mantarları	50	Röntgen ilaçları allerjisi	110
Laktöz intoleransı	17	Samter sendromu	43, 114
Lateks allerjisi	120	Sebze allerjisi	82
Lokal anestetik allerjisi	110	Sigara ve allerji	64, 124, 140
Metal allerjisi	91	Tansiyon ilaçları allerjisi	111
Meyve allerjisi	82, 122	Ürtiker	70
Mite (bak. Ev tozu akarları)		Akut	70
Nikel allerjisi	90	Basınç ürtikeri	74
Penisilin allerjisi	104	Kolinerjik ürtiker	74
Polenler	32, 50	Kronik ürtiker	70, 114
Anemofilus	32	Soğuk ürtikeri	74
Entomofilus	32	Solar ürtiker	74
Çapraz reaksiyon	34	Tedavisi	75
Önlemler	34	Sinüs	23, 28
Posta pulu allerjisi	82	Sinüzit	-23, 28, 42
Rinit (bak.Allerjik nezle)		Vazomotor rinit	38
		Yumurta allerjisi	82

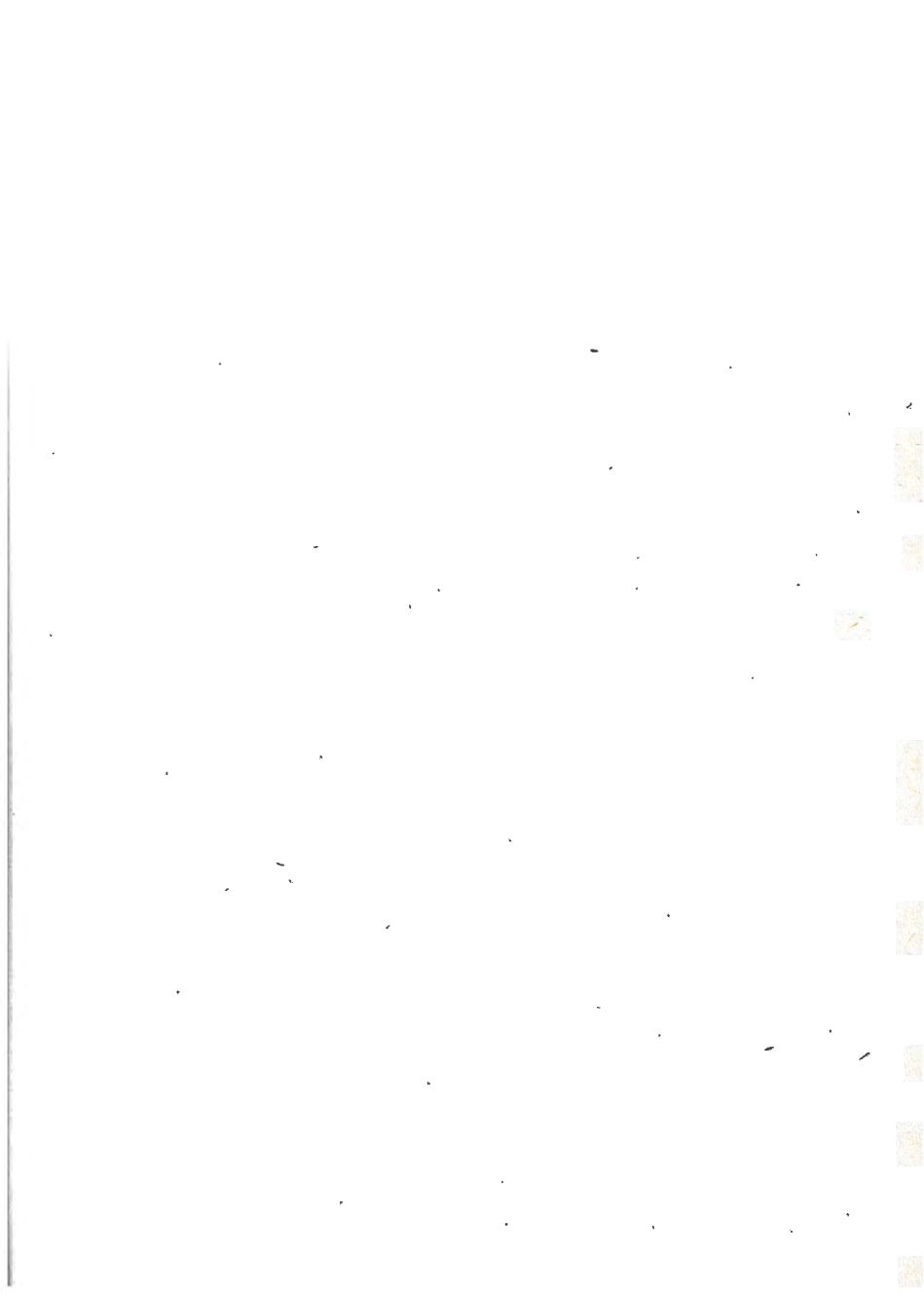
Türkiye Akciğer Hastalıkları Vakfı'nca Yayınlanan Kitaplar

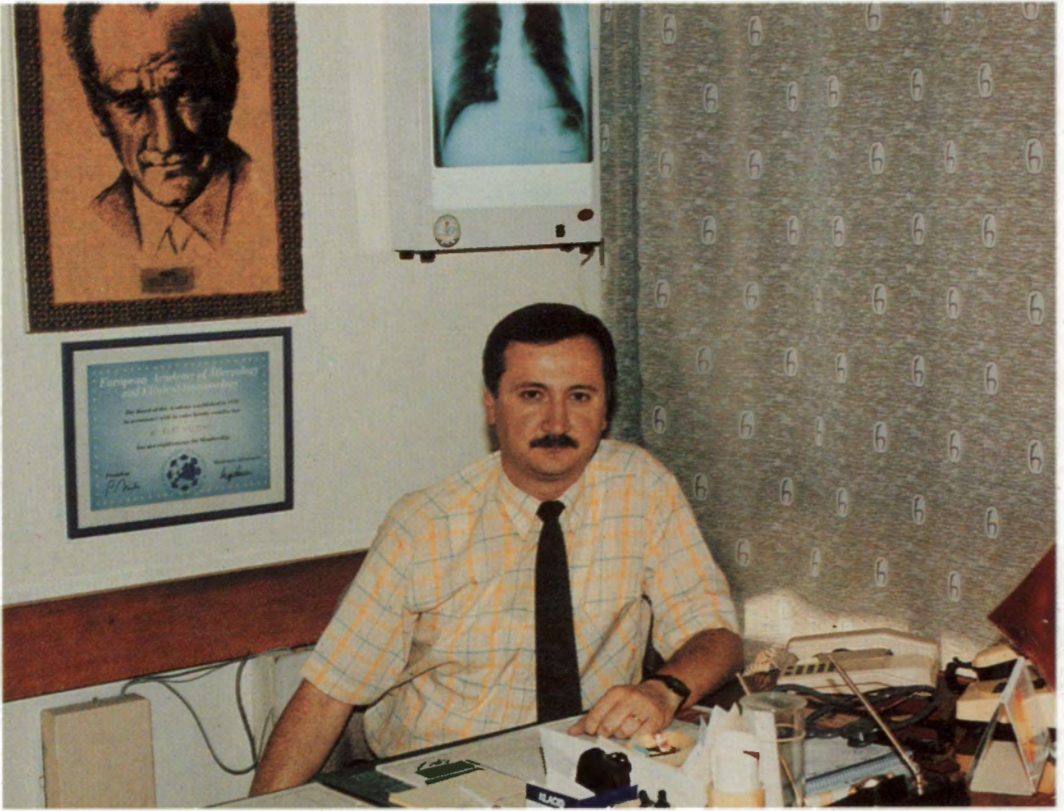
1. Hidatik Kist Hastalığı ve Türkiye'deki Konumu, 1989.
2. Oksijen Tedavisi, 1992.
3. Malign plevral hastalıklar ve plevra hastalıklarında tanı yöntemleri, 1992.
4. Bronş Astması El Kitabı, 1993 (hastalar için).
5. Obstrüktif Sleep Apne (uykuda solunum duraklaması) Sendromu, 1993.
6. Solunum Hastalıkları. Temel Yaklaşım, 1995.
7. Nedir Bu Allerji, 1995 (hastalar için).

**Sipariş : Türkiye Akciğer Hastalıkları Vakfı
Hacettepe Üniversitesi Hastanesi
Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı
06100 Sıhhiye-ANKARA**

Tel : 312 - 324 37 16

Faks : 312 - 310 08 09





Doç. Dr. A. Fuat KALYONCU 1959 yılında Eskişehir'de doğmuş, ilk ve orta öğretimini Adapazarı, Zonguldak, Tarsus, Malatya ve Ankara'da tamamladıktan sonra 1982 yılında Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'ni bitirmiştir. İki yıl zorunlu hizmetini Erzincan'da Sıtma Savaş Bölge Başkanlığı Tabibi olarak yapmış ve 1984 yılında Hacettepe Tıp Fakültesi Göğüs Kliniğine girmiştir. Göğüs uzmanlığı sonrası 1989-90 iki yıl İsveç/Uppsala Üniversitesi'nde Allerji uzmanlık eğitimi görmüştür. 1992'de Doçent olan Dr. Kalyoncu halen aynı klinikte öğretim üyesi olarak bulunmaktadır. Kendisinin ulusal ve uluslararası 100'ün üzerinde yazısı olup esas olarak Akciğer ve Allerji hastalıklarının epidemiyolojisi ile ilgilenmektedir.