

MESLEKİ DERMATOZLARIN HALK SAĞLIĞI AÇISINDAN ÖNEMİ

İlteriş Oğuz Topal¹

1- Sağlık Bilimleri Üniversitesi Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Kliniği

Özet

Mesleki dermatozlar mesleki aktiviteler ve iş durumlarından kaynaklanan bir grup hastalıktır. 2004 yılında yayınlanan bilgiye göre sanayileşmiş ülkelerde tüm mesleki hastalıkların %30'dan fazlasını deri hastalıkları oluşturmaktadır ve bu deri hastalıklarının %90'nını kontakt dermatitler oluşturmaktadır. Allerjik kontakt dermatit ve iritan kontakt dermatit en sık görülen mesleki dermatozlardır. Tanı öykü, klinik bulgular ve patch test gibi bazı testler ile konulur. Britanya'da Sağlık ve Güvenlik Komisyonu 2006/2007'de yaklaşık 23.000 işçide (100.000 işçide 78) deri hastalığı olduğunu tahmin etmiştir. Mesleki dermatozlar işçilerin yaşam kalitesi ve sosyal aktivitelerini etkileyebilir ve çalışılmayan günler, üretkenlik kaybı, maluliyet ödemeleri ile ilişkili olarak mali kayba yol açabilir. Uluslararası Çalışma Örgütü'ne göre mesleki hastalıkları ve yaralanmalar toplam yurt içi gelirinin yıllık %4'nün kaybına yol açar. Ülkemizde mesleki dermatozların tanısı ve bildirimini ile ilgili bazı problemler vardır. Bildirim ile ilgili gerekli tedbirlerin alınması önemlidir. Bu hastalıkları önlemek için düzenlemeler gereklidir. İşverenler iş yerinde koruyucu önlemler almalı, gerekirse mesleki hastalıkları bildirmelidir. İşçiler ve doktorlar mesleki dermatozların farkında olmalı, bu hastalıklar ile ilgili eğitim almalıdır. Doğru stratejilerin belirlenmesi ile mesleki dermatozlar azalacak ve olumsuz sonuçlar önlenecektir.

Anahtar Kelimeler: Mesleki, dermatoz, halk sağlığı

THE IMPORTANCE of OCCUPATIONAL DERMATOSES with RESPECT to PUBLIC HEALTH

Occupational dermatosis is a group diseases in which caused by occupational activities and working conditions. According to data published in 2004, skin disorders account for up to 30% of all occupational diseases in industrialized countries and contact dermatitis accounts for 90% of these skin disorders. Allergic contact dermatitis and irritant contact dermatitis are the most common seen occupational dermatoses. The diagnosis can be made by history, clinical findings and some tests such as patch test. In the United Kingdom, Health and Safety Commission estimated that about 23.000 workers (78 per 100.000 workers) had skin diseases in 2006/2007. Occupational dermatoses can affect quality of life and social activities of workers and can causes loss of cost associated with lost workdays, loss of productivity or disability payments. According to International Labour Organization estimates, occupational diseases and injuries causes the loss of 4% of global gross domestic product annually. In our country, there are some problems about reporting and diagnosis of occupational dermatosis. It is important to take necessary measures about reporting system. To prevent of these diseases, organisations are essential. Employers should take protective measures in workplace, if necessary, they should report occupational diseases. Workers and doctors should be aware of occupational dermatoses, they should take education about these diseases. By identifying the correct strategies, the number of occupational dermatoses will reduce and undesirable consequences will prevent.

Keywords: Occupational, dermatosis, public health

Sorumlu yazar / Corresponding Author: Doç. Dr. İlteriş Oğuz Topal

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği
İstanbul, Türkiye. e-mail: docdrilteris@gmail.com

Geliş Tarihi / Recieved: 22.01.2019, **Kabul Tarihi / Accepted:** 28.02.2019

Nasıl Atıf Yapırım / How to Cite: Topal İO. Mesleki Dermatozların Halk Sağlığı Açısından Önemi. ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi. Dermatoloji ve Halk Sağlığı Özel Sayısı;2019:61-71.

Giriş

Dünya Sağlık Örgütü ve Uluslararası Çalışma Örgütü'nün yapmış olduğu tanımlamaya göre "Meslek hastalığı" zararlı bir etkenle bundan etkilenen insan vücudu arasında, çalışılan işe özgü bir neden-sonuç, etki-tepki ilişkisinin ortaya konabildiği hastalıklar grubudur (1).

2006 yılında yayınlanan 5510 sayılı Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 14. maddesinde "Meslek hastalığı, sigortalının çalıştığı veya yaptığı işin niteliğinden dolayı tekrarlanan bir sebeple veya işin yürütüm şartları yüzünden uğradığı geçici veya sürekli hastalık, bedensel veya ruhsal özürhülük halleridir" şeklinde tanımlanmaktadır (2).

Meslek hastalıkları M.Ö. 384'lü yıllardan beri bilinmektedir. Georgius Agricola bu konu ile ilgili "De Re Metallica" isimli madenci hastalıklarını anlatan ilk kitabı yazmıştır (1).

Dünyada meslek hastalıklarına bilimsel yaklaşımda bulunan ilk kişi, 16. yüzyılda yaşayan İtalyan klinikçi

Ramazzini iş sağlığının babası olarak kabul edilmektedir (3).

Meslek hastalıklarının yıllar içerisinde farkına varılıp, öneminin anlaşılması ile birlikte bu konu ile ilgili çeşitli ülkelerde yeni araştırmalar yapıp yayımlanmış, farklı kitaplar yazılmıştır. Ülkemizde ise çalışma koşullarını düzenlemeyi hedefleyen ilk metin 1865'de yayınlanan ve kömür madenlerindeki çalışma koşullarını düzenleyen Dilaver Paşa Nizamnamesidir. 1930 yılında Umumi Hıfzısıhha Kanunu ile çalışma hayatına sağlık ve güvenlikle ilgili düzenlemeler getirilmiştir (1,4).

Türkiye'de ilk Meslek Hastalıkları Hastanesi İstanbul Nişantaşı'nda 1949 yılında açılmıştır. 1978 yılında Ankara ve İstanbul'da iki meslek hastalıkları hastanesi daha kurulmuştur. Bu hastanelerde iş psikolojisi laboratuvarı, iş hijyeni laboratuvarı, toksikoloji laboratuvarı gibi bölümler yer almaktadır. 19.02.2005 yılında bu hastaneler Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir (4).

Meslek Hastalıkları İle İlgili Dünya'daki Epidemiyolojik Veriler

Uluslararası Çalışma Örgütü'nün 2005 yılı verilerine göre bir yıl içinde dünyada 2,2 milyon insan iş kazası veya meslek hastalıkları nedeniyle hayatını kaybetmektedir. İşe bağlı ölümlerin beşte dördü meslek hastalığı nedeniyle meydana gelmektedir (1).

Dünya Sağlık Örgütü tahminlerine göre dünyada her yıl 11.000.000 yeni meslek hastalığı vakası meydana gelmekte ve bunların 700.000'i yaşamını yitirmektedir (5). Her gün 5330 çalışanın meslek hastalığı sonucu hayatını kaybettiği tahmin edilmektedir (6).

Dünyada iş kazası ve meslek hastalıklarına bağlı ölümlere bakıldığında mesleki kanserler ilk sırada yer alırken (%32), ardından kardiyovasküler hastalıklar (%23) gelmektedir. En çok

harcama yapılan hastalık grubu ise kas-iskelet sistemi hastalıklarıdır (1).

Mesleki deri hastalıkları ABD'de kas iskelet sistemi yaralanmaları ve tekrarlayıcı travmadan sonra en sık görülen mesleki hastalık grubudur (7). Amerika'da 1972'de her 10.000 işçide mesleki deri hastalığı oranı 16,2 olarak bildirilmiştir. 2006 yılında ise bu oran %4,5 olarak bulunmuştur (8). ABD'de yılda 860.000 meslek hastalığı ve 60.300 meslek hastalığı kaynaklı ölüm bildirilmektedir (1).

En yüksek dermatolojik hastalık insidansı oranı İngiltere'de 100.000 işçide 78 olarak verilmiştir (2006/2007). Kore'de deri hastalıklarının mesleksel hastalıkların %17,2'sini oluşturduğu pnömokonyozis, işitme kaybı, infeksiyon hastalıkları ve

zehirlenmeden sonra en sık görülen 5. mesleki hastalık grubunu oluşturduğu bildirilmiştir. Kore’de 9 yıllık süre boyunca (1999-2007 yılları arasında) 301 mesleksel dermatoz bildirilmiştir. Bu hastaların total 55210 iş ile ilişkili olgunun %0,6’sını oluşturduğu, 10619 mesleksel hastalığın ise %2,8’ini meydana getirdiği saptanmıştır (8).

Meslek hastalıkları sık görülen ve sakatlıklara yol açan hastalıklar arasındadır. Uluslararası Çalışma Örgütü tahminlerine göre dünyada toplam olgu sayısının 217 milyon olduğu tahmin edilmektedir (9).

Türkiye’de Meslek Hastalıklarının Durumu

Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) istatistiklerine göre 2009 yılında Türkiye’de 429 meslek hastalığı tespit edilmiştir. Sürekli iş göremez hale gelen 1885 kişiden 217’si meslek hastalıkları nedeniyle iş göremez hale gelmiştir (10). (Şekil 1)

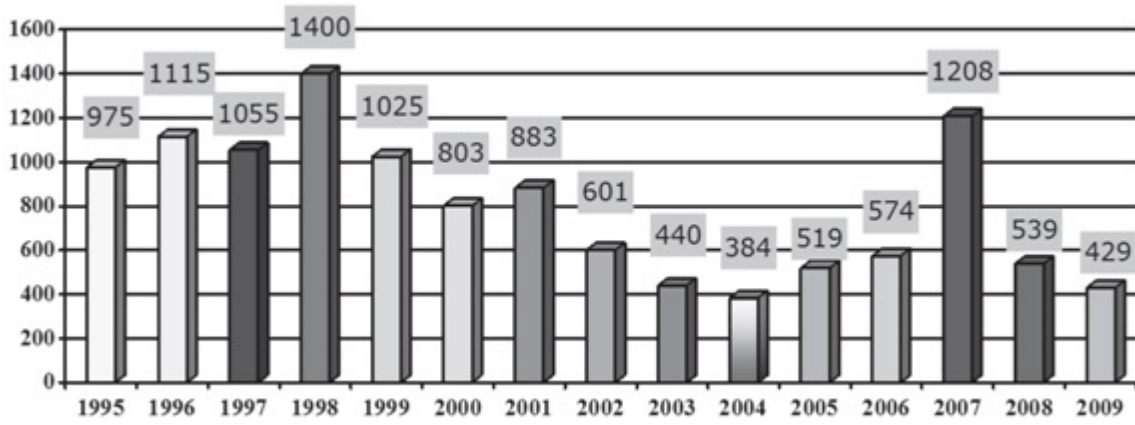
SGK 2016 istatistiklerine bakıldığında ise meslek hastalığı olan sigortalı sayısının yalnızca 597 olduğu görülmektedir (11). Bu veri bize meslek hastalığı tanısı, tespiti ve bildiriminde bir takım sıkıntılar olduğunu göstermektedir. Türkiye’de meslek hastalıkları ile ilgili veriler sadece SGK istatistikleriyle sınırlıdır. Sağlık Bakanlığı içerisinde veri toplanamamaktadır.

Bir ülkede meslek hastalıklarının görülme sıklığı çalışan nüfusun %4–12’si arasında değişmektedir. Buna göre Türkiye’de yılda 30.000–100.000 arasında meslek hastalığı beklenmekteyken; bu hastalıkların çoğunun, tanı sistemlerinin ve iş teftişinin yetersiz olması nedeniyle mesleksel olduğu kanıtlanamamakta ve kayıtlara yansımamaktadır. Daha da önemlisi, meslek hastalıklarının önlenmesine ilişkin herhangi bir kamusal eylem planımız da yoktur. Öte yandan, ülkemizde çalışanların %45,7’si kayıt dışıdır (12). Ülkemizde hastaların meslek bilgilerini yeterince öğrenmiyor olması, tıp eğitiminde bu konuya yer verilmiyor olması, meslek hastalığı tanısı

konulabilecek tıbbi donanımın yetersiz olması, meslek hastalığı tanı sürecinden kaynaklanan güçlükler, sahada gerçek denetimin olmaması, periyodik muayenelerin sahte olması gibi sebeplerle yüz binde üç kişiye meslek hastalığı tanısı konulmaktadır (3).

Meslek hastalığına yakalandığına dair işyeri hekimi veya sağlık hizmeti sunucuları ön tanı koyabilir. Ön tanı koyulduğu takdirde 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanun’a göre işveren, bu durumu SGK tarafından yetkilendirilen sağlık hizmeti sunucularına, 3 işgünü içerisinde, sevk etmekle yükümlüdür (1,13).

Meslek hastalıklarında klinik ve laboratuvar incelemeler ve iş öyküsü ile ilişkilendirilmesi sonucunda yetkilendirilmiş sağlık kuruluşu tarafından ‘**Tıbbi Tanı**’ konur. Tanı aldıktan sonra bu tanı ile işverene giderek, SGK’ya başvurması istenir. İşveren bildirim yapar. İşyeri teftişleri, analizler vs. ile bir dosya tamamlama süreci tamamlanır. Dosya SGK Meslek Hastalıkları Tanı Kurulu’na gider, dosya onaylanırsa bir iş göremezlik oranı belirlenir. Oran yüzde 10’u geçerse iş göremezlik ödeneği bağlanır ve meslek hastalığı kesinleşir. Tıbbi tanının SGK tarafından onaylanması durumunda ‘**Yasal Tanı**’ söz konusudur (13).



Şekil 1 : Meslek Hastalıklarının dağılımı (SGK , 1995-2009)

Mesleki Hastalıklarının Sınıflaması

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) meslek hastalıklarını üç gruba ayırır:

- 1) **Ajanlarla meydana gelen meslek hastalıkları (fiziksel, kimyasal ve biyolojik)**
- 2) **Hedef organ ve sistemlerin meslek hastalıkları (solunum, deri, kas, iskelet)**
- 3) **Mesleki kanserler (1).**

Meslek Hastalıklarında Tanı

Hastalık tanısı için neden olabilecek maruziyetin tanımlanması, klinik bulguların incelenmesi, işyerinde önleyici tedbirlerin alınması için öneriler

oluşturulması ve hastalığın yetkili makamlara bildirilmesi gerekmektedir. Tanı için yapılan laboratuvar testleri kan sayımı, biyokimyasal parametrelerin değerlendirilmesi, tam idrar tetkiki vb. testleri içerir. Bazı maddelerin kan ve idrarda tespit edilebilmesi mümkün olabilmektedir. Meslek hastalığı tıbbi olduğu kadar yasal açıdan da bir sigortacılık tanımıdır. Bu tanı işveren tarafından iş risklerinin yönetilemediği ve çalışanın fonksiyon kaybına ya da hastalık durumuna uğradığını kanıtlamaktadır. Bu nedenle meslek hastalığı tanısı konulacak sağlık birimlerinin konuyla ilgili iyi eğitilmiş olması ve yasal sürece hakim olmaları gerekmektedir (1).

Mesleki Deri Hastalıkları

Mesleki deri hastalığı, mesleki maruziyetin katkısının gösterildiği derinin herhangi bir patolojisi olarak tanımlanır (1). Mesleki hastalıkların % 10-50'sini mesleki deri hastalıkları oluşturmaktadır ve önemli iş gücü kaybına neden olmaktadır (14). Mesleki deri hastalıklarının % 90'nını kontakt (temas) dermatitler oluşturmaktadır. Kontakt dermatitlerinin % 80'ini iritan kontakt dermatit, % 20'si allerjik kontakt dermatitlerdir (15).

Yapılan bir çalışmada 135 mesleksel deri hastalığı olan işçiye yama testi yapıldığında olguların %60'ında allerjik kontakt dermatit, %34'ünde iritan kontakt dermatit olduğu saptanmıştır (16).

Lodi ve ark. mesleksel kontakt dermatitli (MKD) olguların %10,6'sında iritan kontakt dermatit, %8,4'ünde allerjik kontakt dermatit olduğunu görmüşlerdir. Bu çalışmada en yüksek pozitif reaksiyon saptanan allerjen para fenilendiamin olarak bulunmuştur. En

riskli meslek grubunun ise kuaförler olduğu söylenmiştir (17).

Brezilya'da 2007-2012 yılları arasında yapılan epidemiyolojik bir araştırmada toplam 3027 mesleksel dermatit saptanmıştır. En sık görülen dermatit allerjik kontakt dermatit olarak saptanmış olup, en sık tutulum bölgesi ise %28 oranında el olarak bulunmuştur. Bu çalışmada hastalığın ekonomik etkisinin kaçınılmaz olduğu, tedavinin uzun süreceği ve nihayetinde mesleğin bırakılmasının bile söz konusu olabileceği, koruyucu ve önleyici tedbirlerin yaşam kalitesinin düzelmesini ve işçilerin üretkenliğinin artmasını sağlayacağı sonucuna varılmıştır (18).

Singapur'da yapılan bir araştırmada ise MKD'li işçiler değerlendirildiğinde, irritan kontakt dermatitlerin işçilerin %66'sında, allerjik kontakt dermatitlerin %34'ünde meydana geldiği ortaya konulmuştur (19).

ABD 2010 halk sağlığı anketlerine göre işçilerde dermatit prevalansı %10'dur. Dermatitli 15,2 milyon işçi vardır. Kadınlar erkeklerden daha sık etkilenmektedir ve en yüksek prevalans sağlık çalışanlarında görülmektedir. İş ile ilişkili dermatit prevalansının %12,9- %17,6 arasında olduğu tahmin edilmektedir. Mesleki dermatozların %5 ila 10'unu ise deri kanserleri, deri infeksiyonları ve deri yaralanmaları oluşturmaktadır. Mesleki kontakt dermatit değerlendirilmesi ve tedavisinin yıllık maliyetinin bir milyar doları geçtiği tahmin edilmektedir (16).

Amerika'da Kuzey Amerika Kontakt Dermatit grubu en sık mesleksel allerjik kontakt dermatit (%60) görüldüğünü, %32 oranında ise irritan kontakt dermatit görüldüğünü rapor etmişlerdir (20).

MKD için riskli meslekler sağlık çalışanları, kozmetolojistler, mutfak işlerinde çalışanlar, temizlik işçileri, bahçıvanlar, çiçekçiler, tarım ve inşaat sektöründe çalışanlar olarak bildirilmiştir. En önemli kontakt allerjenler

kromatlar, boyalar, epoksi resinler, esanslar, formaldehit, akrilat ve lastik işleme kimyasallarıdır (16).

Almanya'da 1990-1999 yılları arasında mesleksel kontakt dermatit sıklığı 10.000'de 6,7 olarak saptanmıştır. En yüksek insidans görülen meslek grupları kuaför, fırıncı ve çiçekçiler olarak bulunmuştur (21).

Mesleki Kontakt Dermatitlerinin Oluşum Mekanizması

İrritan kontakt dermatit (İKD) derinin kimyasal ya da fiziksel doğrudan hasarına bağlı oluşur. İritan maddenin konsantrasyonu, maruz kalınan süre önemlidir. İKD kimyasal ya da fiziksel ajanın doğrudan sitotoksik etkisi sonucu ortaya çıkar. Hastalığın meydana gelebilmesi için yeterli konsantrasyon ve sürede irritanın varlığı gereklidir. Akut, akut gecikmiş reaksiyon, kümülatif, travmatik, püstüler, akneiform gibi çeşitli irritan kontakt dermatit grupları vardır. Kimyasal yanık benzeri korozyonlar görülebilir. Kronik kümülatif tipinde ise stratum korneum lipid bariyeri bozularak sellüler kohezyon kaybı, deskuamasyon ve artmış transepidermal sıvı kaybı ortaya çıkar. Klinik olarak eritem, ödem, vesikül gibi lezyonlar, keskin sınırlı plaklar görülür (15,22).

Allerjik kontakt dermatit (AKD) ise tip 4 hipersensitivite reaksiyonudur. Ortaya çıkması için önce allerjene duyarlılık olması gerekir. Allerjenler genellikle düşük molekül ağırlıklıdır ve ciltteki proteinlere bağlanırlar. Allerjene maruz kalan kişilerin sadece az bir oranında allerjik dermatitler gelişir. Doza bağımlı olmadığı için, kontamine ellerle vücudun diğer kısımlarına az miktarda bile yayılsa, oralarda da reaksiyon (kaşıma gibi nedenlerle) oluşur (15,22).

İnsanların bir kısmı AKD'ye eğilimlidir. AKD duyarlanma fazı ile başlar. İmmunolojik mekanizma ile meydana gelir. Moleküller stratum korneumdan geçtikten sonra epidermiste Langerhans hücreleri tarafından bölgesel lenf nodlarına

götürülerek CD4+ T lenfositlerine sunulur. T lenfositler uyarıldıktan sonra kompleks immunolojik mekanizmalar aracılığı ile bellek ve efektör T lenfositleri meydana gelir. Hafıza hücreleri allerjene maruz kaldıktan 43-96 saat sonra uyarılır ve sitokin salınımı yolu ile klinik bulgular ortaya çıkar (15,22).

Klinik olarak lezyonlar en sık ellerde görülür. Akut dermatitde eritem, ödem, vezikül veya skuam gibi bulgular karşımıza çıkabilir. Kronik dermatitde likenifikasyon, ekskoriasyon, fissür ve hiperkeratoz görülür. İKD'de yanma, ağrı, ve kaşıntı gibi semptomlar görülür iken AKD'de kaşıntı ön plandadır (15,16,22).

Hikaye ayırında önemlidir. İKD direkt deri teması sonrası sınırlı alanda meydana gelir, semptomlar başlangıçtaki temas sonrasında başlar. Düşük doz iritanlar semptom yaratmayabilir. AKD'de bekleme süresi vardır. Semptomlar immün cevap sonrası başlar. Allerjik cevap maruziyetten saatler veya günler sonrası gelişir. İyileşme iritan reaksiyonlardan daha geç olur (15,16,22).

MKD tipik olarak direkt deri teması olan bölgelerde meydana gelir. El, kol gibi bölgelerin yanı sıra yüz, boyun ve anterior göğüs duvarı V bölgesi tutulabilir (22).

Mesleki Kontakt Dermatitlerde Tanı

Tanı için öykü, dermatolojik muayene ve klinik bulgular önemlidir.

Öykü de lezyonların zamanı sorgulanmalı, işe başladıktan sonra mı olduğu ve belli maddelerle mi tetiklendiği sorulmalıdır. Gün içinde artma gösterip göstermediği, iş yerinde benzer problem yaşayan olup olmadığı araştırılmalıdır. Kişinin kendi koruyucu malzemelerinde allerjen olup olmadığına, hobilerine bakılmalıdır (16,22).

Dermatit ilk kez çalışma sırasında ortaya çıkarsa, işle alevlenme öyküsü varsa, işten uzaklaşınca düzeliyorsa, iritanlara/allerjenlere maruziyet öyküsü varsa ve yapılan iş riskli bir meslekse, mesleki nedenden şüphelenilmelidir.

Mathias aşağıdaki sorulara verilecek yanıtlar ile tanı konulabileceğini öne sürmüştür. Mathias kriterleri olarak da bilinen bu 7 sorudan 4'üne verilecek olan "evet" yanıtı, olası mesleki bağlantıyı kurmak için yeterli görülmüştür (23):

Mathias kriterleri

1. Klinik görünüm kontak dermatit ile uyumlu mu?
2. İşyerinde potansiyel iritanlara ve allerjenlere maruziyet var mı?
3. Döküntünün anatomik dağılımı mesleki maruziyetle uyumlu mu?
4. Maruz kalış ve başlangıç arasındaki zamansal bağlantı kontak dermatit ile uyumlu mu?
5. Mesleki olmayan maruziyetler sebeplerden dışlandı mı?
6. Dermatit, iş ortamında maruz kalınan şüpheli iritan ya da allerjenden uzaktayken düzeliyor mu?
7. Yama ya da provokasyon testleri olası bir allerjik nedeni belirleyebiliyor mu?

Mümkün ve gerekli ise allerji testleri yapılmalıdır. İKD için tanısal bir test yoktur. Tanı meslek öyküsü ve kuşkulanan allerjenlerle yapılan yama testlerinin negatif bulunmasına dayanır. Yani iritan faktörlerin değerlendirilmesi subjektif, allerjik faktörlerin değerlendirilmesi ise objektiftir (yama testleri). Yama testleri önemli allerjenlerin varlığı ya da yokluğu hakkında fikir verir. Hastanın uğraştığı iş ile ilgili spesifik yama testleri duruma göre tercih edilebilir (22).

Tanı gecikmesi prognozu etkiler. Tam değerlendirme için hasta dermatoloji uzmanına gönderilmelidir. Yetersiz değerlendirme, kişinin mesleki geleceğini olumsuz etkiler (1).

Kullanılacak allerjenlerin seçimi başlıca öyküye ve daha az olarak da klinik bulgulara dayanır. Hangi seriler, maddeler ve ürünlere karşı test yapılacağı belirlenir. İş yerinde temas edilen maddelerin direk uygulamasında dikkatli olunmalıdır. Lezyonlar iritan reaksiyondan ayırt edilemiyorsa, şiddetli bir reaksiyon oluşmasından korunmak için, yama testinden önce 'açık uygulama testi' yapılmalıdır. Doğru allerjen seçimi

nikel için % 80, lastik ve kolofoni için % 50'lerdedir, diğerlerinde ise bu oran daha düşüktür. Bunun için, etken ve mesleklere özgü test panelleri geliştirilmiştir. Rutin panellerle olguların ancak % 50'sine etyolojik tanı konulabilir. Uygulama sırta yapılır ve kapatılır, 48 ve 96 saat sonra okunur. Yama testinde geç pozitif reaksiyonlar olabileceği için hasta üçüncü kez bir hafta sonra değerlendirilebilir. 48 saat sonraki ilk okuma, (+) olguların % 30'unu atlayabilir ve iritan reaksiyonları içerebilir (1).

Diğer mesleki deri hastalıkları mesleki kontakt ürtiker, lateks alerjisi, mesleki akne, pigmentasyon bozuklukları, deri ülserleri ve infeksiyonlar, fiziksel etmenlere bağlı dermatozlar ve deri kanserleri olarak özetlenebilir (1).

Mesleki Kontakt Dermatitlerinde Tedavi ve Önlemler

Tedavi medikal tedavi ve iş yerinde alınacak önlemleri içerir. Kontakt allerjenin saptanması ve kaçınılması gerekir. Allerjenlerin, iritanların iş yerinde ve evde elimine edilmesi, koruyucu önlemlerin alınması önerilir. İş yerlerinde kontakt dermatit farkındalığı artırılmalı ve işçiler eğitilmelidir. Allerjene maruziyetin azaltılması işçinin bariyer krem veya eldiven kullanması gibi tedbirler alınabilir (24).

Randomize klinik bir çalışmada Ibler ve ark. el ekzeması için koruyucu önlemlerin alınmasının hastalık şiddeti azalttığını ve yaşam kalitesini arttırdığını saptamışlardır (25). Weisshaar ve ark. refrakter MKD'li hastalarda 12 aylık takipte topikal steroid kullanımının MKD şiddetinde azalmaya neden olduğunu, işten izin alınan günlerin sayısında azalma sağladığını ve yaşam kalitesinin düzelme sağladığını tespit etmişlerdir. Otörler dermatolojik tedavi ve hasta eğitiminin MKD'nin kişisel ve kamu yükünü azalttığını söylemişlerdir (26).

Mesleki Dermatozların Sosyal ve Ekonomik Yönü

İngiltere'de kanser nedenli ölümlerin %4'nün meslek hastalıkları nedenli olduğu, kayıp iş günü sayısının işçi başına 0,88 gün olduğu ortaya konulmuştur. 1995 yılında meslek hastalıkları nedenli doğrudan ve dolaylı kayıpların 7,2 milyar sterlin olduğu tahmin edilmektedir (1).

Uluslararası Çalışma Örgütü meslek hastalıkları için "gizli epidemi" tanımını kullanmış ve ülkelerin ekonomisine maliyetinin toplam yurt içi gelirinin (GDP) en az %4'nün kaybına yol açtığına dikkat çekmiştir (9).

Leigh ve ark. tarafından 1992 yılında yapılan bir araştırmada meslek hastalıkları nedenli tıbbi bakım, sigorta harcamaları, ev işinde çalışmama ve yan ücret kayıpları gibi kayıpların 26 milyar dolar olduğu bildirilmiştir (27). İşçinin iş göremezlik sonrası ödemesi, medikal tedavi, kayıp iş günü nedeniyle maddi kayıp, mesleksi programların maliyeti, yaşam kalitesi üzerine etkilerin maliyeti gibi durumlar nedeniyle maddi kayıplar olabilmektedir.

Almanya'da 1993 yılında 3150 MKD'li olgu ile yapılan araştırmada her olgu için maliyetin 100.000 ila 200.000 Mark olduğu görülmüştür (28). Diepgen ve ark. Almanya'da MKD'lerin her hasta için maliyetinin 8799 Euro olduğunu tahmin etmişlerdir. Otörler, bireyler, sağlık çalışanları ve toplum için mesleksi el ekzemalarının ekonomik yükünün büyüklüğünün önemini ortaya koymuşlardır (29).

Almanya'da yapılan başka bir araştırmada ise sağlık sigortası olan 310 el ekzemalı hastalar incelendiğinde mesleki dermatiti olanlarda yıllık tedavi maliyetinin 3309 Euro olduğu görülerek, bu paranın diğer mesleki hastalık gruplarının tedavi maliyetinden daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Mesleksi sağlık sigortasına kayıtlı hastaların %1,5'unda iş kaybı, %5,9'unda iş değişikliği olduğu görülmüştür. Bu hastaların 1 yılda

ortalama 47,2 gün hastalık izni aldıkları belirlenmiştir (30).

Kronik el ekzemalarının iş kapasitesi üzerine büyük etkileri vardır. Hastaların %37'sinin hastalık izni aldığı, %15'nin işini değiştirdiği gösterilmiştir. Kronik el ekzeması olan hastaların üçte birinde mesleksel el ekzeması olduğu saptanmıştır (31).

MKD'e neden olan çok sayıda allerjenler ve iritanlar günlük ev aktiviteleri, spor ve hobilerle ilişkili olabileceği için sosyal yaşamı etkileyebilir. Jowett ve Ryan ekzemalı hastaların %38'inde sosyal yaşamın etkilendiğini bulmuşlardır (32).

Sonuç

Bilindiği üzere üretimin asli unsurları sermaye, toprak, girişimci esas dönüştürücü unsur da emektir. İnsan unsurunun sağlıklı olması üretimi amaca ulaştırabilir. Dünya bazında beşeriyetin ihtiyaçları ancak insan sağlığı paralelinde karşılanabileceğinden insan sağlığını etkileyen hastalıklardan olan dermatozlar da önem arz etmektedir. Üretimin tüm unsurlarının tam anlamıyla rantabl amaca yönltilmesi ancak devlet, özel sektör, üniversiteler, sivil toplum kuruluşları kombine olarak birbiri içinde uyumlu tedbir ve tertiplerle, gerekli önlem ve düzenlemelerin yapılmasıyla mümkündür. Kontrol mekanizmalarının tesisi, insan unsurunun sağlıklı çalışması ve üretimin rantabl seviyeye çıkmasına imkan sağlar. Kaynakların israfının önlenmesi, üretimin kalitesinin artması ancak sağlıklı bireylerin oluşturduğu toplumda mümkündür.

İnsan sağlığını korumak, geliştirmek ve ülke ekonomilerinde kaybın önüne geçmek için meslek hastalıkları kayıt sistemlerinin oluşturulması ve meslek hastalıklarının önlenmesi gerekmektedir (9).

Anayasal hakkımız olan sağlık hakkı her ortamda ve koşulda korunmalıdır; fakat çalışanlar meslekleri

Mesleki dermatozlar ile direkt ilişkili olarak medikal bakım ücreti, engelli ödeneği gibi ücretlerin ödenmesinin yanı sıra indirekt olarak çalışılmayan gün sayısı ve üretkenlik kaybı ile ilişkili ekonomik kayıplar meydana gelmesi söz konusu olabilmektedir (32).

Lezyonların elde olması, kaşıntılı bir hal alması, yaşam kalitesinde belirgin bozulmaya ve iş kapasitesinde azalmaya yol açar. Yakın zamanda yapılan bir çalışmada kronik el ekzeması olan hastaların %96'sında psikososyal fonksiyonlarda azalma olduğu görülmüştür (33).

gereği birçok sağlık riskleri ile karşılaşmaktadırlar. Yüksek risklere rağmen birçok iş yerinde yeterli koruyucu önlemler alınmamaktadır; bu da çalışanların sağlıklarını kaybetmelerine hatta ölümlerine sebep olmaktadır. Bir sigortalının meslek hastalığı sebebiyle işini veya hayatını kaybetmesi, bakmakla yükümlü olduğu insanlara da büyük zarar vermekte, onların da bakıma muhtaç hale gelmelerine sebep olmaktadır. Bunun sonucunda toplumun çekirdek aile yapısı bozulmaktadır (3).

Mesleki dermatozlar önlenabilir hastalıklardır. Ancak tanının konulması için örgütlenme ve düzenlemeler gereklidir. Peryodik olarak çalışanların muayene edilmesi ve gerekli önlemlerin alınması önemlidir.

Meslek dermatozlardan korunma bakımından etkili koruyucu yaklaşım, iş yeri ortamında hastalığa yol açabilecek olan faktörlerin saptanması ve uygun önlemlerle ortamdan elimine edilmesi veya tam olarak elimine edilemiyorsa çalışanlarla temasını keserek onların etkilenmesini önleyecek şekilde kontrol altına alınmasıdır (34).

Mesleki dermatozların önlenmesinde işçi, işveren ve hekimlere sorumluluklar düşmektedir. İşveren

işçilerin güvenli ve sağlıklı bir ortamda çalışmalarını sağlamalıdır. Gerekir ise işçiyi mesleki hastalıklar ile ilgili eğitim programlarına yönlendirmelidir. Çalışılan ortamı denetlemeli ve gereken önlemleri almalıdır. Ayrıca bir mesleki hastalık saptandığında gerekli makamlara iletmekle yükümlüdür. İşçiler iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili eğitim almalı ve bir hastalık söz konusu olduğunda iş yeri hekimlerine başvurmalı, mesleki hastalıkların bilincinde olmalıdır. Hekimler ise mesleki dermatozların farkında olmalı, eğitimleri boyunca bu konuda dersler görmelidirler. Tıp eğitiminde mesleki hastalıklar ile ilgili uzmanlar yetiştirilmeli, tanı koyma süreci ile ilgili eğitimler verilmelidir. Mesleki hastalıklar tüm toplumu ilgilendiren,

ekonomik yönü de olan hastalıklardır. Toplumda bilinçlendirmek ve duyarlılığı artırmak gerekmektedir. İş gücü kaybı, iş değişimi gibi sonuçları da olan mesleki dermatozlar ile ilgili gerekirse eğitim seminerleri verilmelidir (3).

Mesleki dermatozlar işçinin performansını etkilemesinin yanı sıra izin alma, tedavi gibi durumlardan dolayı ekonomik yük de getirmektedir. İş ortamlarında önleyici tedbirlerin alınması, işçinin eğitimi, mesleki dermatozlar hakkında hekimlerin bilinçlendirilmesi, tedavilerin uygulanması ile ilgili stratejilerin belirlenmesi ile mesleki dermatozların sayısında azalmayla beraber getirdiği olumsuz sonuçların da önüne geçilmesi sağlanacaktır.

Kaynaklar

- 1- Berk M, Önal B, Güven R. Meslek Hastalıkları Tanı Rehberi. Çalışma ve Sosyal Sağlık Bakanlığı İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü (İSGGM). Ankara: Matsa Basımevi. 2011
- 2- Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, SSGSSK, 2006:Mad.14
- 3- İlman EZ. (2015). Türkiye’de Meslek Hastalıkları. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi, 2011;1(1):21-36.
- 4- Yüksel B. (2015). Çalışma İlişkilerine Yönelik İlk Düzenleme:Dilaver Paşa Nizamnamesi ve Çalışma Hayatına Etkileri. Dergi park, 2015;3(6):155-178.
- 5- Dünyada ve Ülkemizde Meslek Hastalıkları. [Erişim tarihi: 1.11.2012]. Link: www.hisam.hacettepe.edu.tr/calistaysunum/HavvaRanaGuven.pdf.
- 6- Karadeniz O. (2012) Dünya’da ve Türkiye’de İş Kazaları ve Meslek Hastalıkları ve Sosyal Koruma Yetersizliği. Çalışma Ve Toplum, 2012;3: 15-75.
- 7- Pacheco KA. Occupational dermatitis: How to identify the exposure, maket the diagnosis, and treat the disease. Ann Allergy Asthma Immunol, 2018;120(6): 583-591.
- 8- Ahn YS, Kim MG. (2010). Occupational skin diseases in Korea. J Korean Med Sci., 2010;25(Suppl):46-52.
- 9- Beyan AC, Demiral Y. (2015). Meslek Hastalıkları ve Sürveyans. Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergis. 2015;58:89-95.
- 10-T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Kurumu İstatistiği, 2009.
- 11-T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Kurumu İstatistiği, 2016.
- 12-Yılmaz F. Türkiye’de Kadın Çalışanların Mesleki Sağlık ve Güvenlik Koşulları. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2010;3(13):268-284.
- 13-Metekoğlu Ş, Melikoğlu M, Güder S, Topal IO. Türkiye’de Mesleki Dermatozların Durumu. Turkderm. 2018;52:80-84.
- 14-Hapa A, Ersoy-Evans S. Mesleki Dermatozlar. Hacettepe Tıp Dergisi. 2011;42:153-159.
- 15-Gül Ü. Mesleki Kontakt Dermatitler. Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics. 2011; 4(1):49-57.
- 16-Pacheco KA. Occupational dermatitis: How to identify the exposures, make the diagnosis, and treat the disease. Ann Allergy Asthma Immunol. 2018;120(6):583-591.
- 17-Lodi A, Mancini LL, Ambonati M, Coassini A, Ravanelli G, Crosti C. Epidemiology of occupational contact dermatitis in a North Italian population. Eur J Dermatol. 2000;10:128-132.
- 18-Plombom GY, Oliveira MS, Tabushi FL, Kassem AJ, Purim KS, Nisihara RM. Epidemiological analysis of occupational dermatitis notified in Brazil in the period 2007 to 2012. An Bras Dermatol. 2016;91:32-736.
- 19-Goh CL, Soh SD. Occupational dermatoses in Singapore. Contact Dermatitis. 1984;11:288-293.
- 20-Rietschel RL, Mathias CG, Fowler JF Jr, Pratt M, Taylor JS, et al. Relationship of occupation to contact dermatitis: evaluation in patients tested from 1998 to 2000. Am J Contact Dermat. 2002;13:170-176.
- 21-Dickel H, Kuss O, Blesius CR, Schmidt A, Diepgen TL. Occupational skin diseases in North Bavaria between 1990 and 1999: a population based study. Br J Dermatol. 2001;145:453-462.
- 22-Belsito DV. Occupational contact dermatitis: etiology, prevalence, and resultant impairment/disability. J Am Acad Dermatol. 2005;53(2):303-313.
- 23-Mathias CGT. Contact dermatitis and workers compensation: criteria for establishing occupational causation and agravation. J Am Acad Dermatol, 1989;20(5 Pt 1):842-848.
- 24-Wiszniewska M, Walusiak-Skorupa J. Recent Trends in Occupational Contact Dermatitis. Curr Allergy Asthma Rep. 2015;15:43.
- 25-Ibler KS, Jemec GB, Diepgen TL, Gluud C, Lindschou Hansen J, Winkel P, et al. Skin care education and individual counselling versus treatment as usual in healthcare workers with hand eczema: randomised clinical trial. BMJ. 2012;

345:e7822.

- 26-**Weisshaar E, Skudlik C, Scheidt R, Mattered U, Wulfhorst B, Schönfeld M, et al. Multicentre study 'rehabilitation of occupational skin diseases - optimization and quality assurance of inpatient management (ROQ)'—results from 12-month follow-up. *Contact Dermatitis*. 2013;68:169–174.
- 27-**Leigh JP, Fries JF. Disability in occupations in a national sample. *Am J Public Health*. 1992;82:1517-1524.
- 28-**Diepgen TL, Schmidt A, Berg A, Plinske W. Medizinische Hinweise für die berufliche Rehabilitation von Hautkranken Beschäftigten. *Dt Arztebl*. 1995;92:A31–A40.
- 29-**Diepgen TL, Scheidt R, Weisshaar E, John SM, Hieke K. Cost of illness from occupational hand eczema in Germany. *Contact Dermatitis*. 2013; 69:99–106.

- 30-**Diepgen TL, Purwins S, Posthumus J, Kuessner D, John SM, Augustin M. Cost of illness analysis of patients with chronic hand eczema in routine care in Germany: focus on the impact of occupational disease. *Acta Derm Venereol*. 2013;93:538-543.
- 31-**Diepgen TL, Andersen KE, Brandao FM, Bruze M, Bruynzeel DP, Frosch P, et al. Hand eczema classification: a cross-sectional, multicentre study of the aetiology and morphology of hand eczema. *Br J Dermatol*. 2009;160:353-358.
- 32-**Jowett S, Ryan T. Skin disease and handicap: an analysis of the impact of skin conditions. *Soc Sci Med*. 1985;20:425–429.
- 33-**Meding B, Wrangsjö K, Jarvholm B. Fifteen-year follow-up of hand eczema: persistence and consequences. *Br J Dermatol*. 2005;152:975–980.
- 34-**Bilir N. Meslek Hastalıkları (Tanı, Tedavi ve Korunma İlkeleri). *Hacettepe Tıp Dergisi*. 2011;42(4):147-152.