

Anafilaksi

Dr. Hamide KART¹, Doç. Dr. A. Fuat KALYONCU²

Başkent Üniversitesi İç Hastalıkları¹ Anabilim Dalı ve Hacettepe Üniversitesi Göğüs Hastalıkları
Erişkin Allerji Ünitesi², Ankara



Dr. Hamide KART



Doç. Dr. A. Fuat KALYONCU

Anafileksi deyimi klinik ve immünolojik olarak değişik anlamlarda kullanılmaktadır. İmmünolojik olarak Tip I hipersensitivitenin eş anlamı olarak kullanılmakta iken klinik olarak ciddi, acil ve hayati tehlike ifade eden bir durumu anlatmaktadır. Burada konu ile ilgili bazı deyimlerin açıklanması yararlı olacaktır.

Sistemik anafilaksi; ciddi, hızlı ve potansiyel olarak hayati tehlike taşıyan ani tipte hipersensitivite reaksiyonudur. Bir çok organ aynı anda etkilenir ve olayın başlaması için çok az miktarda antijen yeterlidir.

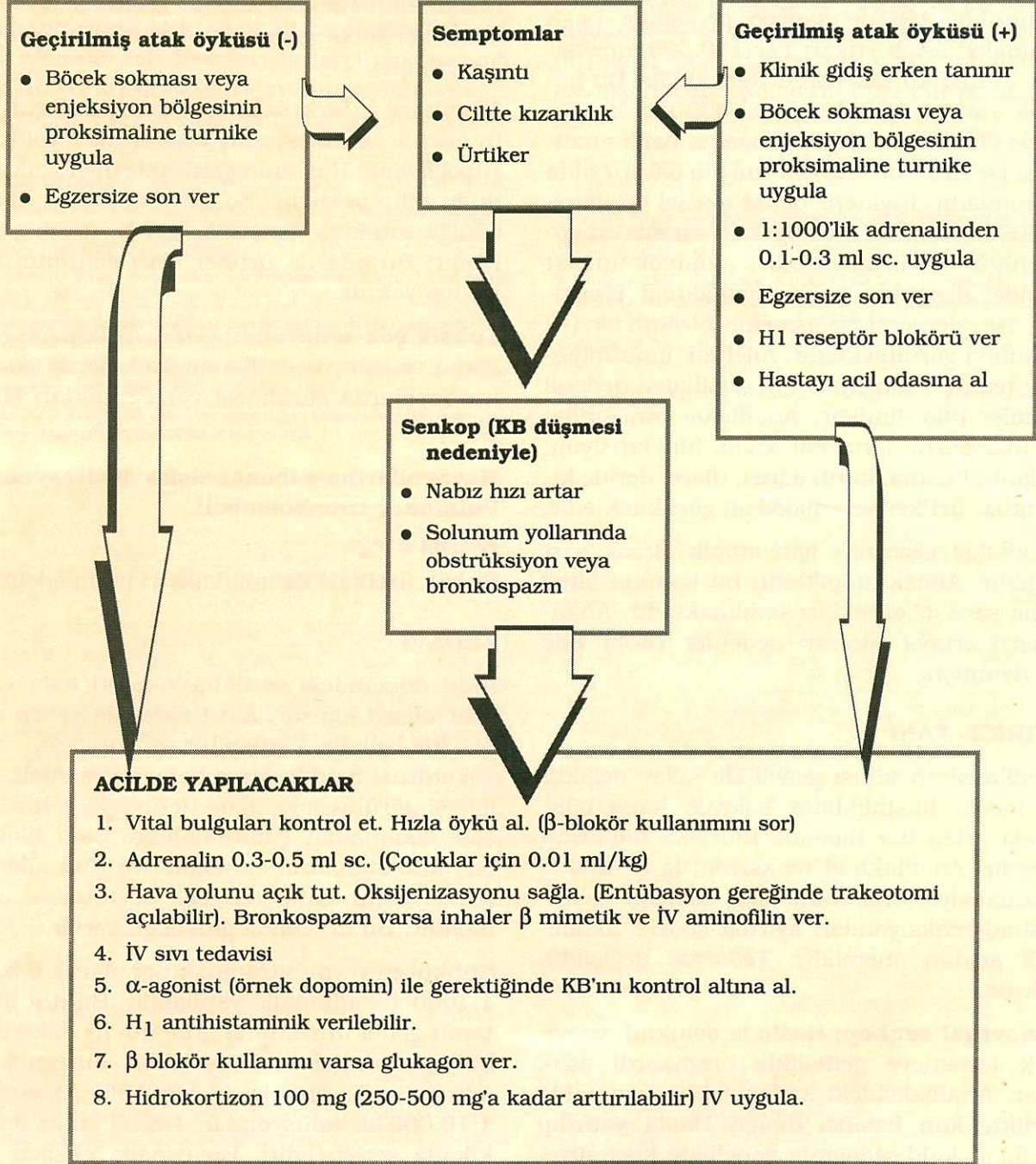
Anafilaktoid reaksiyon; klinik olarak anafilaksiye benzetmekle birlikte Ig E antikoru nedenli immünolojik mekanizmalar olaydan sorumlu değildir. Burada mast hücreleri antikor ilişkisi olmadan degranüle olmakta veya kompleman aktivasyonu rol oynamaktadır.

Lokal anafilaksi; lokal olarak oluşan ürtiker

Tablo 1. Anafilaksiyi ortaya çıkaran nedenler

Antibiyotikler	Amfoterisin B, ampisilin, sefalosporinler, kloramfenikol, penisilin, streptomisin, sülfonamid, tetrasiklin, vankomisin
İlaçlar	Aspirin, etilen oksit, heparin, lidokain, tiopental, tubokürarin
Diagnostik ajanlar	Bromsulfaphtalein, radyokontrast maddeler
Vitaminler	Folik asit , tiamin
Hormonlar	ACTH, insülin, metilprednizolon, östradiol
Allergen ekstraktları	Epidermal ekstraktlar, ev tozu akarı (mite) ve polenler
At antiserumu	ALG, tetanus antitoksini, venom antitoksin
Kan ürünleri	Kan, immünglobulin, cryoprecipitate
Zehirler	Arı, yaban arısı ve yılan zehirleri
Gıdalar	Yumurta beyazı, süt, turuncgiller, kuruyemiş, kabuklu deniz ürünleri ve soya
Diğerleri	Dekstran, seminal sıvı, zamk, egzersiz

ANAFİLAKSİ TEDAVİSİ



Semptomlar düzelirse öyküyü derinleştir (Yiyecek, ilaç, böcek sokması v.b.). Mümkünse etkenleri uzaklaştır. 48-72 saat acil gözlem veya mümkünse yoğun bakım ünitesine al.

ve anjioödem kastedilmektedir. Laringeal ödem gelişmediği sürece olayda hayati tehlike yoktur.

Anafilaksinın gerçek prevalansı bilinmemekle birlikte ABD'de sadece penisiline bağlı anafilaksi aşağı yukarı her 100.000 enjeksiyon için 10-40 vakada görülmektedir. Bu nedenle sadece ABD'de her yıl 500 kişi bu nedenle ölmektedir. Arı sokmasına bağlı anafilaksi ise ABD'de; 0.2/bir milyon ölüm /yılı oranındadır. İngiltere'de ise her yıl ortalama 1/5000 oranında intraoperatif anafilaksi görüldüğü bildirilmektedir. Radyokontrast madde allerjisine bağlı anafilaktoid reaksiyon ise, derecesi değişmekle birlikte % 1-2 oranında görülmektedir. Allerjen immünoterapi tedavisi esnasında da anafilaksi nedenli ölümler bildirilmiştir. Anafilaksi esnasında; bronkospazm, laringeal ödem, hipotansiyon, bulantı, kusma, karın ağrısı, diare, deride kızarıklık, ürtiker ve anjioödem görülmektedir.

Anafilaksi geçirmek için atopik olmak şart değildir. Ancak atopiklerin bu konuda biraz daha şanssız oldukları sanılmaktadır. Anafilaksiyi ortaya çıkaran nedenler Tablo 1'de özetlenmiştir.

AYIRICI TANI

Anafilaksinın tanısı genellikle kolay değildir ve başka hastalıklarla kolayca karışabilir. Şokla gelen her hastada mutlaka düşünülmelidir. Anafilaktoid reaksiyon; Ig E aracılı anafilaksiyi nonimmünolojik nedenli anafilaktoid reaksiyondan ayırma sadece akademik açıdan önemlidir. Tedavide değişiklik yoktur.

Vasovagal senkop; Hastada solukluk ve soğuk terlemeye genellikle bradikardi eşlik eder. Anafilaksideki kadar ciddi olmamakla birlikte kan basıncı düşer. Hasta yatırılıp ayakları kaldırıldığında genellikle kısa sürede kendine gelir. Enjeksiyon gibi bir girişimden sonra görülmesi nispeten sıktır. Ayırıcı tanı tedavide önemlidir. Vasovagal senkopta önerilen atropin anafilaksi tedavisinde kont-raendikedir.

Histerik reaksiyon; Hiperventilasyon ve parestezi olabilir. Hastada kaşıntı, cilt kızarıklığı, respiratuvar, kardiyovasküler veya nörolojik bir problem yoktur. Hasta daha önceden de buna benzer ataklar geçirmiş olabilir. Olayı genellikle psikolojik bir durum ortaya çıkarmıştır.

Miyokard infarktüsü; Hastada üst havayolu ödemi, bronkospazm veya ürtiker yoktur. Hipoglisemi; Hastanın genellikle diyabetik olduğu bilinmektedir. Konfüzyon, kişilik değişikliği, solukluk, halsizlik, terleme tespit edilebilir. Burada da ürtiker veya solunum sıkıntısı yoktur.

Toksik şok sendromu; Genç, menstruasyon gören ve tampon kullanan kadınlarda görülür. Yaşlılarda görülmesi vaka raporları şeklindedir.

Havayollarına yabancı cisim aspirasyonu
Pulmoner tromboemboli,

Astma atağı

Soğuk ürtikeri de anafilaksiyi taklit edebilir.

TEDAVİ

Akut dönemdeki ve daha sonraki tedavi ile profilaksiyi kapsar. Akut tedavide sebep genellikle bellidir. Verilen bir serum veya radyokontrast madde varsa hemen kesilmeli, arı iğnesi görülüyorsa iğne ucundaki zehir kesesi sıkılmadan çıkarılmalıdır. Beta bloker ilaç kullananlarda anafilaksi ve tüm allerjik reaksiyonlar daha tehlikeli seyretmeye eğilimlidir. Bu durumda glukagon verilir.

Subkütan veya intramuskuler olarak 0.5 ml 1:1000' lik adrenalin yapılabilir. Bu doz hastanın genel durumuna göre 10-15 dakikada bir tekrarlanabilir. Çok ciddi durumlarda adrenalin iv olarak da verilebilir. (Burada 1:10.000'lik solüsyondan 4-5 ml en az 3 dakikada verilmelidir). Bu esnada oksijen (5-10lt/dk)verilmeli, havayolunun açıklığı kontrol edilmeli ve steroid verilmelidir. Steroid verilirken hidrokortizonun 250- 500 mg lık dozu veya bunun eşdeğeri prednizolon iv olarak yapılabilir. Tedavi 6 saatlik aralarla

48- 72 saat devam etmelidir. Bronkospazm varsa nebulizer ile betamimetik veya iv aminofilin tedaviye eklenebilir. Akut dönemde antihistaminiklerin önemli bir yeri yoktur sadece geç dönem reaksiyonlarının şiddetini en aza indirirler. Hasta imkan varsa mutlaka en az 48 saat acil servis veya tercihan devamlı bakım ünitesinde gözlem altına alınmalıdır. İdiyopatik rekürren anafilaksi geçiren hasta-

lar yanlarında disposable adrenalin otoenjektör veya metered doz inhaler şeklinde adrenalin sprey taşınmalıdır. Otoenjektörlerin 0.3 ml lik (1:1000 lik) ve 0.1 ml lik iki ayrı tipi vardır. Adrenalin inhaler ise 10-15 pufu yaklaşık 0.3 ml adrenaline eşdeğerdir. Adrenalinin otoenjektör formu ABD' de , inhaler formu ise Avrupa ülkelerinde tercih edilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Patterson R., Dykewicz MS., Grammer LC., Classification of immediate-type, life -threatening allergic or pseudoallergic reactions. Chest 1990; 98:257-259.
2. Bochner BS & Lichtenstein LM. Anaphylaxis. N Eng J Med 1991; 324: 1785-1790.
3. Lieberman P. Anaphylactoid reactions to radiocontrast material. Ann Allergy 1991; 67:91-102.
4. Wong S., Dykewicz MS & Patterson R. Idiopathic anaphylaxis. Arch Intern Med 1990; 150:1323-1328.
5. Li JC & Yunginger JW. Management of insect sting hypersensitivity. Mayo Clin Proc 1992; 67: 188-194.
6. Fisher M., Baldo BA., Anaphylaxis during anaesthesia: current aspects of diagnosis and prevention. E.J. Anaesthesiology 1994; 11:263-284.
7. Douglas DM., Sukenick E., Andrade WP., Brown JS., Biphasic systemic anaphylaxis: An inpatient and outpatient study. J. Allergy Clin Immunol 1994; 93:977-85.
8. Fisher M., Treatment of acute anaphylaxis BMJ 1995; 311: 731-33
9. Knight A., Improper treatment of anaphylaxis. Allergy 1996; 51: (1), 67.

Adalet; Kainatın ruhudur.
Ömer Hayyam