

BÖLÜM 48

ANAFİLAKSİDE DERİ BULGULARI

Emel ATAYIK¹

GİRİŞ

Anafilaksi son yıllarda diğer alerjik hastalıklarda olduğu gibi giderek sıklığı artan, hızla ortaya çıkan ciddi sistemik bir alerjik reaksiyondur(1). İmmüno-lojik mekanizmalara bağlı akut gelişen potansiyel fatal olabilen, multisistemli tutan hipersensitivite reaksiyonudur(2). Anafilaksi semptom ve bulguları çoğunlukla alerjene maruziyet sonrası ilk 2 saat içinde ortaya çıkmaktadır. Özellikle besine bağlı anafilakside 30 dakika içinde veya intravenöz yol ile uygulanan tedavi ve böcek sokması sonrası reaksiyonlar çok daha hızlı şekilde oluşabilmektedir(1-3). Genel populasyonda tüm nedenlere bağlı anafilaksi prevalansı yüzde 0,05 ila 2 arasında bildirilmektedir(4).

Anafilakside tanı kriterleri

Anafilaksi için tanı kriterleri 2005 ve 2006 yıllarında multidisipliner bir uzman grubu tarafından yayınlanan ve daha sonraki yıllar revize edilen klinik bulgu ve semptomlara göre belirlenmiştir (Tablo-1)(5, 6).

Tablo 1. Anafilaksi için tanı kriterleri

Aşağıdaki üç kriterden herhangi biri karşılandığında anafilaksi olasılığı yüksektir:

1. Akut (dakikalar-saatler içinde) ortaya çıkan deri, mukoza veya ikisine ait tutulum belirtileri (yaygın ürtiker, kaşıntı, kızarıklık, dudak-dil-uvulada şişme)
 - a. Solunumun bozulması (örn. dispne, wheezing, bronkospazm, stridor, hipoksemi)
 - b. Kan basıncında azalma veya end organ fonksiyon bozukluğu (örn. hipotoni, senkop, inkontinans)
2. Hastanın olası bir allerjen ile karşılaşmasından sonra hızla (dakikalar-saatler içinde) ortaya çıkan aşağıdakilerden iki veya daha fazlasının oluşması
 - a. Deri, mukoza veya ikisine ait tutulum belirtileri (yaygın ürtiker, kaşıntı, kızarıklık, dudaklar/dil/uvula şişliği)
 - b. Solunumun bozulması (örn. dispne, hışıltı (hışıltı) / bronkospazm, stridor, PEF azalması, hipoksemi)
 - c. Kan basıncında azalma veya end organ fonksiyon bozukluğu ile ilişkili belirtiler (örn. hipotoni (kollaps), senkop, inkontinans)
 - d. İnatacı gastrointestinal belirtiler (örn. kramp tarzında karın ağrısı, kusma)
3. Hasta için bilinen bir allerjen ile karşılaştıktan sonra (dakikalar-saatler içinde) kan basıncının düşmesi
 - a. Bebek ve çocuklarda: Yaşa uygun sistolik kan basıncının düşüklüğü veya sistolik kan basıncında $> \%30$ düşme

* Çocuklar için düşük sistolik kan basıncı şu şekilde tanımlanır:

 - 1 aydan 1 yıla kadar 70 mmHg'den az
 - 1 ila 10 yıl arasında (70 mmHg + [2 x yaş]) altında
 - 11 ila 17 yıl arasında 90 mmHg'den az

¹ Uzm. Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Konya Şehir Hastanesi, Erişkin Allerji ve Klinik İmmünoloji, emelakinci@yahoo.com



Anafilaksiden ayırıcı tanıda rekurren ortaya çıkan perimenopazal flushing, kullanılan ilaçlar ve alkol tüketimine bağlı flushing, bazı daha nadir görülen karsinoid tümörlerde ortaya çıkan flushingden ayırt edilmelidir. Yine anafilakside flushing beraberinde diğer organ patolojilerinin eşlik etmesi ile ayırt edilebilir(25, 26).

Vankomisin flushing sendromu (VFS): Vankomisin infüzyonu sırasında yaygın görülen yan etki-

ye bağlı oluşan mast hücrelerinin ilaç tarafından doğrudan aktivasyonunun neden olduğu bir reaksiyondur. VFS, genellikle üst gövdede kızarıklığın eşlik ettiği, eritem ve kaşıntı ile karakterizedir. Eş zamanlı hastalarda sırt, göğüs ağrıları ve hipotansiyonda görülebilir(27). Anafilaksinin cilt bulgularının ayırıcı tanısında yer alan bazı hastalıklar için yardımcı özellikler Tablo 4'de gösterilmiştir.

Tablo 4. Anafilaksin cilt bulgularının ayırıcı tanısında yardımcı özellikler

Hastalık Benzerlikler Ayırıcı Özellikler		
Ürtiker Oral allerji sendromu Ürtikerya pigmentosa Hereditör anjiyoödem Sistemik kapiller kaçış sendromu	Yaygın ürtiker ve/veya anjiyoödem Yüzde ürtiker ve anjiyoödem, dilde anjiyoödem, damakta kaşıntı, Deride kaşıntılı plaklar Yüzde anjiyoödem, stridor Anjiyoödem, hipotansiyon	Deri bulgularının izole olması Belirtilerin yüz ve faringeal bölgede sınırlı kalması, sistemik bulgular yok Sistemlere ait belirtilerin olmayışı Ürtiker eşlik etmez, anafilaksi tedavisine yanıtız Ürtiker eşlik etmez, hipoalbuminemi, hemokonsantrasyon

SONUÇLAR

1. Anafilakside deri bulguları tüm yaş grupları içinde en sık görülen bulgulardır.
2. Anafilakside cilt bulguları bazen hiç görülmeyebilir veya başlangıçta bulunmayabilir.
3. Cilt ve mukoza semptom ve bulguları generalize ürtiker, kaşıntı veya flushing, dudak-dil-uvulada şişme, periorbital ödem ve konjonktival kızarıklıktır.
4. Anafilaksin belirti ve semptomları diğer birçok alerjik hastalık ile örtüşebilir ve bazı durumlarda kesin olarak tanı koymak oldukça zor olabilir.

KAYNAKLAR

1. Orhan F, Civelek E, Sahiner ÜM. Anaphylaxis: Turkish National Guideline 2018 Asthma Allergy Immunology. 2018;16:1-62.
2. Muraro A, Worm M, Alviani C, Cardona V, DunnGalvin A, Garvey LH, et al. EAACI guidelines: Anaphylaxis (2021 update). Allergy. 2022;77(2):357-77.
3. Tanno LK, Demoly P. Anaphylaxis in children. Pediatr Allergy Immunol. 2020;31 Suppl 26:8-10.
4. Yu JE, Lin RY. The Epidemiology of Anaphylaxis. Clin Rev Allergy Immunol. 2018;54(3):366-74.
5. Sampson HA, Munoz-Furlong A, Campbell RL, Adkinson NF, Jr., Bock SA, Branum A, et al. Second symposium on the definition and management of anaphylaxis: summary report--Second National Institute of Allergy and Infectious Disease/Food Allergy and Anaphylaxis Network symposium. J Allergy Clin Immunol. 2006;117(2):391-7.

6. Turner PJ, Worm M, Ansotegui IJ, El-Gamal Y, Rivas MF, Fineman S, et al. Time to revisit the definition and clinical criteria for anaphylaxis? *World Allergy Organ J.* 2019;12(10):100066.
7. Kim H, Fischer D. Anaphylaxis. *Allergy Asthma Clin Immunol.* 2011;7 Suppl 1:S6.
8. Lieberman P, Nicklas RA, Randolph C, Oppenheimer J, Bernstein D, Bernstein J, et al. Anaphylaxis—a practice parameter update 2015. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2015;115(5):341-84.
9. Campbell RL, Li JT, Nicklas RA, Sadosty AT, Members of the Joint Task F, Practice Parameter W. Emergency department diagnosis and treatment of anaphylaxis: a practice parameter. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2014;113(6):599-608.
10. Simons FE. Anaphylaxis, killer allergy: long-term management in the community. *J Allergy Clin Immunol.* 2006;117(2):367-77.
11. Poowuttikul P, Seth D. Anaphylaxis in Children and Adolescents. *Pediatr Clin North Am.* 2019;66(5):995-1005.
12. Brown SGA KS, Lieberman PL. . Anaphylaxis. In: Middleton's Allergy: Principles and Practice, 8th edition, Adkinson NF Jr, Bochner BS, Burks AW, et al (Eds), Elsevier, Philadelphia. 2014.
13. Orhan F, Canitez Y, Bakirtas A, Yilmaz O, Boz AB, Can D, et al. Anaphylaxis in Turkish children: a multi-centre, retrospective, case study. *Clin Exp Allergy.* 2011;41(12):1767-76.
14. Lieberman PL. Recognition and first-line treatment of anaphylaxis. *Am J Med.* 2014;127(1 Suppl):S6-11.
15. Lee S, Bellolio MF, Hess EP, Erwin P, Murad MH, Campbell RL. Time of Onset and Predictors of Biphasic Anaphylactic Reactions: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2015;3(3):408-16 e1-2.
16. Alqurashi W, Stiell I, Chan K, Neto G, Alsadoon A, Wells G. Epidemiology and clinical predictors of biphasic reactions in children with anaphylaxis. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2015;115(3):217-23 e2.
17. Harper NJN, Cook TM, Garcez T, Farmer L, Floss K, Marinho S, et al. Anaesthesia, surgery, and life-threatening allergic reactions: epidemiology and clinical features of perioperative anaphylaxis in the 6th National Audit Project (NAP6). *Br J Anaesth.* 2018;121(1):159-71.
18. Lin RY, Schwartz LB, Curry A, Pesola GR, Knight RJ, Lee HS, et al. Histamine and tryptase levels in patients with acute allergic reactions: An emergency department-based study. *J Allergy Clin Immunol.* 2000;106(1 Pt 1):65-71.
19. Sala-Cunill A, Cardona V. Biomarkers of anaphylaxis, beyond tryptase. *Curr Opin Allergy Clin Immunol.* 2015;15(4):329-36.
20. Cardona V, Ansotegui IJ, Ebisawa M, El-Gamal Y, Fernandez Rivas M, Fineman S, et al. World allergy organization anaphylaxis guidance 2020. *World Allergy Organ J.* 2020;13(10):100472.
21. Busse PJ, Christiansen SC, Riedl MA, Banerji A, Bernstein JA, Castaldo AJ, et al. US HAEA Medical Advisory Board 2020 Guidelines for the Management of Hereditary Angioedema. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2021;9(1):132-50 e3.
22. Farkas H, Martinez-Saguer I, Bork K, Bowen T, Craig T, Frank M, et al. International consensus on the diagnosis and management of pediatric patients with hereditary angioedema with C1 inhibitor deficiency. *Allergy.* 2017;72(2):300-13.
23. Carlson G, Coop C. Pollen food allergy syndrome (PFAS): A review of current available literature. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2019;123(4):359-65.
24. Boyce JA, Assa'ad A, Burks AW, Jones SM, Sampson HA, Wood RA, et al. Guidelines for the Diagnosis and Management of Food Allergy in the United States: Summary of the NIAID-Sponsored Expert Panel Report. *J Allergy Clin Immunol.* 2010;126(6):1105-18.
25. Ikizoglu G. Red face revisited: Flushing. *Clin Dermatol.* 2014;32(6):800-8.
26. Izikson L, English JC, 3rd, Zirwas MJ. The flushing patient: differential diagnosis, workup, and treatment. *J Am Acad Dermatol.* 2006;55(2):193-208.
27. Austin JP, Foster BA, Empey A. Replace Red Man Syndrome With Vancomycin Flushing Reaction. *Hosp Pediatr.* 2020;10(7):623-4.