

Bölüm 10

İÇ HASTALIKLARI PRATIĞİNDE ÜRTİKERE GÜNCEL YAKLAŞIM

Gülistan ALPAĞAT¹

TANIM: Ürtiker veya kurdeşen genel popülasyonda, her yaşta ortaya çıkabilen yaklaşık yüzde 20'lik bir prevalansla yaygın bir hastalıktır [1]. Tipik ürtiker lezyonu, kaşıntılı, eritemlidir ve ortası basmakla solar. Ürtikere bazen cilt altı şişlik anjiyoödem eşlik eder. Akut ürtikeri olan hastalarda ilaç, gıda alımı, böcek sokması veya enfeksiyon tetikleyici faktör olabilir, ancak kronik vakalarda spesifik bir neden bulunamayabilir.

SINIFLAMA: Ürtiker (anjiyoödemli veya anjiyoödemsiz) genellikle semptom süresine göre kategorize edilir:

Akut ürtiker: Ürtiker, altı haftadan az bir süredir mevcutsa akut kabul edilir.

Kronik ürtiker: Ürtiker, altı hafta veya daha uzun süre haftanın çoğu günü tekrarlayan belirti ve semptomlarla seyrediyorsa kronik olarak kabul edilir. Altı haftalık süre genellikle semptomların düzeldiği zaman dilimini temsil eder. Yeni başlayan ürtiker vakalarının üçte ikisinden fazlası kendi kendini sınırlandırmaktadır (akut) [2]. Akut ve kronik ürtikerin lezyonları görünüşte aynıdır, bu nedenle ilk ortaya çıktığında, durumun akut veya kronik seyirli olacağını ayırt etmek mümkün değildir [3].

KLİNİK BULGULAR: Ürtikeryal lezyonlar sınırlı, kabarık, eritemli plaklardır ve sıklıkla merkezi solukluk gösterir. Lezyonlar şekil olarak yuvarlak, oval veya serpijinöz (yılan gibi) olabilir ve boyutları milimetrik boyuttan birkaç santimetreye kadar değişebilir. Yoğun şekilde kaşınır. Kaşıntı şikayeti işi, okulu veya uykuyu bozabilir. Semptomlar genellikle geceleri daha şiddetli olur. Lezyonlar geçicidir, genellikle dakikalar ve saatler arasında ortaya çıkar, genişler ve ardından 24 saat içinde kaybolur. Lezyonlar genişledikçe birleşebilir. Ürtikeryal lezyonlar normalde ağrılı değildir ve çizilmeden veya kaşıntıdan kaynaklanan bir travma olmadığı sürece ciltte ekimotik izler bırakmadan düzeler. Lezyonlar bir günden uzun sürüyorsa, ağrılıysa veya rezidüel renk değişikliği bırakıyorsa ürtikeryal vaskülit tanısı düşünülmelidir.

¹ Dr., Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, gulistanalpagat@hotmail.com

- Ürtiker tanısı klinik olarak konur. Olası anafilaksiyi dışlamak, olası tetikleyiciyi ortaya çıkarmak, ürtikeryal vaskülit veya altta yatan bir sistemik bozukluğu düşündüren belirti veya semptomların olup olmadığını belirlemek için dikkatli bir öykü alınmalıdır. Öykü ile belirli bir tetikleyici veya altta yatan sistemik bir hastalık gösterilemiyorsa, laboratuvar testleri istenebilir ancak genellikle normaldir ve yardımcı olmaz. Bazı kılavuzlar ilk sunumda diferansiyel, idrar tahlili, eritrosit sedimentasyon hızı ve karaciğer fonksiyon testleri ile tam kan sayımı yapılmasını savunurken, diğerleri sadece semptomlar devam ederse test etmeyi önerir.
- Yeni başlayan ürtikerin hafif semptomları olan hastalarda, tek başına sedatif olmayan bir H1 antihistaminik ile tedavisi önerilir. Antikolinergik yan etkilerden kaynaklanan komplikasyon riski düşük hastalarda (yani genç, sağlıklı hastalar), yatmadan önce sakinleştirici bir H1 antihistaminik ve gün içinde sedatif olmayan bir H1 antihistaminik kullanımı makul bir alternatiftir.
- Orta ila şiddetli yeni başlayan ürtikeri olan hastalarda, bir H2 antihistamin ekleme önerilebilir.
- H1 ve H2 antihistamine rağmen belirgin anjiyoödem veya kalıcı semptomları olan hastalarda, kısa süreli oral glukokortikoidler tedaviye eklenebilir. Normal olarak, prednison (günlük 30-60 mg) veya eş değerleri beş ila yedi gün boyunca verilebilir.
- Birkaç haftadan uzun süren ürtiker, kronik ürtikerin başlangıcını temsil edebilir.

KAYNAKÇA

1. Kaplan AP. Urticaria and angioedema. In: Middleton's Allergy: Principles and practice, 7th, Adkinson NF, Bochner BS, Busse WW, Holgate ST, Lemanske RF, Simons FER (Eds), Mosby, St Louis, MO 2009. Vol 2, p.1063.
2. Sackesen C, Sekerel BE, Orhan F, et al. The etiology of different forms of urticaria in childhood. *Pediatr Dermatol* 2004; 21:102.
3. Kaplan AP. Clinical practice. Chronic urticaria and angioedema. *N Engl J Med* 2002; 346:175.
4. Ying S, Kikuchi Y, Meng Q, et al. TH1/TH2 cytokines and inflammatory cells in skin biopsy specimens from patients with chronic idiopathic urticaria: comparison with the allergen-induced late-phase cutaneous reaction. *J Allergy Clin Immunol* 2002; 109:694.
5. Wu CC, Kuo HC, Yu HR, et al. Association of acute urticaria with *Mycoplasma pneumoniae* infection in hospitalized children. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2009; 103:134.
6. Shah KN, Honig PJ, Yan AC. "Urticaria multiforme": a case series and review of acute annular urticarial hypersensitivity syndromes in children. *Pediatrics* 2007; 119:e1177.
7. Cribier B. Urticaria and hepatitis. *Clin Rev Allergy Immunol* 2006; 30:25.
8. Di Campli C, Gasbarrini A, Nucera E, et al. Beneficial effects of *Helicobacter pylori* eradication on idiopathic chronic urticaria. *Dig Dis Sci* 1998; 43:1226.
9. Sussman GL, Beezhold DH. Allergy to latex rubber. *Ann Intern Med* 1995; 122:43.
10. Wang J, Sampson HA. Food allergy. *J Clin Invest* 2011; 121:827.

11. Asero R, Antonicelli L, Arena A, et al. EpidemAAITO: features of food allergy in Italian adults attending allergy clinics: a multi-centre study. *Clin Exp Allergy* 2009; 39:547.
12. Bourrain JL. Occupational contact urticaria. *Clin Rev Allergy Immunol* 2006; 30:39.
13. Anderson BE, Miller CJ, Adams DR. Stinging nettle dermatitis. *Am J Contact Dermat* 2003; 14:44.
14. Cummings AJ, Olsen M. Mechanism of action of stinging nettles. *Wilderness Environ Med* 2011; 22:136.
15. Uslu S, Bulbul A, Diler B, et al. Urticaria due to *Urtica dioica* in a neonate. *Eur J Pediatr* 2011; 170:401.
16. Poole JA, Rosenwasser LJ. Chronic idiopathic urticaria exacerbated with progesterone therapy treated with novel desensitization protocol. *J Allergy Clin Immunol* 2004; 114:456.
17. Shank JJ, Olney SC, Lin FL, McNamara MF. Recurrent postpartum anaphylaxis with breast-feeding. *Obstet Gynecol* 2009; 114:415.
18. Bandino JP, Thoppil J, Kennedy JS, Hivnor CM. Iatrogenic autoimmune progesterone dermatitis caused by 17alpha-hydroxyprogesterone caproate for preterm labor prevention. *Cutis* 2011; 88:241.
19. Le K, Wood G. A case of autoimmune progesterone dermatitis diagnosed by progesterone pessary. *Australas J Dermatol* 2011; 52:139.
20. Bernstein IL, Bernstein DI, Lummus ZL, Bernstein JA. A case of progesterone-induced anaphylaxis, cyclic urticaria/angioedema, and autoimmune dermatitis. *J Womens Health (Larchmt)* 2011; 20:643.
21. Prieto-Garcia A, Sloane DE, Gargiulo AR, et al. Autoimmune progesterone dermatitis: clinical presentation and management with progesterone desensitization for successful in vitro fertilization. *Fertil Steril* 2011; 95:1121.e9.
22. Confino-Cohen R, Chodick G, Shalev V, et al. Chronic urticaria and autoimmunity: associations found in a large population study. *J Allergy Clin Immunol* 2012; 129:1307.
23. Charlesworth EN. The spectrum of urticaria: All that urticates may not be urticaria. *Immunol Allergy Clin North Am* 1995; 15:641.
24. Beltrani VS. Urticaria and angioedema. *Dermatol Clin* 1996; 14:171.
25. Charlesworth EN. Urticaria and angioedema: a clinical spectrum. *Ann Allergy Asthma Immunol* 1996; 76:484.
26. Beltrani VS. Urticaria: reassessed. *Allergy Asthma Proc* 2004; 25:143.
27. Laman SD, Provost TT. Cutaneous manifestations of lupus erythematosus. *Rheum Dis Clin North Am* 1994; 20:195.
28. Leznoff A, Sussman GL. Syndrome of idiopathic chronic urticaria and angioedema with thyroid autoimmunity: a study of 90 patients. *J Allergy Clin Immunol* 1989; 84:66.
29. deShazo RD, Kemp SF. Allergic reactions to drugs and biologic agents. *JAMA* 1997; 278:1895.
30. Namazy JA, Simon RA. Sensitivity to nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2002; 89:542.
31. Weldon D. When your patients are itching to see you: not all hives are urticaria. *Allergy Asthma Proc* 2005; 26:1.
32. Sicherer SH, Sampson HA. Auriculotemporal syndrome: a masquerader of food allergy. *J Allergy Clin Immunol* 1996; 97:851.
33. Karunanathan CG, Kim HL, Kim JH. An unusual case of bilateral auriculotemporal syndrome presenting to an allergist. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2002; 89:104.
34. Beno SM, Nadel FM, Alessandrini EA. A survey of emergency department management of acute urticaria in children. *Pediatr Emerg Care* 2007; 23:862.
35. Zuberbier T, Asero R, Bindslev-Jensen C, et al. EAACI/GA(2)LEN/EDF/WAO guideline: management of urticaria. *Allergy* 2009; 64:1427.
36. Grattan C, Powell S, Humphreys F, British Association of Dermatologists. Management and diagnostic guidelines for urticaria and angio-oedema. *Br J Dermatol* 2001; 144:708.

37. Geha RS, Meltzer EO. Desloratadine: A new, nonsedating, oral antihistamine. *J Allergy Clin Immunol* 2001; 107:751.
38. Ring J, Hein R, Gauger A, et al. Once-daily desloratadine improves the signs and symptoms of chronic idiopathic urticaria: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Int J Dermatol* 2001; 40:72.
39. Purohit A, Melac M, Pauli G, Frossard N. Comparative activity of cetirizine and desloratadine on histamine-induced wheal-and-flare responses during 24 hours. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2004; 92:635.
40. Simons FE, Early Prevention of Asthma in Atopic Children (EPAAC) Study Group. Safety of levocetirizine treatment in young atopic children: An 18-month study. *Pediatr Allergy Immunol* 2007; 18:535.
41. Garg G, Thami GP. Comparative efficacy of cetirizine and levocetirizine in chronic idiopathic urticaria. *J Dermatolog Treat* 2007; 18:23.
42. Snidvongs K, Seresirikachorn K, Khattiyawittayakun L, Chitsuthipakorn W. Sedative Effects of Levocetirizine: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Studies. *Drugs* 2017; 77:175.
43. Jáuregui I, Bartra J, del Cuvillo A, et al. Bilastine and quality of life. *J Investig Allergol Clin Immunol* 2011; 21 Suppl 3:16.
44. Church MK. Safety and efficacy of bilastine: a new H(1)-antihistamine for the treatment of allergic rhinoconjunctivitis and urticaria. *Expert Opin Drug Saf* 2011; 10:779.
45. González-Núñez V, Bachert C, Mullol J. Rupatadine: global safety evaluation in allergic rhinitis and urticaria. *Expert Opin Drug Saf* 2016; 15:1439.
46. Potter P, Mitha E, Barkai L, et al. Rupatadine is effective in the treatment of chronic spontaneous urticaria in children aged 2-11 years. *Pediatr Allergy Immunol* 2016; 27:55.
47. Kaplan AP. Chronic urticaria: pathogenesis and treatment. *J Allergy Clin Immunol* 2004; 114:465.
48. Adelsberg BR. Sedation and performance issues in the treatment of allergic conditions. *Arch Intern Med* 1997; 157:494.
49. Källén B. Use of antihistamine drugs in early pregnancy and delivery outcome. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2002; 11:146.
50. Schatz M, Petitti D. Antihistamines and pregnancy. *Ann Allergy Asthma Immunol* 1997; 78:157.
51. Schatz M, Zeiger RS. Asthma and allergy in pregnancy. *Clin Perinatol* 1997; 24:407.
52. Fedorowicz Z, van Zuuren EJ, Hu N. Histamine H2-receptor antagonists for urticaria. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; :CD008596.
53. Monroe EW, Cohen SH, Kalbfleisch J, Schulz CI. Combined H1 and H2 antihistamine therapy in chronic urticaria. *Arch Dermatol* 1981; 117:404.
54. Guevara-Gutierrez E, Bonilla-Lopez S, Hernández-Arana S, Tlacuilo-Parra A. Safety and efficacy of cetirizine versus cetirizine plus ranitidine in chronic urticaria: Double-blind randomized placebo-controlled study. *J Dermatolog Treat* 2015; 26:548.
55. Pollack CV Jr, Romano TJ. Outpatient management of acute urticaria: the role of prednisone. *Ann Emerg Med* 1995; 26:547.
56. Zuberbier T, Iffländer J, Semmler C, Henz BM. Acute urticaria: clinical aspects and therapeutic responsiveness. *Acta Derm Venereol* 1996; 76:295.
57. Barniol C, Dehours E, Mallet J, et al. Levocetirizine and Prednisone Are Not Superior to Levocetirizine Alone for the Treatment of Acute Urticaria: A Randomized Double-Blind Clinical Trial. *Ann Emerg Med* 2017.