

ÜRTİKER VE ANJİYOÖDEM

Bahtınur YETER¹

► GİRİŞ

Ürtiker en sık görülen cilt problemlerinden biridir. Populasyonun % 20'sini hayatlarının bir döneminde etkiler (1). Çocuklarda sıklığı %2-7 arasında değişmektedir (2). Çocuklarda sıklıkla akut ürtiker görülmekte iken, adölesan ve yetişkinlerde kronik ürtiker daha sıktır. Çocuklarda kronik ürtiker sıklığı %0,1- 0,3 olarak tahmin edilmektedir (3). Başvuruda ciltte kabarıklık, kızarıklık ve/veya anjiyoödem olabilir.

Ürtikerde değişen boyutlardaki yüzeyel plaklar, keskin sınırlı eritem ile çevrilidir. Sıklıkla kaşıntı hissi, bazen de yanma eşlik eder. Kaşıntı uykudan uyandıracak kadar şiddetli olabilir. Lezyonlar gün içinde görünür ve kaybolur. En önemli özelliği 30 dakika ile 24 saat içinde lezyonların normale dönmesidir (3).

Sınıflandırma

Ürtiker süresine göre akut veya kronik; uyarıların rolüne göre indüklenebilir veya spontan olarak sınıflandırılır. Semptomlar 6 haftadan kısa sürüyorsa akut; 6 haftadan uzun sürüyorsa kro-

nik ürtiker olarak isimlendirilir. İndüklenebilir ürtikerde plaklar, anjiyoödem veya her ikisi, uyarı olduğunda ortaya çıkar. Spontan ürtikerde ise saptanabilen herhangi bir uyarı yoktur (4).

Patofizyoloji

Ürtiker mast hücre aracılı bir hastalıktır. Mast hücrelerinden histamin, PAF (platelet aktive edici faktör) gibi mediatörler ve sitokinlerin salınması duyuşal sinir aktivasyonuna, vazodilatasyona ve plazma ekstrasvazasyonuna sebep olur. Histolojik olarak üst ve orta dermiste ödem, venüllerde dilatasyon ve permeabilitede artış saptanır. Anjiyoödemde ise aynı değişiklikler derin dermis ve subkutan dokuda olur. T hücreleri, eozinofil, bazofil ve diğer hücreleri içeren inflamasyon söz konusudur (5).

Etiyoloji

Ürtikere neden olabilecek birçok neden olmakla birlikte birçok hastada spesifik etiyoloji saptanamaz. Kronik ürtikerle karşılaştırıldığında akut

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatri AD., byeter@erzincan.edu.tr

EBV, koksaki A ve B gibi virüslere sık rastlanır. Otitis media, sinüzit, farenjit, idrar yolu enfeksiyonları ve trişinozis gibi paraziter enfeksiyonlar anjiyoödemle birliktelik gösterebilir. İlaçlardan en sık non-steroid antiinflatuar ilaçlar ve ACE inhibitörleri anjiyoödemde yol açar (3).

Hereditör anjiyoödem (HAE) ise C1 inhibitör gen mutasyonunun yol açtığı, nadir görülen, otozomal dominant geçiş gösteren bir durumdur. Yüz, üst hava yolları, gastrointestinal sistem, cilt ve genitoüriner sistemin tekrarlayan ödemeine yol açar (17). Anjiyoödem klasik tedaviye yanıt vermiyorsa veya ürtikerin eşlik etmediği simetrik ödem varsa düşünülmelidir.

Kazanılmış anjiyoödem, lösemi, lenfoma, multipl miyelom, solid tümörler, enfeksiyonlar ve otoimmün hastalıklar veya C1-INH'a karşı otoantikorlara bağlı olarak C1-INH düzeyinin düşmesidir. Populasyonda nadir görülür (16).

Ayrırcı tanıda kontakt ve iritan dermatit, konnektif doku hastalıklarına bağlı şişlik, süperior vena kava sendromu gibi yapısal değişiklikler düşünülmelidir (18).

Anjiyoödem tanısı için öyküde semptomlar, klinik bulgular ve olası tetikleyiciler sorgulanmalıdır. Öykü IgE aracılı mekanizma düşündürüyorsa deri prick testi ve/veya spesifik IgE testleri yapılmalıdır. Hereditör veya kazanılmış anjiyoödem şüphesi varsa (ürtikerin eşlik etmediği anjiyoödem), başlangıç olarak serum düzeyi bakılmalıdır ki; düşük olması beklenir. Eğer yüksek klinik şüphe varsa C1 inhibitör düzeyi ve fonksiyonu değerlendirilmelidir. Testin sonuçları normalse tanı idiopatik ürtiker olarak değerlendirilir ve iletir araştırılmaya gerek kalmaz (3).

Anjiyoödem tedavisinde ilk basamak, tetikleyiciden uzak durmaktır. Kronik ürtikere benzer şekilde, H1 antihistaminikler başlanır ve gerekirse dört katına kadar artırılır. Dirençli hastalarda omalizumab ve siklosporin gibi immünmodulatorlerin kullanımı açısından 3. basamak sağlık kuruluşunda takip önerilir (3).

► KAYNAKLAR

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. Tamay Z. Ürtiker Anjiyoödem. In: Temel Pediatri, 2.baskı, Hasanoğlu E, Düşünsel R, Bideci A, Boduroğlu K, MO 2020, Vol 2, p.2531
3. Pier J, Bingemann TA. Urticaria, Angioedema, and Anaphylaxis. *Pediatr Rev.* 2020 Jun;41(6):283-292. doi: 10.1542/pir.2019-0056. PMID: 32482691.
4. Zuberbier T, Abdul Latiff AH, Abuzakouk M, et al. The international EAACI/GA²LEN/EuroGuiDerm/APAAACI guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria. *Allergy.* 2022 Mar;77(3):734-766. doi: 10.1111/all.15090. Epub 2021 Oct 20. PMID: 34536239.
5. Kudryavtseva AV, Neskorodova KA, Staubach P. Urticaria in children and adolescents: An updated review of the pathogenesis and management. *Pediatr Allergy Immunol.* 2019 Feb;30(1):17-24. doi: 10.1111/pai.12967. Epub 2018 Dec 5. PMID: 30076637.
6. Le M, Zhang L, Gabrielli S, et al. Increased prevalence of autoimmune diseases in children with chronic spontaneous urticaria. *Pediatr Allergy Immunol.* 2022 Feb;33(2):e13736. doi: 10.1111/pai.13736. PMID: 35212038.
7. Minasi D, Manti S, Chiera F, et al. Acute urticaria in the infant. *Pediatr Allergy Immunol.* 2020 Nov;31 Suppl 26:49-51. doi: 10.1111/pai.13350. PMID: 33236443.
8. Zuberbier T, Aberer W, Asero R, et al. The EAACI/GA²LEN/EDF/WAO guideline for the definition, classification, diagnosis and management of urticaria. *Allergy.* 2018 Jul;73(7):1393-1414. doi: 10.1111/all.13397. PMID: 29336054.
9. Robledo T, Cimarra M, Agustin P, et al. Adverse reaction to dextromethorphan. *Allergy.* 2004 Aug;59(8):890. doi: 10.1111/j.1398-9995.2004.00474.x. PMID: 15230826.
10. Anderson BE, Miller CJ, Adams DR. Stinging nettle dermatitis. *Am J Contact Dermat.* 2003 Mar;14(1):44-6. doi: 10.2310/6620.2003.38719. PMID: 14744424.
11. Khakoo G, Sofianou-Katsoulis A, Perkin MR, et al. Clinical features and natural history of physical urticaria in children. *Pediatr Allergy Immunol.* 2008 Jun;19(4):363-6. doi: 10.1111/j.1399-3038.2007.00667.x. Epub 2007 Dec 27. PMID: 18167159.
12. 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 May;129(5):1307-13. doi: 10.1016/j.jaci.2012.01.043. Epub 2012 Feb 14. PMID: 22336078.
13. Le M, Zhang L, Gabrielli S, et al. Increased prevalence of autoimmune diseases in children with chronic spontaneous urticaria. *Pediatr Allergy Immunol.* 2022 Feb;33(2):e13736. doi: 10.1111/pai.13736. PMID: 35212038.

14. Stallings A, Urticaria and Angioedema. In: Nelson Textbook of Pediatrics, 20th edition, Kliegman, Stanton, St Geme, Schor, MO 2015, vol 1, p.1126.
15. Dibern DA Jr, Dreskin SC. Urticaria and angioedema: an overview. Immunol Allergy Clin N Am. 2004;24(v):141-62.
16. Pattanaik D, Lieberman JA. Pediatric Angioedema. Curr Allergy Asthma Rep. 2017 Aug 8;17(9):60. doi: 10.1007/s11882-017-0729-7. PMID: 28791569.
17. Pancholy, Nehaa; Craig, Timothy. Hereditary angioedema in children: a review and update. Current Opinion in Pediatrics: December 2019 - Volume 31 - Issue 6 - p 863-868 doi: 10.1097/MOP.0000000000000832
18. Lumry WR. Overview of epidemiology, pathophysiology, and disease progression in hereditary angioedema. Am J Manag Care. 2013 ; 19 (7) (suppl): s103 -s110