

ANAFİLAKSİ

Feyat TUNÇ¹

► EPİDEMİYOLOJİ

Anafilaksi, ani başlayan ve hayatı tehdit edebilen, ciddi, sistemik aşırı duyarlılık reaksiyonudur (1). Anafilaksinin yıllık küresel insidansı 100.000’de 50-112, yaşam boyu prevalansı yaklaşık %0.3-5.1 olarak saptanmıştır. (2). Anafilaksi sıklığı son 10-15 yılda yaklaşık 5-7 kat artmasına rağmen mortalitede artış olmadığı bildirilmektedir. Mortalite oranları farklı çalışmalarda 0.5-1/milyon hasta/yıl olarak saptanmıştır 3,(4).

► PATOGENEZ

Anafilaksinin patogenezinde çeşitli mekanizmalar rol oynamaktadır. İmmünolojik mekanizmalar ile gelişen anafilaksi’de, mast hücreleri veya bazofiller üzerindeki yüksek afiniteli IgE reseptörlerine, alerjene özgü IgE bağlanması ile mast hücre ve bazofiller degranüle olur ve proenflamatuvar mediatörler salınır. Besinler, ilaçlar, venom, radyokontrast ajanlar, aeroalerjenler, lateks genellikle IgE bağımlı immünolojik mekanizmalarla anafilaksiye neden olur.

Non-İmmünolojik anafilakside ise; immün kompleks, IgE ve diğer antikorlar olmaksızın mast hücre ve bazofil aktivasyonu meydana gelir. (5). Egzersiz, sıcak, soğuk gibi fiziksel faktörler, etanol ve çeşitli ilaçlar (opiatlar, vankomisin, bazı radyokontrast maddeler, siklooksijenaz inhibitörleri, florokinolonlar ve atrakuryum gibi depolarizan olmayan nöromusküler bloke edici ajanlar) ise direk mast hücre aktivasyonu ile non immünolojik mekanizmalarla gelişen anafilaksiye neden olur (6).

Anafilaksiye neden olan faktörler tanımlanmadığında idiyopatik anafilaksi olarak tanımlanır.

► BULGULAR VE TANI KRİTERLERİ

Anafilaksi tanısı, temel olarak akut semptomlar varlığında yaygın kabul gören klinik kriterler kullanılarak konulmaktadır. 2020 yılında ise Dünya Alerji Organizasyonu (WAO) Anafilaksi Komitesi tarafından anafilaksi tanı kriterleri güncellenmiştir (1).

¹ Uzm. Dr., Batman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği drfeyat@gmail.com

► KAYNAKLAR

- Cardona v, Ansotegui Ij, Ebisawa m, El-gamal Y, rivas mF, Fineman S, et al. [World Allergy organization Anaphylaxis guidance 2020]. *Arerugi*.2021;70(9):1211-1234. japanese. doi: 10.15036/arerugi.70.1211.
- Tanno IK, Bierrenbach Al, Simons FEr, Cardona v, Thong BY, molinarin, et al; on behalf the joint Allergy Academies. Critical view of anaphylaxis epidemiology: open questions and new perspectives. *Allergy Asthma Clin Immunol*. 2018;14:12. doi: 10.1186/s13223-018-0234-0.
- Motosue mS, Bellolio mF, van Houten HK, Shah nD, li jT, Campbellrl. outcomes of emergency department anaphylaxis visits from 2005 to2014. *j Allergy Clin Immunol pract*. 2018;6(3):1002-9.e2. doi: 10.1016/j.jaip.2017.07.041.
- Ma l, Danoff Tm, Borish l. Case fatality and population mortality associatedwith anaphylaxis in the United States. *j Allergy Clin Immunol*. 2014;133(4):1075-83. doi: 10.1016/j.jaci.2013.10.029.
- Kemp SF, lockey rF. Anaphylaxis: a review of causes and mechanisms. *j Allergy Clin Immunol*. 2002;110(3):341-8. doi: 10.1067/mai.2002.126811.
- Cianferoni A. non-IgE-mediated anaphylaxis. *j Allergy Clin Immunol*.2021;147(4):1123-31. doi: 10.1016/j.jaci.2021.02.012.
- Lee S, Bellolio mF, Hess Ep, Campbell rl. predictors of biphasic reactionsin the emergency department for patients with anaphylaxis. *j Allergy Clin Immunol pract*. 2014;2(3):281-7. doi:10.1016/j.jaip.2014.01.012.
- Türkiye Ulusal Allerji ve Klinik İmmünoloji Derneği. Anafilaksi: Türk Ulusal Rehberi 2018. *Astım Allerji İmmünoloji*. 2017;16(Ek sayı 1):1-62.
- Simons FE, Arduoso lr, Bilò mB, El-gamal Ym, ledford DK, ring j, et al; World Allergy organization. World allergy organization guidelines for the assessment and management of anaphylaxis. *World Allergy organ j*. 2011;4(2):13-37. doi: 10.1097/WoX.0b013e318211496c.
- Weiler Cr, Austen KF, Akin C, Barkoff mS, Bernstein jA, Bonadonna p, et al. AAAAI mast Cell Disorders Committee Work group report: mast cell activation syndrome (mCAS) diagnosis and management. *j Allergy Clin Immunol*. 2019;144(4):883-96. doi: 10.1016/j.jaci.2019.08.023.
- Pumphrey Rs. Fatal posture in anaphylactic shock. *j Allergy Clin immunol*. 2003;112(2):451-2. doi: 10.1067/mai.2003.1614.
- Campbell Rl, Bellolio mF, Knutson BD, Bellamkonda vR, Fedko mg, Nestler Dm, et al. epinephrine in anaphylaxis: higher risk of cardiovascular complications and overdose after administration of intravenousbolus epinephrine compared with intramuscular epinephrine. *j Allergy Clin immunol Pract*. 2015;3(1):76-80. doi: 10.1016/j.jaip.2014.06.007.
- Simons Fe, gu X, johnston lm, simons Kj. Can epinephrine inhalations be substituted for epinephrine injection in children at risk for systemic anaphylaxis? *Pediatrics*. 2000;106(5):1040-4. doi:10.1542/peds.106.5.1040.
- Brown sg. Anaphylaxis: clinical concepts and research priorities. *emerg med Australas*. 2006;18(2):155-69. doi: 10.1111/j.1742- 6723.2006.00831.x.
- Brown sg, Blackman Ke, stenlake v, Heddle Rj. insect sting anaphylaxis; prospective evaluation of treatment with intravenous adrenaline and volume resuscitation. *emerg med j*. 2004;21(2):149-54. doi: 10.1136/emj.2003.009449.
- Kemp Am, Kemp sF. Pharmacotherapy in refractory anaphylaxis: when intramuscular epinephrine fails. *Curr Opin Allergy Clin immunol*. 2014;14(4):371-8. doi: 10.1097/ACI.0000000000000080.
- Choo Kj, simons e, sheikh A. glucocorticoids for the treatment of anaphylaxis: cochrane systematic review. *Allergy*. 2010;65(10):1205-11. doi:10.1111/j.1398-9995.2010.02424.x.
- Kemp sF. Office approach to anaphylaxis: sooner better than later. *Am j med*. 2007;120(8):664-8. doi: 10.1016/j.amjmed.2006.09.008
- Simons Fe. Anaphylaxis: recent advances in assessment and treatment. *j Allergy Clin immunol*. 2009;124(4):625-36; quiz 637-8. doi: 10.1016/j.jaci.2009.08.025