

ANAFİLAKSİ

Serdar GÖKTAŞ¹

Fulya TAHAN²

GİRİŞ

Tüm dünyada sıklığı artan ve en sık çocuk yaş grubunda görülen anafilaksi; genel olarak hızlı başlayıp ölüme sonuçlanabilen ciddi, sistemik bir aşırı duyarlılık reaksiyonudur.¹ Ölüm riskini hızlı, doğru tanı ve uygun tedaviyle azaltabilmek mümkündür.

RİSK FAKTÖRLERİ

Mastositoz, atopik hastalıklar, kardiyovasküler hastalıklar ve kronik solunum yolu hastalıklarına sahip olmak; beta blokör, ACE (Anjiyotensin dönüştürücü enzim) inhibitörü gibi ilaçların kullanımı en bilinen risk faktörleridir.² Adrenalin tedavisine yanıtı olumsuz etkileyen beta blokör ve ACE inhibitörü grubu ilaçları kullanan hastalarda mümkünse anafilaksi riski olan işlemlerden önce alternatif ilaçlara geçilmelidir.³

PATOFİZYOLOJİ

Anafilakside temel mekanizma mast hücresi ve bazofil degranülasyonu ile histamin başta olmak üzere pek çok mediatörün

¹ Uzm. Dr., Erciyes Üniversitesi Çocuk Allerji BD., drsrdr33@gmail.com

² Prof. Dr., Erciyes Üniversitesi Çocuk Allerji BD., tahanfulya@yahoo.com

0,15 mg/kg salbutamol nebulizatörle (Okul öncesi çocukta 2,5 mg, okul çocuğu ve yetişkinde 5 mg salbutamol nebülize olarak) uygulanabilir.⁵ Bronkospazm devam ederse; çocukta 250 mcg ip-ratropium nebulizatörle uygulanabilir.² Glukokortikoidler özellikle astım semptomları olan çocuklarda uzun süreli ve bifazik reaksiyonları önlemek amacıyla kullanılır. Metil prednizolon 1-2 mg/kg veya eş değeri oral, İM ya da yavaş İV infüzyonla uygulanıp gerekirse 6 saat arayla tekrarlanabilir. Antihistaminiklerden difenhidramin: çocukta 1 mg/kg (en fazla 50 mg) 10 dakikadan daha uzun sürede İV infüzyonla uygulanmalıdır.² Beta blokör ilaç kullanan hastalarda ise glukagon 20-30 mcg/kg (en fazla 1 mg), İV yolla en az 5 dakikada olacak şekilde uygulanıp sonrasında 5-15 mcg/dakika şeklinde İV infüzyona devam edilir.² Şok tablosu ortaya çıkarsa inotrop desteği gerekebilir. Hiçbir tedaviye yanıt alınamaması durumunda ECMO (Ekstrakorporal membran oksijenizasyonu) denenebilir.⁷ Klinięe göre; solunum sıkıntısıyla başvuran hastalar 6-8 saat, dolaşım bozukluğuyla başvuran hastalar 12-24 saat izlenmelidir.

KAYNAKLAR

1. Cardona V, Ansotegui IJ, Ebisawa M, et al. World allergy organization anaphylaxis guidance 2020. World Allergy Organ J. 2020;13 (10):100472.
2. Orhan F, Civelek E, Şahiner ÜM, et al. Anaphylaxis: Turkish national guideline 2018;16(1): 1-62.
3. Brown SGA, Blackman KE, Stenlake V, Heddle RJ. Insect sting anaphylaxis; prospective evaluation of treatment with intravenous adrenaline and volume resuscitation. Emerg Med J. 2004; 21:149-54.
4. Kemp SF, Lockey RF. Anaphylaxis: A review of causes and mechanisms. J Allergy Clin Immunol. 2002; 110(3):341-48.
5. Muraro A, Worm M, Alviani C, et al. EAACI guidelines: Anaphylaxis (2021 update). Allergy. 2022 Feb;77(2):357-77.
6. Dosanjh A. Infant anaphylaxis: the importance of early recognition. J Asthma Allergy. 2013;6:103-07.
7. Weiss GM, Fandrick AD, Sidebotham D. Successful rescue of an adult with refractory anaphylactic shock and abdominal compartment syndrome with venoarterial extracorporeal membrane oxygenation and bedside laparotomy. Semin Cardiothorac Vasc Anesth. 2015; 19(1):66-70.