

ANAFİLAKSİ

7. BÖLÜM

Ezgi GÜREL AKAN¹

Giriş:

Anafilaksi Yunanca’ dan türetilmiş olup; ana (karşı), pylaxis (koruma) terimlerinin birleşimidir. İlk anafilaksi vakasının Mısır firavunu Menes’ in arı sokması ve sonrasındaki ölümü olduğu düşünülmektedir [1].

Alerjinin en ciddi formu olan anafilaksi; mast hücre ve bazofillerin degranülasyonu ile ortaya çıkan mediyatörler sonucu oluşan, ölüm ile sonuçlanabilecek kadar şiddetli sistemik hipersensitivite reaksiyonudur. Ölüm riski taşımasına rağmen zamanında uygun tedavi ile bu risk azaltılabilir. Anafilaksi her branştan doktorun belirti ve bulgularına hakim olması ve acil tedavi planını uygulaması gereken bir durumdur [2].

Anafilaksi, immünolojik (alerjik) ve immünolojik olmayan anafilaksi olarak iki gruba ayrılır. İmmünolojik anafilaksi; immünglobulin (Ig) E, Ig G, immünkompleks ve kompleman sistemi gibi immünolojik mekanizmalar ile oluşur. İmmünolojik olmayan anafilaksi ise immünolojik mekanizmaların rol almadığı anafilaksi olup geçmişte anafilaktoid reaksiyon olarak tanımlanmıştır. Günümüzde bu tanımlamadan uzaklaşmıştır [3].

Epidemiyoloji:

Anafilaksinin sıklığında tüm yaş gruplarında son iki dekatta 5-7 kat yükselme olmasına karşın mortalite oranında yükseliş saptanmamıştır [4,5]. Yaşam boyu anafilaksi gelişme riski genel popülasyonda en az %1,6’dır [6]. Anafilaksinin yıllık insidansı 100 000’de 50-112 arasında, prevalansı %0,3-5,1 arasında değişmektedir; mortalite sıklığı 0,35-1,06/milyon hasta/yıl olarak raporlanmıştır. Erişkin yaş grubunda fatalite daha fazladır [7].

Sağlık kuruluşuna başvuru nedenleri incelendiğinde çocuk yaş grubunda gıda alerjisi, erişkin yaş grubunda ise ilaç ve venom alerjisi daha sık görülmektedir [8]. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı kayıtlarından otoenjektör reçetesi verilen hastalar üzerinden yapılan çalışmada anafilaksi görülme yaş ortalaması 21,4 saptanmış; erkeklerde 10 yaş altında, kadınlarda ise 10 yaş üstünde daha sık saptanmıştır [9].

Risk Faktörleri:

Anafilaksi için birçok risk faktörü tanımlanmıştır. Bunlar;

Yaş: Bebekler, adölesanlar ve komorbiditesi bulunan yaşlılar riskli popülasyonu oluşturmaktadır. Bebeklerde ilk atağın fark edilme güçlüğü,

¹ Uzm. Dr. Ezgi Gürel Akan Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, gurelezgi@gmail.com

hakim olması gereken bir durumdur [2].

Anafilaksinin temelinde mast hücre ve bazofillerin degranülasyonu ile ortaya çıkan mediyatörler rol almaktadır. Anafilaksi tanısı temelde klinik bulgularla konulmaktadır. Detaylı anamnez anafilaksi tanısı konulmasında en önemli basamaktır. Tanıyı doğrulamada ve anafilaksi ile karışan diğer durumların ayırt edilmesinde bazı testler kullanılabilir (serum/plazma triptaz, plazma histamin ve 24 saatlik idrarda histamin ve histamin metabolitlerinin (N-metil histamin) ölçülmesi) [16-18].

Anafilaksi temelde beş organ sisteminde bulgularla seyreder. Bunlar sıklıklarına göre; deri, solunum sistemi, dolaşım sistemi, gastrointestinal sistem ve nörolojik sistemdir. Çoğunlukla en az iki organ sistemi tutulumu görülür fakat bazı durumlarda tek organ tutulumu da tanıya yeterlidir (KVS’de hipotansiyon) [17].

Anafilakside ilk müdahale mümkünse hastanın bulunduğu yerde yapılmalıdır. Tedavide ilk olarak adrenalin yapılmalıdır. Adrenalin erişkinde 0,2-0,5 mg dozunda; pediatrik grupta 0,01 mg/kg (maksimum 0,30 mg) dozunda uygulanır. Uygulama uyluk ön yan tarafına (vastus lateralis kasına) intramüsküler (IM) yol kullanılarak yapılır [6].

Anafilaksiden korunmada en önemli basamak alerjiden kaçınmaktır. Beraberindeki kofaktör ve komorbiditelerin yönetimi ve alerjen spesifik veya nonspesifik immünomodülatuar tedavi yöntemleri uygulanabilir [15,17].

Anafilakside hasta eğitimi hayati önem taşımaktadır. Hasta klinik durumunu belirten tanımlayıcı kimlik kartı bulundurulmalıdır. Duyarlı maddeler ve bunlar ile çapraz reaksiyon verebilecek maddeler hakkında bilgilendirilmelidir. Riskli hasta grubunda adrenalin otoenjeksiyon kullanımı yöntemleri gösterilmeli ve yanında taşımalarının hayati önemi anlatılmalıdır [17].

Kaynaklar

1. Portier MM, Richet C, De l'action anaphylactique de certains venims. Comptes Rendus des Seances Mem Soc Biol. 1902;54:170-2.
2. Johansson SG, Bieber T, Dahl R, et al. Revised nomenclature for allergy for global use: Report of the nomenclature review committee of the World Allergy Organization, October 2003. J Allergy Clin Immunol 2004;113:832-6. Doi: 0.1016/j.jaci.2003.12.591
3. Sampson HA, Munoz-Furlong A, Campbell RL, 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;117:391–397.
4. Lieberman P, Camargo CA Jr, Bohlke K, et al. Epidemiology of anaphylaxis: findings of the American College of Allergy, Asthma and Immunology Epidemiology of Anaphylaxis Working Group. Ann Allergy Asthma Immunol. 2006;97:596-602.
5. Orhan F, Canitez Y, Bakirtas A, et al. Anaphylaxis in Turkish children: a multi-centre, retrospective, case study. Clin Exp Allergy. 2011;41:1767-76.
6. Wood RA, Camargo Jr CA, Lieberman P, et al. Anaphylaxis in America: The prevalence and characteristics of anaphylaxis in the United States. J Allergy Clin Immunol. 2014;133:461–7.
7. Tejedor Alonso MA, Moro Moro M, Mugica Garcia MV. Epidemiology of anaphylaxis. Clin Exp Allergy. 2015;45:102739.
8. Mullins RJ, Dear KBG, Tang MLK. Time trends in Australian hospital anaphylaxis admissions in 1998–1999 to 2011–2012. J Allergy Clin Immunol. 2015;136:367–75.
9. Civelek E, Erkoçoğlu M, Akan A, et al. The Etiology and Clinical Features of Anaphylaxis in a developing country: A nationwide survey in Turkey. Asian Pac J Allergy Immunol. 2016. doi: 10.12932/AP0752.
10. Lieberman P, Adkinson NF Jr, Bochner BS, et al. Anaphylaxis: Middleton's allergy: principles and practice. 7th ed China. Elsevier. 2009:1027-49
11. Simons FER, Peterson S, Black C. Epinephrine dispensing for out-of-hospital treatment of anaphylaxis in infants and children: a population-based study. Ann Allergy Asthma Immunol 2001;86:622-6. [http://dx.doi.org/10.1016/S1081-1206\(10\)62289-2](http://dx.doi.org/10.1016/S1081-1206(10)62289-2)
12. Lieberman P. Epidemiology of anaphylaxis. Curr Opin Allergy Clin Immunol. 2008;8:316-20. Doi: 10.1097/ACI.0b013e3283036a69
13. Simons FE. Anaphylaxis. J Allergy Clin Immunol. 2010;125(2 Suppl 2):161-81. Doi: 10.1016/j.

jaci.2009.12.981

14. Sampson HA, Burks AW. Adverse reactions to foods. Middleton's allergy: principles and practice. 7th ed. China, Elsevier, 2009:113967.
15. Decker WW, Campbell RL, Manivannan V, et al. The etiology and incidence of anaphylaxis in Rochester, Minnesota: a report from the Rochester Epidemiology Project. J Allergy Clin Immunol. 2008;122:1161-5. Doi:10.1016/j.jaci.2008.09.043
16. Doğru M, Bostancı İ. Anafilaksi ve Anafilaksideki Gelişmeler. Çocuk Dergisi. 2011;11(2):43-53, doi:10.5222/j.child.2011.043
17. Orhan F, Şahiner M, Civelek E et al. Anaphylaxis: Turkish National Guideline 2018. Asthma Allergy Immunol. 2018;16: Ek Sayı/Supplement:1, 1-62. doi: 10.21911/aai.2018.1
18. Campbell RL, Li JT, Nicklas RA, et al. Members of the Joint Task Force; Practice Parameter Workgroup. Emergency department diagnosis and treatment of anaphylaxis: a practice parameter. Ann Allergy Asthma Immunol. 2014;113:599-608.
19. Simons FER, Arduzzo LRF, Bilò MB, et al. World Allergy Organization Guidelines for the Assessment and Management of Anaphylaxis. WAO Position Paper. WAO Journal. 2011; 4:13-37.
20. Simons FER. Anaphylaxis, killer allergy: long-term management in the community. J Allergy Clin Immunol. 2006;117:367-377.
21. Arga M, Bakirtas A, Catal F, et al. Training of trainers on epinephrine autoinjector use. Pediatric Allergy Immunology 2011; 22:590-593.
22. Nurmatov U, Worth A, Sheikh A. Anaphylaxis management plans for the acute and long-term management of anaphylaxis: a systematic review. J Allergy Clin Immunol. 2008;122:353-361. 31.