

BÖLÜM 3

ANAFİLAKSİ

Şenol ARSLAN¹
Fadime KILINÇ ŞEKER²

Anafilaksi, ani başlangıçlı, potansiyel olarak yaşamı tehdit eden, inflamatuvar mediatörlerin ani salınımı ile oluşan, birden fazla organ ve sistemin etkilenebildiği genelleştirilmiş bir aşırı duyarlılık reaksiyonudur (1). Anafilaksi klinik bir tanıdır ve ortak klinik özelliklerin varlığında tanı almaktadır (bkz. tablo1). Anafilaksinin yaşam boyu yaygınlığı şu anda ABD’de %0,05-2 ve Avrupa’da ~%3 olarak tahmin edilmektedir. Vakaların çoğunluğu hastane acil servislerinde tedavi edilir ve tahmini ölüm oranı %0,51’dir (2). Türkiye Ulusal Alerji ve Klinik İmmünoloji Derneğinin 2018 de yayınladığı rehber gere anafilaksiye bağılı hastane başvurusu ve yatış sıklığı son 10-15 yılda 5-7 kat artmasına rağmen ölümden artış bildirilmemiştir (3). Alerjik reaksiyonların çoğunluğunu besinler sebebiyle pediatrik grup oluştursa dahi, ölümlü vakalar adolesan ve erişkin hasta grubunda daha çok bildirilmiştir (2,3).

Akut başlangıçlı deri ve yumuşak doku tutulumu (ürtiker, kaşıntı, kızarıklık ya da dudaklarda, dilde veya uvula da şişme) ve beraberinde aşağıdakilerden en az biri :

- Solunum sıkıntısı ve hipoksi,
- Hipotansiyon veya kardiyovasküler kollaps,
- Organ disfonksiyonu ile ilişkili belirtiler (örn. hipotoni, senkop, inkontinans)

Alerjen maruziyeti sonrası dakikalardan saatlere kadar hızlı gelişen aşağıdaki belirtilerden iki veya daha fazlası:

- Deri ve/veya mukozal doku tutulumu
- Solunum yetmezliği
- Kan basıncında düşme ve buna bağılı belirtiler
- İnatçı gastro-intestinal belirtiler (örn. kramp, kusma)

Hasta bilinen bir alerjene maruz kaldıktan sonra hipotansiyon gelişirse anafilaksiden şüphelenmek gerekir.

¹ Doç. Dr, SBÜ Erzurum Tıp Fakültesi Acil Tıp AD., drsenolarslan@gmail.com, ORCID iD: 0000-0002-6636-5307

² Arş. Gör. Dr., SBÜ Erzurum Tıp Fakültesi Acil Tıp AD., fadimekilinc.638@gmail.com, ORCID iD: 0009-0000-7444-4921

TABURCULUK VE TAKİP

Uygun tedavi sonrası hastaneye yatış vakaların sadece %1 ila 4'ünde gerekmektedir (27). Tedaviye dirençli alerjik reaksiyonu olan ve instabil hastaların tümü için yoğun bakım takibi gerekmektedir. Uygun tedavi sonrası 6 saat boyunca semptomu olmayan ve diğer yönden sağlıklı hastalar, sırasıyla %5 veya %3'ten daha az bifazik reaksiyon insidansı ile, evlerine taburcu edilebilirler (7,8).

Yaşlı, komorbiditesi fazla, beta bloker kullanan ve geçmişte anafilaksi öyküsü olan hastalar daha uzun süre takip edilmelidir. Şiddetli alerjik reaksiyonları veya anafilaksisi olan hastalar genellikle 3 ila 5 gün süre için antihistaminik ve kortikosteroid reçeteleri ve bir epinefrin oto enjektör reçetesi ile taburcu edilir. Taburculukta hastaya anafilaksi hakkında bilgilendirme yapılmalı, oto enjektör kullanımı öğretilmelidir. Ayrıca, şiddetli ve sık alerjik reaksiyon gösteren hastaların geniş kapsamlı alerjen tanımlaması için alerji uzmanına yönlendirilmesi gerekmektedir (27).

KAYNAKLAR

1. Sampson, H. A., Muñoz-Furlong, A., Campbell, R. L., Adkinson, N. F., Jr, Bock, S. A., Branum, A., Brown, S. G., Camargo, C. A., Jr, Cydulka, R., Galli, S. J., Gidudu, J., Gruchalla, R. S., Harlor, A. D., Jr, Hepner, D. L., Lewis, L. M., Lieberman, P. L., Metcalfe, D. D., O'Connor, R., Muraro, A., Rudman, A., ... Decker, W. W. (2006). 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. *The Journal of allergy and clinical immunology*, 117(2), 391–397. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2005.12.1303>
2. Panesar, S. S., Javad, S., de Silva, D., Nwaru, B. I., Hickstein, L., Muraro, A., Roberts, G., Worm, M., Bilò, M. B., Cardona, V., Dubois, A. E., Dunn Galvin, A., Eigenmann, P., Fernandez-Rivas, M., Halken, S., Lack, G., Niggemann, B., Santos, A. F., Vlieg-Boerstra, B. J., Zolkipli, Z. Q., ... EAAACI Food Allergy and Anaphylaxis Group (2013). The epidemiology of anaphylaxis in Europe: a systematic review. *Allergy*, 68(11), 1353–1361. <https://doi.org/10.1111/all.12272>
3. https://aai.org.tr/uploads/pdf_103.pdf
4. Peavy, R. D., & Metcalfe, D. D. (2008). Understanding the mechanisms of anaphylaxis. *Current opinion in allergy and clinical immunology*, 8(4), 310–315. <https://doi.org/10.1097/ACI.0b013e3283036a90>
5. Stevens, W. W., Kraft, M., & Eisenbarth, S. C. (2023). Recent insights into the mechanisms of anaphylaxis. *Current opinion in immunology*, 81, 102288. <https://doi.org/10.1016/j.coi.2023.102288>
6. Dribin, T. E., Motosue, M. S., & Campbell, R. L. (2022). Overview of Allergy and Anaphylaxis. *Emergency medicine clinics of North America*, 40(1), 1–17. <https://doi.org/10.1016/j.emc.2021.08.007>
7. Lee, S., Bellolio, M. F., Hess, E. P., Erwin, P., Murad, M. H., & Campbell, R. L. (2015). Time of Onset and Predictors of Biphasic Anaphylactic Reactions: A Systematic Review and Meta-analysis. *The journal of allergy and clinical immunology. In practice*, 3(3), 408–16.e162. <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2014.12.010>
8. Ichikawa, M., Kuriyama, A., Urushidani, S., & Ikegami, T. (2021). Incidence and timing of biphasic anaphylactic reactions: a retrospective cohort study. *Acute medicine & surgery*, 8(1), e689. <https://doi.org/10.1002/ams2.689>

9. Campbell, R. L., Hagan, J. B., Manivannan, V., Decker, W. W., Kanthala, A. R., Bellolio, M. F., Smith, V. D., & Li, J. T. (2012). Evaluation of national institute of allergy and infectious diseases/food allergy and anaphylaxis network criteria for the diagnosis of anaphylaxis in emergency department patients. *The Journal of allergy and clinical immunology*, 129(3), 748–752. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2011.09.030>
10. LoVerde, D., Iweala, O. I., Eginli, A., & Krishnaswamy, G. (2018). Anaphylaxis. *Chest*, 153(2), 528–543. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2017.07.033>
11. Waterfield, T., Dyer, E., Wilson, K., & Boyle, R. J. (2016). How to interpret mast cell tests. *Archives of disease in childhood. Education and practice edition*, 101(5), 246–251. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2015-309887>
12. Vitte J. (2015). Human mast cell tryptase in biology and medicine. *Molecular immunology*, 63(1), 18–24. <https://doi.org/10.1016/j.molimm.2014.04.001>
13. Burks, A. W., Jones, S. M., Boyce, J. A., Sicherer, S. H., Wood, R. A., Assa'ad, A., & Sampson, H. A. (2011). NIAID-sponsored 2010 guidelines for managing food allergy: applications in the pediatric population. *Pediatrics*, 128(5), 955–965. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-0539>
14. Vadas, P., Gold, M., Perelman, B., Liss, G. M., Lack, G., Blyth, T., Simons, F. E., Simons, K. J., Cass, D., & Yeung, J. (2008). Platelet-activating factor, PAF acetylhydrolase, and severe anaphylaxis. *The New England journal of medicine*, 358(1), 28–35. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa070030>
15. Simons, F. E., Ebisawa, M., Sanchez-Borges, M., Thong, B. Y., Worm, M., Tanno, L. K., Lockey, R. F., El-Gamal, Y. M., Brown, S. G., Park, H. S., & Sheikh, A. (2015). 2015 update of the evidence base: World Allergy Organization anaphylaxis guidelines. *The World Allergy Organization journal*, 8(1), 32. <https://doi.org/10.1186/s40413-015-0080-1>
16. Muraro, A., Roberts, G., Worm, M., Bilò, M. B., Brockow, K., Fernández Rivas, M., Santos, A. F., Zolkipli, Z. Q., Bellou, A., Beyer, K., Bindslev-Jensen, C., Cardona, V., Clark, A. T., Demoly, P., Dubois, A. E., DunnGalvin, A., Eigenmann, P., Halken, S., Harada, L., Lack, G., ... EAA-CI Food Allergy and Anaphylaxis Guidelines Group (2014). Anaphylaxis: guidelines from the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. *Allergy*, 69(8), 1026–1045. <https://doi.org/10.1111/all.12437>
17. Lieberman P. L. (2014). Recognition and first-line treatment of anaphylaxis. *The American journal of medicine*, 127(1 Suppl), S6–S11. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2013.09.008>
18. Pumphrey R. S. (2003). Fatal posture in anaphylactic shock. *The Journal of allergy and clinical immunology*, 112(2), 451–452. <https://doi.org/10.1067/mai.2003.1614>
19. Brown S. G. (2005). Cardiovascular aspects of anaphylaxis: implications for treatment and diagnosis. *Current opinion in allergy and clinical immunology*, 5(4), 359–364. <https://doi.org/10.1097/01.all.0000174158.78626.35>
20. Campbell, R. L., Bellolio, M. F., Knutson, B. D., Bellamkonda, V. R., Fedko, M. G., Nestler, D. M., & Hess, E. P. (2015). Epinephrine in anaphylaxis: higher risk of cardiovascular complications and overdose after administration of intravenous bolus epinephrine compared with intramuscular epinephrine. *The journal of allergy and clinical immunology. In practice*, 3(1), 76–80. <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2014.06.007>
21. Perel, P., Roberts, I., & Ker, K. (2013). Colloids versus crystalloids for fluid resuscitation in critically ill patients. *The Cochrane database of systematic reviews*, (2), CD000567. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000567.pub6>
22. Dhami, S., Panesar, S. S., Roberts, G., Muraro, A., Worm, M., Bilò, M. B., Cardona, V., Dubois, A. E., DunnGalvin, A., Eigenmann, P., Fernandez-Rivas, M., Halken, S., Lack, G., Niggemann, B., Rueff, F., Santos, A. F., Vlieg-Boerstra, B., Zolkipli, Z. Q., Sheikh, A., & EAACI Food Allergy and Anaphylaxis Guidelines Group (2014). Management of anaphylaxis: a systematic review. *Allergy*, 69(2), 168–175. <https://doi.org/10.1111/all.12318>
23. Choo, K. J., Simons, E., & Sheikh, A. (2010). Glucocorticoids for the treatment of anaphylaxis: Cochrane systematic review. *Allergy*, 65(10), 1205–1211. <https://doi.org/10.1111/j.1398-9995.2010.02424.x>

24. Nurmatov, U. B., Rhatigan, E., Simons, F. E., & Sheikh, A. (2014). H2-antihistamines for the treatment of anaphylaxis with and without shock: a systematic review. *Annals of allergy, asthma & immunology : official publication of the American College of Allergy, Asthma, & Immunology*, 112(2), 126–131. <https://doi.org/10.1016/j.anai.2013.11.010>
25. Shan, Z., Rong, Y., Yang, W., Wang, D., Yao, P., Xie, J., & Liu, L. (2013). Intravenous and nebulized magnesium sulfate for treating acute asthma in adults and children: a systematic review and meta-analysis. *Respiratory medicine*, 107(3), 321–330. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2012.12.001>
26. Chan-Dominy, A. C., Anders, M., Millar, J., Horton, S., Best, D., Brizard, C., D'Udekem, Y., Hilton, A., & Butt, W. (2015). Extracorporeal membrane modality conversions. *Perfusion*, 30(4), 291–294. <https://doi.org/10.1177/0267659114544486>
27. Gaeta, T. J., Clark, S., Pelletier, A. J., & Camargo, C. A. (2007). National study of US emergency department visits for acute allergic reactions, 1993 to 2004. *Annals of allergy, asthma & immunology : official publication of the American College of Allergy, Asthma, & Immunology*, 98(4), 360–365. [https://doi.org/10.1016/S1081-1206\(10\)60883-6](https://doi.org/10.1016/S1081-1206(10)60883-6)
28. Simons, F. E., & Sheikh, A. (2013). Anaphylaxis: the acute episode and beyond. *BMJ (Clinical research ed.)*, 346, f602. <https://doi.org/10.1136/bmj.f602>