

ÇOCUKLARDA ANAFİLAKSİ NEDENLERİ, TEDAVİSİ VE İZLEMİ

5. BÖLÜM

Yılmaz SEÇİLMİŞ¹

GİRİŞ

Anafilaksi ani başlayan, morbidite ve mortaliteye sebep olabilen, nispeten sık görülen ciddi bir sistemik hipersensitivite reaksiyonudur. Solunum ve dolaşım problemleri ile karakterli ve genellikle cilt, mukoza değişikliklerini içerir. Anafilaksinin erken tanısı ve tedavisi mortaliteyi oldukça azaltacağı gibi, morbidite ve hastaneye yatışları da önemli oranda azaltmaktadır ⁽¹⁾. Anafilaksi tablosundaki multisistemik etkilenim mortalitenin temel sebebini oluşturmaktadır. Çocukluk yaş grubunda ölüm oranı 10 milyonda 1 olarak görülmektedir ⁽²⁾.

ETYOLOJİ

Anafilaksi etyolojisinde birçok farklı neden yer almaktadır. Çocukluk yaş grubunda en sık görülen sebep gıda alerjileridir. Gıdalar içinde en sık görülen ise yer fıstığıdır. Yer fıstığı dışında diğer fıstık türleri de anafilaksiye sebep olabilmektedir. Kabuklu deniz ürünleri, balık, süt, yumurta, meyvelerden ise kivi anafilaksiye en sık neden olan diğer gıdalardır ⁽³⁾.

Gıdalardan sonra en sık ilaç reaksiyonları etyolojide yer almaktadır. İlaçlardan ise en sık beta laktam grubu antibiyotikler ile anafilaksi görülmektedir. Kan ürünleri transfüzyonu, immunoterapi uygulamaları (özellikle arı alerjisine bağlı) ve eldivenlerde sıkça kullanılan lateks de hastane ortamında rastlanan önemli nedenler arasındadır. Böcek ısırıkları da nadir olmayan sebepler arasındadır. Özellikle yaz aylarında bal arısı ve yaban arısı sokmaları ve bazı karınca türlerinin ısırıklarında da anafilaksi görülebilmektedir ⁽⁴⁾.

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Erciyes Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, yildosec@hotmail.com
ORCID iD: 0000-0002-2195-3551

SONUÇ

Anafilaksi, hayatı tehdit edici, hızlı bir şekilde başlayan, çeşitli komplikasyonlara ve hatta ölüme sebep olabilen bir hipersensitivite reaksiyonudur. Tedavisi acil olarak yapılmalı ve hasta yakın izleme alınmalıdır. Tedavinin gecikmesi hastada hem klinik cevapsızlığa hem de semptomların tekrarlamasına neden olabilmektedir. Etiyolojide her türlü antijenik yapı rol alabilir ve günümüz güncel bilgilerine göre adrenalin halen en geçerli tedavidir.

Hem hasta açısından hem de hekim açısından anafilaksi tablosunun tanınması, prognoz açısından en temel gösterge olarak kabul edilmektedir. Hastalara, oto-enjektörün doğru kullanımı eğitiminin verilmesinin yanı sıra, hangi durumlarda hekime başvuracağı ve tedavisini uygun şekilde başlatacağı da detaylı şekilde anlatılmalıdır. Bu hastaların uzun dönem takipleri alerji bölümleri tarafından yakından takip yapılmalıdır.

KAYNAKÇA

1. Lee S, Hess EP, Lohse C, et al. Trends, characteristics, and incidence of anaphylaxis in 2001-2010: A population-based study. *J Allergy Clin Immunol* 2017; 139(1): 182-8.
2. Turner PJ, Jerschow E, Umasunthar T, et al. Fatal Anaphylaxis: Mortality Rate and Risk Factors. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2017;5(5):1169-1178. doi:10.1016/j.jaip.2017.06.031
3. Rudders SA, Arias SA, Camargo CA. Trends in hospitalizations for food-induced anaphylaxis in US children, 2000-2009. *J Allergy Clin Immunol* 2014; 134(4): 960-2.
4. Anagnostou K. Anaphylaxis in Children: Epidemiology, Risk Factors and Management. *Curr Pediatr Rev.* 2018;14(3):180-186.
5. Reber LL, Hernandez JD, Galli SJ. The pathophysiology of anaphylaxis. *J Allergy Clin Immunol.* 2017;140(2):335-348. doi:10.1016/j.jaci.2017.06.003
6. Peavy RD, Metcalfe DD. Understanding the mechanisms of anaphylaxis. *Curr Opin Allergy Clin Immunol.* 2008;8(4):310-315. Doi:10.1097/ACI.0b013e3283036a90
7. Kliegman, R., Geme J. (2019). Allergic Disorders, Hugh A. Sampson, Nelson Textbook of Pediatrics (21st ed., pp.1228-1234). Philadelphia: Elsevier
8. Simons FER, Arduoso LRF, Bilo MB, et al. World Allergy Organization guidelines for the assessment and management of anaphylaxis. *J Allergy Clin Immunol* 2011;127:593 e1-e22.
9. 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;117:391-7.
10. LoVerde D, Iweala OI, Eginli A, et al. Anaphylaxis. *Chest.* 2018;153(2):528-543. doi:10.1016/j.chest.2017.07.033
11. Brown SGA, Kemp SF, Lieberman PL. (2014) Anaphylaxis. In: Adkinson NF Jr, Bochner BS, Burks AW, Busse WW, Holgate ST, Lemanske RF Jr, (eds.) Middleton's Allergy principles and practice, (8th ed. pp. 1237-59) Philadelphia, PA: Saunders.
12. Leung DYM, Szeffler SJ, Bonilla FA, et al. (2016). Other Allergic Diseases. Belinda Kuhn (Ed), Pediatric Allergy Principles and Practice, (3rd ed. pp. 529-531). Philadelphia: Saunders- Elsevier
13. Muraro A, Roberts G, Worm M, et al. Anaphylaxis: Guidelines from the European academy of allergy and clinical immunology. *Allergy* 2014; 69(8): 1026-45

14. Lieberman PL. Recognition and first-line treatment of anaphylaxis. *Am J Med* 2014; 127(1): S6-S11
15. Anagnostou K. Anaphylaxis in Children: Epidemiology, Risk Factors and Management. *Curr Pediatr Rev*. 2018;14(3):180-186.
16. 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(6):599-608. doi:10.1016/j.anaai.2014.10.007
17. Bachur R. (2016). *Allergic Emergencies* Kathy Shaw (Ed.), Fleisher & Ludwig's Textbook of Pediatric Emergency Medicine (7th ed. pp. 616-620). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins (LWW)
18. Wojciech Francuzik, Sabine Dölle & Margitta Worm (2018) Risk factors and treatment of refractory anaphylaxis-a review of case reports, *Expert Review of Clinical Immunology*, 2018;14: 307-314
19. Ko BS, Kim WY, Ryoo SM, et al. Biphasic reactions in patients with anaphylaxis treated with corticosteroids. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2015;115:312-6.
20. Lee S, Peterson A, Lohse CM, et al. Further evaluation of factors that may predict biphasic reactions in emergency department anaphylaxis patients. *J Allergy Clin Immunol Pract* 2017;5:1295-301.
21. Douglas DM, Sukenick E, Andrade WP, Brown JS. Biphasic systemic anaphylaxis: an inpatient and outpatient study. *J Allergy Clin Immunol* 1994;93: 977-85.
22. Lee JM, Greenes DS. Biphasic anaphylactic reactions in pediatrics. *Pediatrics* 2000; 106:762.
23. Ellis AK, Day JH. Incidence and characteristics of biphasic anaphylaxis: a prospective evaluation of 103 patients. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2007; 98:64.
24. Järvinen KM, Sicherer SH, Sampson HA, et al. Use of multiple doses of epinephrine in food-induced anaphylaxis in children. *J Allergy Clin Immunol* 2008; 122:133.
25. Rudders SA, Banerji A, Corel B, et al. Multicenter study of repeat epinephrine treatments for food-related anaphylaxis. *Pediatrics* 2010; 125:e711.
26. Oren E, Banerji A, Clark S, et al. Food-induced anaphylaxis and repeated epinephrine treatments. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2007; 99:429.
27. Pouessel G, Cerbelle V, Lejeune S, et al. Anaphylaxis admissions in pediatric intensive care units: Follow-up and risk of recurrence. *Pediatr Allergy Immunol*. 2019;30:341-347. Doi:10.1111/pai.13015