AKUT ÜRTİKER - ANJİOÖDEM

Prof. Dr. Oya Gürbüz

Tanı Kriterleri:
Ani oluşan, birkaç saatte kaybolan kaşıntılı cilt lezyonu deri ve mukozalarda ani ödem

Klinik Bulgular:

Ürtiker: Birkaç dakika içinde şiddetli kaşıntı ile ortaya çıkıp genellikle birkaç saat içinde kaybolan (nadiren 24 - 48 saatten uzun süre devam eden), dermisin geçici ödemi ile kendini gösteren, deri seviyesinden kabarık, sınırları belirgin, deri renginde veya eritemli papül ve plak lezyonlardır.

Anjioödem: Deri ve mukozalarda subkutan / submukozal dokuda ani ödem ile ortaya çıkan, 24 - 48 saatten gerileyen, hassas veya ağrılı, genellikle kaşıntısız deri renginde veya eritemli şişliklerdir. Derinin daha gevşek olduğu yüz, eller, genital bölge, dudaklar, dil, farinks gibi vücut bölgelerini tercih eder.

Gastrointestinal ve solunum sistemleri mukozalarını da tutması durumunda karın ağrısı, sternum arkasında ağrı, solunum güçlüğü gibi semptomlara neden olabilir. Ürtiker ve anjioödem ayrı ayrı görülebileceği gibi aynı hastada birlikte de görülebilirler.

Gerekli Tetkikler:

Klinik bulgular, tanı için yeterlidir. Tetkik yaptırmak gerekli değildir. Ancak yüksek ateşin eşlik etmesi durumunda, neden olabilecek bir bakteriyel veya viral infeksiyon yönünden araştırılması gerekir. Altı haftadan uzun süredir ürtiker atakları olan hastaların acil tedavileri gerçekleştirildikten sonra, kronik ürtiker tanısı ile tetkik ve tedavi için dermatoloji bölümüne yönlendirilmeleri uygundur.

Tedavi:

Ürtiker:

- Öyküde tetikleyici olabileceği düşünülen şüpheli bir ilaç varsa kesilir. Şüpheli ama yaşamsal önemi olan bir ilaç için kesilmesi veya değiştirilmesi konusunda dermatoloji ve ilgili daldan görüş alınmalıdır.

- Tercihen parenteral antihistaminik (Türkiye'de mevcut tek preparat Avil amp.) IM (1 amp.) veya i.v (yavaş 1 ml/dak) yolla verilir.
- Sedatif olmayan 2. veya 3. nesil bir antihistaminik düzenli olarak kullanılmak üzere (ürtiker ataklarından bağımsız olarak) reçete edilir. Fexofenadine 180 mg, loratadine, desloratadine, cetrizine, levocetrizine gibi. Bu antihistaminikler, klasik olarak 1 tbl/gün dozda kullanılır.
- Şiddetli olgularda, gerektiğinde yukarıda belirtilen antihistaminikler, önerilen günlük dozların 23 katı verilebilir, kombine kullanılabilirler.
- Akut ürtikerin rutin tedavisinde sistemik kortikosteroidlerin yeri yoktur. Ancak yukarıda sözü edilen tedavilere yanıtsız olan şiddetli ürtikerlerde metilprednizolon 0,51 mg/kg/gün dozda i.v veya IM yolla 4 gün süre ile kullanılabilir ve hasta dermatoloji bölümüne yönlendirilir.

Anjioödem

- Ürtiker ile birlikte veya tek başına, solunum, dolaşım sistemleri bulguları olmayan hafif şiddette anjioödem durumunda, yukarıda belirtilen akut ürtiker tedavisi geçerlidir.
- Solunum güçlüğü yaratan larinks, dil tutulumu ve kardiovasküler semptomların olduğu şiddetli anjioödem durumunda, damar yolu açılır, Trendelenburg pozisyonu verilir, parenteral antihistaminik yanı sıra, 0,25 0,50 mg Adrenalin subkutan (SK) veya tercihen IM (vastus medialis veya deltoid kas içine) yapılır. Sistemik semptomların düzelmemesi durumunda bu doz, 510 dakikada bir tekrarlanabilir.

DİKKAT! : Kalp yetmezliği, hipertansiyonu, hipertiroidisi olan, beta bloke edici ajan kullanan hastalarda adrenalin dozunu azaltmak ve dikkatli monitorizasyon gerekir.

- Yanıt alınamaması durumunda ve belirgin siyanoz varlığında anafilaksi tedavisi için önerilen tedavi basamaklarına geçilir.
- Sistemik kortikosteridlerin akut dönemde yararı yoktur. Ancak metilprednizolon, 12 mg/kg/gün dozda, uzamış reaksiyonları ve yeni atakları önlemesi nedeniyle kullanılabilir.

Takip

- Anjioödem hastası 24 saat süre ile gözlem altında tutulmalıdır.
- Öyküde uzun süredir tekrarlamakta olan ürtiker, anjioödem atakları tanımlanıyorsa, hastanın değerlendirilmesi ve tetkiki için dermatoloji bölümüne yönlendirilmesi gerekir.

Kaynaklar:

1- Kaplan AP, Greaves MW. Angioedema. J Am Acad Dermatol 2005;53:373-388.

2- Kemp SF, Lockey RF, Anaphylaxis: A review of causes and mechanisms. J Allergy Clin Immunol 2002;110(3): 341-348.

3- Zuberbier T, Binslev JensenC, Canonica W, GrattenCEH, Greaves MW, Henz BM, Kapp A, Kozel MMA, Maurer M, Merk HF, Schafer T, Simon D, Wedi B. EAACI/GALEN/EDF guideline: management of urticaria. Allergy 2006;61:321-331.

4- Grattan CEH, Black AK. Urticaria and Angioedema. In: Bolognia JL, JorizzoJL, Rapını RP. Eds. Dermatology. Totonto Mosby, 2003:287-302.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ