ANAFİLAKSİ

Doç. Dr. Sait Karakurt

Tanı Kriterleri:
Deri ya da mukoza tutulumu (kaşıntı, ürtiker, göz, dudak, yumuşak damakta şişme...) olan hastalarda dakikalar saatler içinde hızla gelişen solunum sıkıntısı (dispne, hırıltılı solunum, hipoksemi) ya da kan basıncında düşme ya da organlarda fonksiyon bozukluğu (şok, senkop, inkontinans...)

Genel Bilgiler:

Anafilaksi önceden duyarlılık kazanılan protein yapısındaki maddelere karşı IgE aracılığı ile gelişen, akut, öldürücü olabilen bir alerjik reaksiyondur. Anafilaktoid reaksiyonda klinik tablo benzer olmasına karşın önceden duyarlılık kazanılma şartı yoktur ve IgE rol oynamaz.

% 60 olguda neden bulunamaz, ilaçlar en sık nedendir (betalaktam grubu antibiyotikler, nonsteroid antieimflamatuvar ilaçlar), besinler (kabuklu deniz ürünleri ve kuruyemişler), radyokontrast maddeler, böcek sokmaları, hayvan ısırıkları, lateks, immunoterapi uygulamaları, kan ürünleri, egzersiz.

Klinik Bulgular:

- Ürtiker, anjioödem, yaygın eritem,
- Ses değişikliği, göz yaşarması,
- Burun akıntısı ve tıkanıklığı
- Nefes darlığı, hırıltılı solunum,
- Çarpıntı, fenalık hissi.
- Kardiyojenik ya da kardiyojenik olmayan akciğer ödemi, hava yolu tıkanması
- Solunum yetmezliği, % 30 olguda şok gelişir.

Deri döküntüsü olmayan % 20 hastada ise deri / yumuşak doku tutulması (kaşıntı, dil, dudak, yumuşak damakta şişme), solunum sıkıntısı, kan basıncında düşme ve gastrointestinal belirtilerden (kusma, kramp tarzında karın ağrısı) en az 2 tanesinin gösterilmesiyle ile tanı konulur.

Klinik belirtiler neden olan etkenle karşılaştıktan 5-60 dakika içinde başlar. % 10 hastada ilk belirtilerden ortalama 10 saat sonra ikinci bir reaksiyon gelişebilir (bifazik reaksiyon).

Ayrıcı Tanı:

Vazovagal reaksiyonlar (ürtiker, anjioödem, kaşıntı, bronkospazm olmaz ve tipik olarak bradikardi ile birliktedir).
Akut anksiyete (eritem, nefes darlığı, vokal kord disfonksiyonu, senkop görülebilmesine karşın hipotansiyon, ürtiker görülmez).
Vokal kord disfonsiyonu (inspiratuvar stridor olur, larenks ödeminde stridor hem inspiratuvar hem de ekspiratuvardır ve vokal kord disfonksiyonundan farklı olarak yumuşak damak da ödemli olabilir).
Diğer şok (hipovolemik, kardiyojenik, septik) şekillerinden ayrılmalıdır.
Yaygın kızarıklık nedeniyle feokromositoma, karsinoid sendrom, tiroidin medüller kanseri, oral hipoglisemik kullananlarda alkol alımında, peripostmenapozal durum, akut histamin salınımına neden olan bazı tümörler (bazofilik lösemi, akut premiyelositer lösemi, sistemik mastositoz), hidatik kist rüptürü düşünülmelidir.
Akut solunum sıkıntısı nedeniyle status astmatikus, pulmoner emboli, yabancı cisim aspirasyonu, epiglottit ayırıcı tanıya girer.

Tedavi:

- Yüz ve boyun şişliği ya da nefes darlığı olan hastada intübasyon için hazırlanılmalıdır. Stridor varlığında hasta intübe edilir. Ödem hava yolu anatomisini bazacağından intübasyon zor olabilir. Krikotiroidotomi gerekli olabilir.
- Damar yolu açılır.
- Oksijen verilir (Satürasyon % 90 olacak şekilde, 5L/dakikaya kadar nazal kanülle, 5-8 L/dakika nazal maske ile, hasta hala hipoksemik ise maske altına rezervuar torba takılır ya da pozitif basınçlı ventilasyon desteği verilir).
- Olası antijen mümkünse uzaklaştırılır.
- Bronkospazm, larinks ödemi, gastrointestinal belirtiler, hipotansiyon ya da progresyon gösteren herhangi bir belirti varlığında 0,3-0,5 mL 1/1000 adrenalin IM 5-15 dakika arayla 2 doz yapılır. Anafilakside adrenalin için kontrendikasyon yoktur. İlk 2 doza yanıt yoksa sıvı verilir (1-2 L %0,9 NaCl hızlı). Sıvı gereksinmesi daha yüksek olabilir. Sıvı tedavisine yanıt alınmazsa vazopressörlerde tedaviye eklenmelidir.

Tablo 1. Vazopressör Dozları

Dopamin	(2-30 µg/kg/dakika)
Dobutamin	(2-30 µg/kg/dakika)
Adrenalin	(2-20 µg/dakika)
Noradrenalin	(2-20 µg/dakika)
Vazopressin	(0.01-0.04 ünite/dakika)

Bütün hastalara H_1 (difenhidramin 50 mg 15 dakika infüzyonla) ve H_2 (1 mg/kg ranitidin ya da 20 mg famotidin 15 dakikada infüzyon) reseptör antagonistleri birlikte verilir. Bronkodilatör verilir. Salbutamol 2.5 mg nebül ve atrovent 250 mikrogram nebül sürekli verilebilir. Maksimum bronkodilatör dozu etkinin ortaya çıktığı ya da yan etkilerin (taşikardi, ritm sorunları, kas krampları, bilinç değişiklikleri...) görüldüğü dozdur. Akut durum kontrol altına alındıktan sonra 1 ya da 2 saatte bir verilerek kliniğine göre doz azaltılır. Metilprednizolon 125 mg i.v verilir ve 4 gün süreyle 1-2 mg/kg metilprednizolon devam ettirilebilir.

Refrakter Anafilaksi:

Adrenalin, sıvı ve antihistaminik tedaviye yanıt vermeyen anafilaksidir. Yoğun bakım ünitesinde tedavi edilir. 1/10000 adrenalin 0.5-1 mL i.v 5-15 dakikada bir tekrarlanır. i.v yol yoksa 3-5 mL 1/10000 adrenalin endotrakeal tüpten verilir.Adrenalin infüzyonu yapılabilir. (1 mL 1/10000'lik adrenalin 500 mL SF içine konup 0.5-2 mL/dakika infüzyonla verilir, doz klinik yanıta göre titre edilir). Beta-bloker kullananlarda adrenaline direnç olabilir. Dirençli hipotansiyonda 1 mg glukagon i.v dakikada bir toplam 5 mg doza ulaşıncaya kadar tekrarlanır. 10-40 ünite vazopressin i.v yoldan dirençli olgularda yapılabilir.

Takip:

Sıvı ve / veya vazopresör gerektiren hastalar kontrol altına alındıktan sonra yatırılarak izlenmelidir.

Takip süresi belli değildir. Hastaların %10'unda bifazik reaksiyon gelişebileceği ve ortalama 10 saat dolayında belirtilerin başlayabileceği hatırlanmalıdır. Hastaya adrenalin otoenjektörleri (EpiPen 0.3 mL) önerilmeli gerektiğinde giysi üzerinden yapılabileceği anlatılmalı ve sonrasında alerji merkezine yönlendirilmelidir. Anafilaksi varlığında adrenalin için kontrendikasyon olmadığı hatırlanmalıdır.

Kaynaklar:

1- Sampson, HA, Munoz-Furlong, A, Bock, SA, et al. Symposium on the deşnition and management of anaphylaxis: summary report J Allergy Clin Immunol 2005;115:584

2- Bochner, BS, Lichtenstein, LM. Anaphylaxis. N Engl J Med 1991;324:1785

MARMARA ÜNİVERSİTESİ