

ANAFLAKSİ

YAKIN DOĐU ÜNİVERSİTESİ
SHMYO İLK VE ACİL YARDIM BÖLÜMÜ
YRD DOÇ DR SEMRA ASLAY
2015

Anaflaksi

- Multisistemle ilişkili hipotansiyon ve hava yollarınıda kapsayan şiddetli bir hipersensivite reaksiyonudur
- Mast hücrelerinden ve bazofillerden IgE bağlı bir şekilde medyatörlerin salınımından kaynaklanan potansiyel olarak yaşamı tehdit eden bir kaskaddır

- Anaflaktoid reaksiyon ise IgE bağımlı olmayan ve duyarlılaşmaya maruz kalmayı gerektirmeyen klinik olarak anaflaksiden ayırt edilmesi olanaksız yanıtları tanımlar
- Günümüzde her ikisi için de anaflasi kavramı kullanılmaktadır

- Hipersensitivite genel olarak zararsız olan antijenlere karşı uygunsuz immün yanıtı tanımlarken anaflaksi ise acil hipersensitivitenin daha dramatik ve şiddetli formunu ifade eder

Epidemiyoloji

- ABD'de toplumun %15'i risk altında
- Yılda 500-1000 fatal vaka
- **PE Penisillin** için 50000 maruziyette 1, yılda >100 ölüm
- Böcek ısırığında, yılda <100 ölüm
- IV kontrast ile %2 anafilaksi, ölüm nadirdir
- Çocuklarda en sık anafilaksi nedeni besin allerjisi

Epidemiyoloji

- Atopik kişilerde anafilaksi riski non-atopiklerden farksız
- Kontrolsüz astım ,önceden anafilaksi öyküsü fatal anaflaktik reaksiyon için risk faktörüdür
- Anaflaksinin tekrarlama riski;
 - Böcek ısırığında %40-60
 - Kontrast allerjisinde %20-40
 - Penisillinde %10-20

Nedenleri

- **İlaçlar**
 - Beta Laktam Antibiyotikler
 - ASA
 - TMP-SMX
 - Vancomisin
 - NSAİD
- **Besinler**
 - Midye
 - Soya
 - Fıstık
 - Süt
 - Yumurta
- **Diğer**
 - Hymenoptera ısırığı
 - İv kontrast
 - Latex

İlaçlar

- PE uygulamalarda risk daha fazla, ne kadar kısa sürede ortaya çıkarsa o kadar ciddi
- En sık Penisilline karşı anafilaksi
- Penisilin allerjisi olanlarda %10 Sefalosporin allerjisi,
- Penisilin alerjisi olanlarda SS'lere karşı 8 kat artmış allerji riski
- Penisilin allerjisi olanlarda diğer ilaçlara karşı da allerji riski yüksek
- Reaktif hava yolu hastalığı ve nazal polipi olanlarda ASA ve NSAİD 'lere karşı bronkokonstrüksiyon

Radyokontrast maddeler

- %1-3 oranında anaflaksi, LMW kullanımı ile %0.5
- Fatalite nadir, 100.000'de 0.9
- Anaflaksi daha çok IV kullanımda, oral ajanlara reaksiyon bildirilmemiş
- Atopik, astımı olanlarda risk daha yüksek, beta bloker kullananlarda tedaviye direnç
- Kontrast allerjisi öyküsü olanlarda LMW kontrastların kullanımı ya da önceden antihistaminik ve kortikosteroid tedavisiyle anaflaksi önlenabilir

Böcek ısırığı

- Hymenoptera ısırığı daha çok lokal ürtiker şeklinde
- Lokal ürtiker şiddetli bile olsa anafilaksi riski yok
- Jeneralize ürtiker şekli nadir ama anafilaksiye ilerler
- Anaflaktik reaksiyon ya da jeneralize ürtiker geliştirenler mutlaka desensitizasyon için allerji uzmanına yönlendirilmeli, epinefrin otoenjektör taşımaları

Klinik

- Belirtiler maruziyetten sonraki 60 dk içinde başlar
- Ne kadar kısa sürede başlarsa o kadar ciddi
- Ölümlerin yarısı genelde ilk saatte olur
- “İkinci faz” maruziyetten 4-8 saat sonra pik yapar, sıklıkla ilk semptomların ortaya çıkışından 3-4 saat sonra belirtilerin tekrarlamasıdır
- Hastaların %3-20’sinde bifazik fenomen vuku bulur

Klinik

- Ciltte “Flushing” ve ürtikeryal döküntülerle başlar
- Boğazda doluluk hissi, anksiyete ve göğüste sıkışma hissi ile devam eder
- Bilinç değişikliği, respiratuar distres ve dolaşım kollapsı gelişebilir
- En ciddi formda bilinç kaybı ve **kardiyopulmoner arrest**

- Boğazda yumru hissi, ses kısıklığı, nefes darlığı mevcut ise anaflaksinin yaşamı tehdit eden bulgusu olan larinks ödemine işaret eder

Ayırıcı Tanı

- Anjioödem
- Anksiyete
- Konversif Bozukluk
- Epiglottit
- Trakeada yabancı cisim
- AMI
- Pulmoner emboli
- Ürtiker
- Monosodyum glutamat zehirlenmesi(Çin yemeği)

Tedavi

- İLK BASAMAK TEDAVİ (A,B,C)
- Havayolu güvenliği:
- Uvula ödemi,solunum distresi,stridor?
- Anjioödem varsa hemen entübasyon
- Entübasyon zor olacaksa BVM ile solutularak medikasyonun etki göstermesi için zaman tanınabilir
- Bu arada krikotiroidotomi,trakeotomi hazırlığı
- Arteriyel oksijen saturasyonu >%90 olmalı

Tedavi

- **IV Damar yolu mutlaka!**
- **Dekontaminasyon:**
- Bilinen ajan varsa uzaklaştırılmalı
- Besin allerjisinde gastrik lavaj önerilmiyor..

Tedavi

- **Epinefrin**
- Kardiyovasküler kollaps varsa IV
- 1:1000 lik'ten 0.1 ml 10cc SF ile sulandırılarak 5-10dk.da infüzyon
- Refrakterse 1mg=1ml 1:1000lik epinefrin 500cc SF yada D5W içine konularak 1-4 mikrogr/dk infüzyon
- Göğüs ağrısı,aritmisi gelişirse STOP!

Tedavi

- Daha hafif vakalarda IM (SC'a üstün)
- Enjeksiyon deltoid yerine gluteal bölgeye yapılmalı
- 1:1000'lik solüsyondan 0.3-0.5 mg (0.3-0.5ml)
- 5-10dk.'da bir tekrarlanabilir ama çoğunlukla tek doz yeterli
- Halen refrakterse IV infüzyon
- Beta bloker kullananlarda epinefrin ciddi hipertansiyona neden olabilir(alfa res.)

Tedavi

- **Sıvı replasmanı:**
- Dağılım şokuna bağlı olarak hipotansiyon gelişebilir
- Epinefrin infüzyonu ile eş zamanlı olarak
1-2 lt SF bolus olarak verilmeli
- Çocukta 10-20ml/kg

Tedavi

- İKİNCİ BASAMAK TEDAVİ
- Steroidler:
 - Metilprednizolon 125mg IV(Çocukta 2mg/kg)
 - Kalp yada böbrek yetmezliği olan yaşlılarda hidrokortizona üstün(sıvı retansiyonu)
 - Hidrokortizon 250-500mgIV(Çocukta 5-10mg/kg)

Tedavi

- **Antihistaminikler:**
- H1:Difenhidramin 25-50mg IV
- H2:Ranitidin ve simetidin
- H2 blokerler Epinefrin,sıvı,steroide dirençli şokta etkin!
- Simetidin KC ve böbrek yetmezliği olan yaşlı hastalarda ve beta bloker kullananlara verilmemeli (metabolizmasını)



Tedavi

- **Bronkodilatörler:**
- Wheezing olan hastalara aralıklı ya da devamlı Albuterol nebulizatörle
- Dirençli bronkokonstüksiyonda İpratropium Bromid 250-500mikrogr/doz
- Lökotrien reseptör antagonistleri.?

Tedavi

- **Glukagon:**
- Beta bloker kullanan hastada sıvı replasmanı ve epinefrine rağmen hipotansiyon devam ediyorsa
- Hipotansiyon çözülene kadar 5dk.da bir 1mg IV dozda verilmeli
- Sonrasında 5-25mikrogram/dk infüzyon
- Hipokalemi, bulantı, kusma, hiperglisemi

Akılda kalmalı...

- Allerji öyküsü olan her hastada kontrast madde verirken hazırlıklı olunmalı(ilaçlar,ETE malzemeleri..vb)
- Jeneralize ürtiker anaflaksiye ilerleyebilir
- Nazal polip,ASA alerjisi olan ve astım atağı ile gelen hastada tedavi esnasında kötüleşme olursa tanıtı gözden geçir,steroid allerjisi olabilir mi?
- Mutlaka taburculukta allerji uzmanına refere edilmeli..
- Böcek ısırığına karşı anaflaksi geliştirmiş hasta ve yakınlarına epinefrin oto-enjektör(Epipen) kullanımını anlatılmalı
- İkincil faz hakkında hasta bilgilendirilmeli