BİFAZİK ANAFLAKTİK REAKSİYONLAR VE GÖZLEM SÜRESİ

PEDİATRİK VE ERİŞKİN HASTALARDA GÜNCEL YAKLAŞIM

SEVGİ YUMRUTEPE
ACİL TIP UZMANI

MALATYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

30.08.2026

ANAFLAKSİ TANIMI

ANİ BAŞLANGINÇLI, HIZLA İLERLEYEBİLEN, YAŞAMI TEHDİT EDEN SİSTEMİK BİR AŞIRI DUYARLILIK REAKSİYONUDUR (1).

•BAŞTA HAVA YOLU, SOLUNUM VE DOLAŞIM SİSTEMİ OLMAK ÜZERE BİRDEN FAZLA ORGAN SİSTEMİNİ ETKİLEYEBİLİR

•. **ANAFİLAKSİ KLİNİK BİR TANIDIR; DERİ BULGUSU OLMAMASI TANIYI DIŞLAMAZ**

•ANAFİLAKSİDE **İLK BASAMAK TEDAVİ İNTRAMÜSKÜLER ADRENALİNDİR** (1,2).

ANAFİLAKSİ TANI KRİTERLERİ-1

1. AKUT BAŞLANGIÇ + DERİ/MUKOZA TUTULUMU VE AŞAĞIDAKİLERDEN EN AZ BİRİ:

-SOLUNUM SIKINTISI: DİSPNE, WHEEZİNG/BRONKOSPAZM, STRİDOR, HİPOKSEMİ

-HİPOTANSİYON VEYA UÇ-ORGAN DİSFONKSİYONU BULGULARI

-ŞİDDETLİ GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLAR: TEKRARLAYAN KUSMA, ŞİDDETLİ KRAMP TARZINDA KARIN AĞRISI (4).

ANAFİLAKSİ TANI KRİTERLERİ-2

2. BİLİNEN/YÜKSEK OLASILIKLI BİR ALLERJENE MARUZİYET SONRASI

AKUT GELİŞEN: **HİPOTANSİYON, BRONKOSPAZM, LARİNGEAL TUTULUM**

(4).

Yaşlara Göre Klinik Nüanslar: Kimde Ne Arıyoruz?

Erişkin / Genel (Klasik Bulgular)


Deri/mukoza ödemi, ürtiker


Dispne, stridor, wheezing


Şiddetli GI kramplar


Senkop / Taşikardi

İnfant / Pediatrik Ek Bulgular


Ani huzursuzluk, inconsolable (durdurulamayan) ağlama


Aktivitede azalma


Salya artışı (regürjitasyon)


Dil çıkarma (tongue thrusting)

Hipotansiyon Kriterleri:

< 10 Yaş: Sistolik KB < 70 + (2 × Yaş) mmHg

≥ 10 Yaş ve Erişkin: Sistolik KB < 90 mmHg (veya bazal değerden >%30 düşüş)

Gemini Notebook

ANAFİLAKSİDE ACİL TEDAVİ-1

- ANAFİLAKSİ TANISI KONULDUĞUNDA VEYA KUVVETLE DÜŞÜNÜLDÜĞÜNDE **ADRENALİN** GECİKTİRİLMEDEN (İNTRAMÜSKÜLER, UYLUĞUN ANTEROLATERAL KISMINA) UYGULANMALIDIR.
- YANIT YETERSİZSE İM ADRENALİN **5–15 DAKİKA ARALIKLARLA** TEKRARLANABİLİR.
- UYGUN POZİSYON VERİLİR

ANAFİLAKSİDE ACİL TEDAVİ-2

OKSİJEN: SOLUNUM SIKINTISI, HİPOKSEMİ VEYA AĞIR ANAFİLAKSİDE **YÜKSEK AKIMLI OKSİJEN** UYGULANMALIDIR. [2]

İNTRAVENÖZ SIVI: HİPOTANSİYON/ŞOK VARLIĞINDA HIZLI **İZOTONİK KRİSTALLOİD** UYGULANMALIDIR.

BRONKOSPAZM: PERSİSTAN WHEEZİNG/BRONKOSPAZMDA İNHALE **B_2-AGONİST** EKLENEBİLİR (2).

Paradigma Değişimi: Tedavide İlk ve Tek Öncelik

Anafilaksi klinik bir tanıdır. Deri bulgusu olmaması tanıyı dışlamaz.
Tanı konulduğu an ilk müdahale geciktirilmeden İM Adrenalin olmalıdır.

Yaygın / Geleneksel Pratik

Antihistaminik

Kortikosteroid

Klinik yanıtı değerlendir

Şiddetli reaksiyon

Adrenalin

Güncel Kılavuz Yaklaşımı

ANAFİLAKSİ TANISI

İM ADRENALİN (İLK BASAMAK)

Yanıt yetersizse tekrarla

Destek tedaviler

Hap Bilgi Kutusu

Adrenalin Dozu (1:1000 - 1 mg/mL):
Çocuk: 0.01 mg/kg İM (Maks. tek doz: 0.5 mg)
Erişkin: 0.5 mg İM

Gemini Notebook

ANAFLAKSİ SONRASI KLİNİK SEYİR

1. MONOFAZİK REAKSİYON (TAM DÜZELME)
2. PERSİSTAN / UZAMIŞ (PROTRACTED) REAKSİYON
3. BİFAZİK REAKSİYON

RECURRENT ANAFİLAKSİ: İLK REAKSİYON DÜZELDİKTEN SONRA YENİ BİR ALLERJEN MARUZİYETİNE BAĞLI GELİŞEN YENİ ANAFİLAKSİ.

BİFAZİK ANAFİLAKSİ NEDİR?

İLK ANAFİLAKTİK REAKSİYONUN TAMAMEN DÜZELMESİNDEN SONRA, YENİ BİR ALLERJEN MARUZİYETİ OLMAKSIZIN ANAFİLAKTİK SEMPTOMLARIN YENİDEN ORTAYA ÇIKMASIDIR (5,6).

- İKİNCİ FAZ İLK REAKSİYONDAN DAHA HAFİF, BENZER VEYA DAHA AĞIR OLABİLİR
- İLK VE İKİNCİ FAZ ARASINDA SEMPTOMSUZ BİR DÖNEM BULUNUR.
- PERSİSTAN ANAFİLAKSİ İLE KARIŞTIRILMAMALIDIR (5,6).

BİFAZİK ANAFİLAKSİ NE KADAR SIK?

- **LİTERATÜRDE BİFAZİK ANAFİLAKSİ İNSİDANSI KULLANILAN TANIM VE HASTA POPÜLASYONUNA GÖRE %0,4–20 ARASINDA DEĞİŞMEKTEDİR (5).**
- **BUNUNLA BİRLİKTE, KLİNİK OLARAK CİDDİ BİFAZİK REAKSİYONLAR ÇOK DAHA NADİRDİR (5,6).**
- **ERİŞKİN ACİL SERVİS HASTALARINI DEĞERLENDİREN ÇALIŞMADA**
- HERHANGİ BİR BİFAZİK REAKSİYON: **%8,9**
- ANAFİLAKSİ KRİTERLERİNİ KARŞILAYAN BİFAZİK REAKSİYON: **%3,0**
- CİDDİ VİTAL BULGU BOZUKLUĞUNA YOL AÇAN BİFAZİK REAKSİYON: **%1,0** BULUNMUŞTUR (6).

PEDİADRİK HASTALARDA BİFAZİK ANAFİLAKSİ

ÇOCUKLARDA BİLDİRİLEN BİFAZİK REAKSİYON ORANLARI DA ÇALIŞMALAR ARASINDA FARKLILIK GÖSTERMEKTEDİR.

- JAPON PEDİATRİK ACİL KOHORTUNDA HASTANEYE YATIRILAN 353 ANAFİLAKSİ HASTASININ **6'SINDA (%1,7)** BİFAZİK REAKSİYON GELİŞMİŞTİR. PEDİATRİK LİTERATÜRDE BİLDİRİLEN ORANLARIN YAKLAŞIK **%0,9–14,7** ARASINDA DEĞİŞTİĞİ BELİRTİLMEKTEDİR (7).
- BİFAZİK REAKSİYON GÖRÜLEBİLİR; ANCAK YAŞAMI TEHDİT EDEN CİDDİ BİFAZİK REAKSİYON, HERHANGİ BİR SEMPTOM TEKRARINDAN ÇOK DAHA NADİRDİR (5-7).

Klinik İkilem: İki Zıt Kuvvet Arasında Karar Vermek



Optimum Gözlem Süresi Nedir?

Acil Servis Yoğunluğu

Düşük riskli hastaları uzun süre gözlemek = Gereksiz acil servis kalabalığı ve artan hasta yükü.

Bifazik Reaksiyon Riski

Yüksek riskli hastayı erken taburcu etmek = Hastane dışında gelişen hayati tehlike yaratan bifazik reaksiyon.

Hedef: Geleneksel herkese standart gözlem uygulamasını terk edip, veriye dayalı bireyselleştirilmiş takip profilleri oluşturmak.

Gemini Notebook

BİFAZİK REAKSİYON İÇİN ÖNEMLİ RİSK FAKTÖRLERİ

İLK REAKSİYONUN ŞİDDETLİ OLMASI: HİPOTANSİYON, HİPOKSİ, CİDDİ SOLUNUM VEYA KARDİYOVASKÜLER TUTULUM (5).

- **BİRDEN FAZLA ADRENALİN YAPILMA İHTİYACI**
- **GEÇ ADRENALİN YAPILMIŞSA**
- **ÖNCEKİ BİFAZİK REAKSİYON ÖYKÜSÜ**
- **SEMPTOMLARIN DİRENÇLİ OLMASI**

ÇOCUKLARDA YENİ VERİLER

2025 TARİHİNDE 31 ACİL SERVİSTE, 6 AY-17 YAŞ ARASINDAKİ 5641 ÇOCUK İLE İLK EPİNEFRİNDEN SONRA **TEKRAR EPİNEFRİN GEREKSİNİMİNİN ZAMANLAMASINI** DEĞERLENDİRMEK AMACIYLA YAPILAN ÇALIŞMADA

%95,3'Ü → İLK EPİNEFRİNDEN 2 SAAT SONRA

%98,1'İ → İLK EPİNEFRİNDEN 4 SAAT SONRA

TEKRAR EPİNEFRİN GEREKSİNİMİ AÇISINDAN GÜVENLİ TABURCULUK EŞİĞİNİ KARŞILAYABİLİRDİ (8).

Paradigma Dönüşümü: Sabit Süre Bitti, Risk Temelli Gözlem Başladı

Her çocuk/erişkin için aynı süre yaklaşımı yerini hastanın başlangıç şiddetine ve tedavi ihtiyacına bıraktı.





Risk Analizi

NICE 2026 Kılavuzu Temel Kuralı: Kronometre adrenalin yapıldığında DEĞİL; semptomların tamamen düzeldiği ve klinik stabilitenin sağlandığı **(Klinik Düzelme)** anından itibaren başlar.

Gemini Notebook

İkizce Neighborhood, İkizce Street No: 100
P.O. Box: 44900 Yeşilyurt
Malatya, Türkiye

pediatrikaciller44@gmail.com

www.pediatrikaciller44.com

pediatrikacillermalatya

ÇOCUKLARDA YENİ VERİLER

2024 TARİHLİ PEDİATRİK ACİL ÇALIŞMASI DA GÖZLEM SÜRESİNİN BİREYSELLEŞTİRİLMESİNİ DESTEKLİYOR. ÇALIŞMADA BİFAZİK REAKSİYONLARIN YA İLK SEMPTOMLARIN DÜZELMESİNDEN KISA SÜRE SONRA YA DA ÖNERİLEN GÖZLEM SÜRESİNİN OLDUKÇA SONRASINDA GELİŞTİĞİ; MAKUL ÖLÇÜDE GÖZLEM SÜRESİNİ UZATMANIN TABURCULUK SONRASI GELİŞEN BÜTÜN BİFAZİK REAKSİYONLARI ENGELLEMEYECEĞİ SONUCUNA VARILMIŞTIR (9).

PEDİATRİK ÇALIŞMALAR BİZE NE SÖYLÜYOR?

HER ÇOCUK İÇİN AYNI SÜRE" YERİNE "ÇOCUĞUN BAŞLANGIÇ ŞİDDETİ VE TEDAVİ GEREKSİNİMİNE GÖRE GÖZLEM SÜRESİ" YAKLAŞIMI GİDEREK GÜÇLENMEKTEDİR (8,9).

ANAFİLAKSİ SONRASI GÖZLEM: SÜREYİ NEREDEN BAŞLATIYORUZ?

- **NICE 2026, ERİŞKİN, GENÇ VE ÇOCUKLARDA RİSK TEMELLİ 2 / ≥6 / ≥12 SAATLİK GÖZLEM YAKLAŞIMINI ÖNERMEKTEDİR (10). KILAVUZDA GÖZLEM SÜRESİ KLİNİK DÜZELMEDEN İTİBAREN DEĞERLENDİRİLİR.**

HANGİ HASTAYI KAÇ SAAT GÖZLEMLEYELİM?

Düşük Risk & Erken Taburculuk (2 Saat)

Semptomların düzelmesinden sonra 2 saatlik gözlem ile taburculuk düşünülebilir, eğer:

- Tek doz İM adrenalin klinik düzelme için yeterli olmuşsa.
- İlk adrenaline çok hızlı (5-10 dakika içinde) iyi yanıt alınmışsa.
- Adrenalin, semptom başlangıcından itibaren ilk 30 dakika içerisinde uygulanmışsa.
- Hastada kullanılabilir 2 adet adrenalin oto-enjektörü varsa ve kullanmayı biliyorsa.
- Taburculuk sonrası uygun erişkin gözetimi ve sosyal şartlar mevcutsa.



Gemini Notebook

Orta Risk & Uzamış Gözlem (En Az 6 Saat)

Tüm semptomların düzelmesinden sonra ≥6 saat gözlem gerektiren durumlar:



Dirençli Reaksiyon

Anafilaksiyi tam olarak kontrol altına almak için 2 doz İM adrenalin gerekmişse.

Klinik Geçmiş

Hastanın özgeçmişinde daha önce belgelenmiş bir bifazik reaksiyon öyküsü varsa.

(Anahtar mesaj: İlk fazı zor kontrol edilen reaksiyonların ikincil dalga yaratma potansiyeli daha yüksektir).

Gemini Notebook

Yüksek Risk & Geceleme / Yatış (En Az 12 Saat)

Aşağıdakilerden herhangi biri mevcutsa semptomların düzelmesinden sonra ≥12 saat gözlem:



Klinik Faktörler

- Ağır anafilaksi ve >2 doz adrenalin gereksinimi.
- Ağır, kontrolsüz astım varlığı.
- Anafilaksi sırasında ciddi solunum kompromisi (hipoksi) veya hipotansiyon kardiyovasküler tutulum.
- Alerjen absorbsiyonunun devam etme ihtimali (ör. yutulmuş yavaş salınımlı ajan).



Sosyal ve Lojistik Faktörler

- ✔ Gece veya çok geç saatte başvuru.
- ✔ Acil sağlık hizmetine uzak yerleşim yeri / ulaşım güçlüğü.
- ✔ Kötüleşme halinde güvenilir erişkin gözetiminin olmaması.

Gemini Notebook

İkizce Neighborhood, İkizce Street No: 100
P.O. Box: 44900 Yeşilyurt
Malatya, Türkiye

pediatrikaciller44@gmail.com

www.pediatrikaciller44.com

pediatrikacillermalatya

Pediatrik Vakalarda Kardiyovasküler Detay

2025 verilerine göre, tutulan organ sistemi ek gözlem süresi ihtiyacını doğrudan etkilemektedir. (Hedef: Tekrar adrenalin riskinin <%2'ye düştüğü güvenli eşik).



Solunum veya kardiyovasküler tutulum yok



Sadece solunum tutulumu var



Kardiyovasküler tutulum var (Hipotansiyon/Şok)

Ders: Kardiyovasküler çöküş ile başvuran çocukta taburculuk kararı daha yavaş ve temkinli alınmalıdır.

Gemini Notebook

PEDİATRİK HASTALARDA PRATİK YAKLAŞIM

- **TEK DOZ + HIZLI TAM YANIT + DÜŞÜK RİSK**
  → 2 SAAT DÜŞÜNÜLEBİLİR
- **2 DOZ ADRENALİN / BİFAZİK REAKSİYON ÖYKÜSÜ**
  → ≥6 SAAT
- **>2 DOZ / CİDDİ SOLUNUM TUTULUMU / AĞIR ASTIM / DİĞER YÜKSEK RİSK ÖZELLİKLERİ**
  → ≥12 SAAT / YATIŞ AÇISINDAN DEĞERLENDİR
- NICE 2026 RİSK TEMELLİ YAKLAŞIMI (10).

Güvenli Taburculuk İçin 4 Temel Sütun

Hastayı acil servisten çıkarmadan önceki son kontrol listesi:

Güvenli Taburculuk Kararı

1. Klinik Düzelme

Hava yolu ve solunum normal mi? Hemodinami stabil mi?

Semptomlar tamamen sıfırlandı mı?

2. Bifazik Risk

Başlangıç şiddeti, adrenalin doz sayısı ve gecikme süresi

NICE 2026'ya göre hangi risk grubunda? (2, 6, 12 saat doldu mu?)

3. Müdahale Olanağı

Taburcu edilirken hastanın elinde Adrenalin oto-enjektörü var mı?

Ebeveyn kullanımı biliyor mu?

4. Sosyal Güvenlik

Güvenilir erişkin gözetimi var mı?

112 / Acil servise tekrar hızla ulaşılabilecek konumdalar mı?

Gemini Notebook

UZAMIŞ GÖZLEM / YATIŞ GEREKTİREBİLECEK HASTALAR

- **>2 doz İM adrenalin** gereksinimi
- **Hipotansiyon / kardiyovasküler tutulum**
- Ciddi solunum yolu tutulumu, kontrolsüz ağır astım
- Persistan veya tekrarlayan semptomlar
- Önceki ciddi **bifazik reaksiyon**
- Allerjen absorbsiyonunun devam etme olasılığı
- Acil sağlık hizmetine ulaşımın güç olması
- Çocukta evde **güvenilir erişkin gözetiminin olmaması** (1,2,5,10).

TABURCULUK KARARI

- KLİNİK DÜZELME
- UYGUN GÖZLEM SÜRESİ
- BİFAZİK RİSK DEĞERLENDİRMESİ
- GÜVENLİ TABURCULUK PLANI

TABURCU EDİLİRKEN HASTA/EBEVEYNE ÖNERİLER

- ANAFİLAKSİNİN NEDENİ VE BİFAZİK REAKSİYON RİSKİ ANLATILMALI.
- SEMPTOMLARIN YENİDEN ORTAYA ÇIKMASI HALİNDE BEKLEMEDEN ADRENALİN UYGULANMASI VE ACİL YARDIM ÇAĞRILMASI ÖĞRETİLMELİ.
- UYGUN HASTAYA ADRENALİN OTO-ENJEKTÖRÜ REÇETE EDİLMELİ VE KULLANIMI UYGULAMALI GÖSTERİLMELİ.
- TETİKLEYİCİDEN KAÇINMA KONUSUNDA EĞİTİM VERİLMELİ.
- YAZILI ANAFİLAKSİ ACİL EYLEM PLANI VERİLMESİ DÜŞÜNÜLMELİ.
- ALLERJİ UZMANI DEĞERLENDİRMESİ İÇİN YÖNLENDİRME YAPILMALI (1,2,10).

KAYNAKLAR-1

1.Golden DBK, Wang J, Waserman S, et al. Anaphylaxis: A 2023 practice parameter update. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2024;132(2):124-176.

2. Muraro A, Worm M, Alviani C, et al. EAACI guidelines: Anaphylaxis (2021 update). *Allergy.* 2022;77(2):357-377.

3. Handorf A, Roy IR, Cohen A, et al. **Development and Evaluation of Modified Criteria for Infant and Toddler Anaphylaxis.** *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2024;12. doi:10.1016/j.jaip.2024.05.018.

4. Cardona V, Ansotegui IJ, Ebisawa M, et al. **World Allergy Organization anaphylaxis guidance 2020.** *World Allergy Organ J.* 2020;13(10):100472.

KAYNAKLAR-2

5. Giannetti MP. Epidemiology, Risk Factors, and Management of Biphasic Anaphylaxis. *Curr Allergy Asthma Rep.* 2024;24(12):651–656. doi:10.1007/s11882-024-01179-1.

6. Ichikawa M, Kuriyama A, Urushidani S, Ikegami T. Incidence and timing of biphasic anaphylactic reactions: a retrospective cohort study. *Acute Med Surg.* 2021;8(1):e689.

7. Ikegawa K, Morikawa E, Nigo A, Hataya H, Akasawa A. Epidemiology of anaphylaxis and biphasic reaction in Japanese children. 2021.

KAYNAKLAR-3

8. Dribin TE, Sampson HA, Zhang Y, et al. Timing of repeat epinephrine to inform paediatric anaphylaxis observation periods: a retrospective cohort study. *Lancet Child Adolesc Health.* 2025;9(7):484-496. doi:10.1016/S2352-4642(25)00139-7.

9. Short HB, Walters B, Fabi M, Ravida N, Boehmer S, Reyes L. Evaluating Practice Patterns of Observation Periods Following Epinephrine Administration for Anaphylaxis Among Pediatric Patients. Cureus. 2024 Sep 14;16(9):e69419. doi: 10.7759/cureus.69419. PMID: 39403663; PMCID: PMC11473095.

KAYNAKLAR-4

10. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Anaphylaxis: assessment and referral after emergency treatment.* NICE Guideline NG258. Published 27 May 2026.

İkizce Neighborhood, İkizce Street No: 100
P.O. Box: 44900 Yeşilyurt
Malatya, Türkiye

pediatrikaciller44@gmail.com

www.pediatrikaciller44.com

pediatrikacillermalatya

İkizce Neighborhood, İkizce Street No: 100
P.O. Box: 44900 Yeşilyurt
Malatya, Türkiye

pediatrikaciller44@gmail.com

www.pediatrikaciller44.com

pediatrikacillermalatya

İkizce Neighborhood, İkizce Street No: 100
P.O. Box: 44900 Yeşilyurt
Malatya, Türkiye

pediatrikaciller44@gmail.com

www.pediatrikaciller44.com

pediatrikacillermalatya

İkizce Neighborhood, İkizce Street No: 100
P.O. Box: 44900 Yeşilyurt
Malatya, Türkiye

pediatrikaciller44@gmail.com

www.pediatrikaciller44.com

pediatrikacillermalatya