Alerji Pratiğinde Aciller

Uzm. Dr. Ercan Yılmaz

İnönü üniversitesi Ç. Alerji ve İmmünoloji BD

Vaka

- 6 yaşında çocuk; fıstıklı kek yedikten 15 dakika sonra acile getiriliyor.
- Vücudunda yaygın ürtiker ve kaşıntısı var; iki defa da kusmuş.
- Öksürük ve ses değişikliği yakınmaları da mevcut.
- Kan basıncı yaşına göre normal sınırlarda; oksijen satürasyonu %95.
- Annesi “birden halsizleşti ve konuşmak istemiyor” diye anamnez veriyor.

- **Bu tablo henüz şok gelişmemiş anafilaksidir**
- Deri bulgusu tanıyı destekler, ancak tanı için zorunlu değildir.
- Solunum yolu veya dolaşım bulgusu beklenmeden intramüsküler adrenalin uygulanmalıdır.
- Kusma ve halsizlik, çocukta sistemik reaksiyonun parçası olabilir.

Pediatrik Acilde

- **Acilde amaç nedeni kesinleştirmek değil, sistemik reaksiyonu erkenden yakalamak olmalıdır.**
- Çocuklarda semptom anlatımı sınırlıdır; ebeveyn gözlemi, davranış değişikliği ve objektif muayene bulguları daha fazla önem taşır.
- Anafilaksi çoğu zaman dakikalar içinde ilerler; tansiyonun düşmesini beklemek tedaviyi geciktirebilir.
- İlk basamak tedavide antihistaminik ve kortikosteroid refleksi halen yaygındır; ancak bu tedaviler havayolu, solunum veya dolaşım problemlerini düzeltemez.

Anafilaksi Tanısı Klinik Bulgularla Konur

- **Anafilakside dakikalar–saatler içinde başlayan deri/mukoza bulguları ve solunum veya dolaşım tutulumu sıktır.**
- Bilinen veya olası allerjen sonrası bronkospazm, laringeal tutulum veya hipotansiyon gelişmesi anafilaksi lehine değerlendirilmelidir.
- Deri bulgusu olmadan da anafilaksi gelişebilir; özellikle ciddi solunum veya dolaşım bulgusunda bu olasılığı akılda tutmak gerekir.
- Triptaz düzeyinin bakılması tanıya yardımcıdır, ancak acil tedaviyi geciktirmek için beklenmez.

Çocuklarda Erişkinden Farklı Okunan Bulgular

Pediatrik ipuçları

- Ani huzursuzluk, ebeveyne yapışma veya belirgin sessizleşme
- Seste değişiklik, boğuk ağlama, salya artışı veya yutma güçlüğü
- Tekrarlayan kusma, karın ağrısı veya dışkılama hissi
- Solukluk, gevşeme, letarji, kötü görünüm
- Wheezing, stridor, inatçı öksürük veya hipoksemi

Acil ayırıcı tanı

- Vazovagal senkop: bradikardi, solukluk, semptomlar hızlı düzelir.
- Akut astım atağı: tetikleyici ve deri/GİS bulgusu yoksa ayırıcı tanıda düşünülebilir.
- Yabancı cisim aspirasyonu: ani öksürük ve tek taraflı bulgu
- Panik/anksiyete: objektif havayolu-dolaşım bulgusu yoktur
- Sepsis veya metabolik nedenler: zamanlama ve tetikleyici farklıdır

İnfantta Anafilaksi Belirtileri

Klasik Belirtiler	Klasik Olmayan Belirtiler
Cilt: Ürtiker, döküntü, kaşıntı, anjiyoödem	Göz ovuşturma, göz kaşıntısı, kulak kaşıma, dil itme, dil çekme, tekrarlayan dudak yalama veya el yalama
GI: Kusma, ishal, karın ağrısı	Kusma, sırtın kamburlaşması, dizlerin göğse çekilmesi, hıçkırık
Solunum: Öksürük, hışıltı, takipne	Ses kısıklığı, ağlama, parmakları kulaklara sokma, kulak çekme
Kardiyovasküler: Hipotansiyon, bayılma	Ciltte lekelenme
	Nörolojik: huysuzluk, teselli edilemeyen ağlama, içe kapanma

Carlisle A, Lieberman J. Clinical Management of Infant Anaphylaxis. *J Asthma Allergy*. 2021;14:821-827.

Anafilakside ilk ilaç: im adrenalin

0,01 mg/kg	1 mg/mL	0,5 mg	Uyluk IM
Doz	Konsantrasyon	Maksimum	Uygulama yeri

- **Uygulama yeri anterolateral uyluktur; subkutan yol önerilmez.**
- Havayolu, solunum veya dolaşım bulgusu devam ediyorsa kısa aralıklarla yeniden değerlendirilir ve doz tekrarlanır.
- İntravenöz adrenalin rutin ilk basamak değildir; monitorizasyon ve infüzyon protokolü gerektirir.
- Adrenalin sonrası taşikardi, tremor veya solukluk görülebilir; bunlar tedaviyi geciktirme gerekçesi değildir.

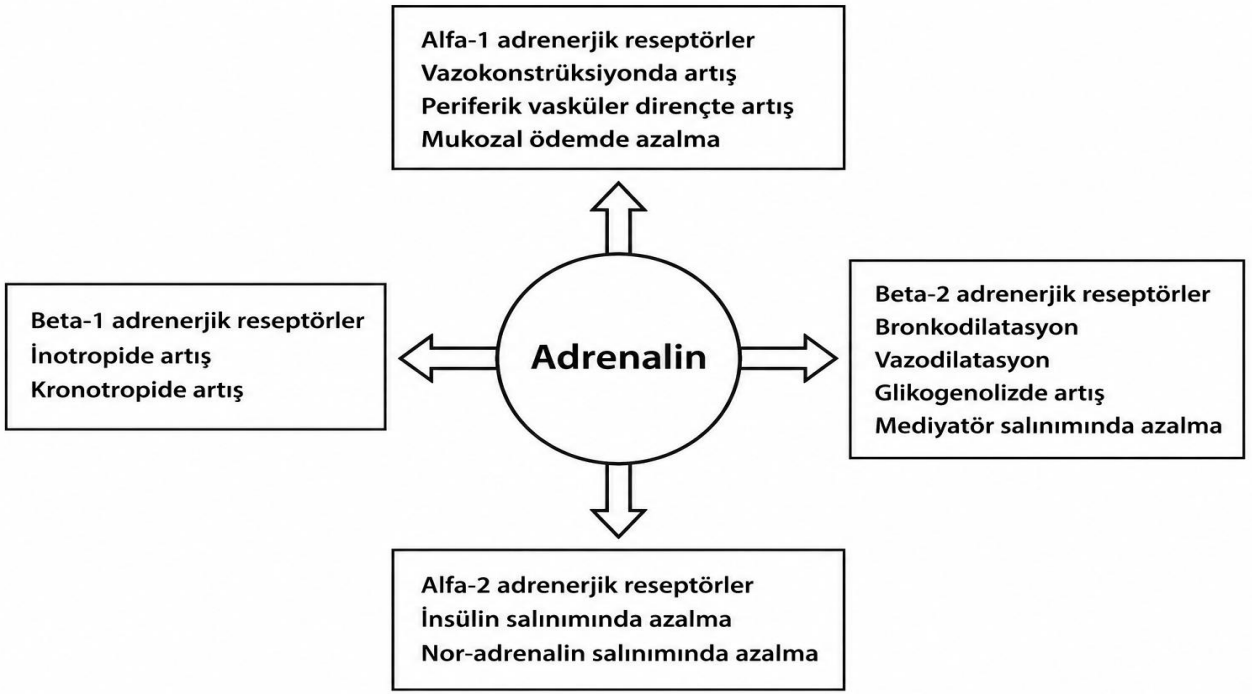
Anafilakside en tehlikeli hatalarından biri, adrenalini geciktirmektir.

Çocukta Anafilaksi Yönetimi: İlk Dakikalar

Tanı şüphesi › **Adrenalin IM** › **Pozisyon ABC + O_2** › **Monitör IV/IO hazırlık** › **Yeniden değerlendir**

- Çocuğu yatır; ani olarak ayağa kaldırma. Solunum sıkıntısı belirginse toleransına göre yarı oturur pozisyon düşünülebilir.
- Yüksek akım oksijen ver, pulse oksimetre, kan basıncı ve kardiyak monitorizasyonu et.
- Şok, hipotansiyon veya yetersiz dolaşım yanıtında IV/IO yol aç ve izotonik kristalloid bolusu uygula.
- Oskültasyonda ronküsleri varsa beta 2 agonist (salbutamol) ver.
- Havayolu ödemi veya ilerleyen stridorda entübe et; entübasyon gecikirse zorlaşabilir.
- İlk dozdan sonra bulgular sürüyorsa adrenalin dozunu tekrarla; iki doz adrenaline rağmen ABC sorunu devam ediyorsa refrakter anafilaksi olarak kabul et.

Adrenalin


Alfa-1 adrenerjik reseptörler
Vazokonstrüksiyonda artış
Periferik vasküler dirençte artış
Mukozal ödemde azalma
Beta-1 adrenerjik reseptörler
İnotropide artış
Kronotropide artış
Adrenalin
Beta-2 adrenerjik reseptörler
Bronkodilatasyon
Vazodilatasyon
Glikogenolizde artış
Mediyatör salınımında azalma
Alfa-2 adrenerjik reseptörler
İnsülin salınımında azalma
Nor-adrenalin salınımında azalma

Refrakter Anafilaksi

Refrakter tabloyu düşündüren durumlar

- Kalıcı veya ilerleyen bronkospazm, hipoksemi, stridor ve hipotansiyon, zayıf perfüzyon veya bilinç değişikliği
- İki uygun IM adrenalin dozuna rağmen düzelmeyen ABC bulguları
- Devam eden allerjen maruziyeti veya ağır başlangıç reaksiyonu

Yönetim

- Resüsitasyona başlanır.
- IV/IO sıvı tedavisi ve yakın monitorizasyon sürdürülür.
- Adrenalin infüzyonu ile başlatılır.
- Hastanın öyküsünde Beta-bloker kullanımı varsa glukagonverilmesi düşünülmelidir.
- Glukagon beta adrenaerjik reseptörler üzerinden değil, adeilat siklaz-cAMP üzerinden etki ederek pozitif inotrop ve krononotrop etki gösterir.
- Larinks ödemi düşünülüyorsa erken ileri havayolu planı yapılır.

Antihistamin ve Kortikosteroid

- **Antihistamin: Ürtiker ve kaşıntıyı azaltabilir ancak havayolu, bronkospazm veya şoku tedavi etmez.**
- Difenhidramin, Feniramin veya Famotidin gibi ajanlar verilebilir
- **Kortikosteroid: Etkisi geç başlar; akut anafilaksi tedavisinde rutin ilk basamak değildir.**
- Bifazik reaksiyonu güvenilir biçimde önlediğini gösteren güçlü kanıt yoktur
- Astım alevlenmesi veya başka eşlik eden endikasyon varsa steroid bireysel olarak düşünülebilir.
- Adrenalin, oksijen, sıvı ve havayolu yönetimi tamamlanmadan antihistaminik-steroid uygulamak tedaviyi geciktirir.

Gözlem ve Taburculuk

Daha kısa gözlem düşünülebilecek hasta

- Tek doz ve erken IM adrenalin ile hızlı ve tam yanıt ile semptomların düzelmesi
- Eve güvenli ulaşım ve tekrar başvuru olanağı
- Otoenjektör ve eylem planı eğitiminin verilmiş olması

Daha uzun gözlem / yatış gerektiren hasta

- İki veya daha fazla adrenalin gereksinimi
- Ağır solunum yolu tutulumu, ağır astım veya hipoksemi
- Hipotansiyon, şok veya geç adrenalin uygulanması
- Önceki bifazik reaksiyon öyküsü
- Uzak yaşam alanı, gece başvuru veya takip güvencesizliği

- Taburculuk öncesi: tetikleyici kaydı, yazılı eylem planı, otoenjektör endikasyonu, cihaz eğitimi ve pediatrik alerji randevusu tamamlanmalıdır.
- **Türkiye'de otoenjektör rapor ve reçetesi 23 mayıs 2026 SUT güncellemesi ile acil tıp uzman hekimleri tarafından da artık verilebilmektedir**.

Ürtiker ve Anjiyoödem

Histamin aracılı tablo

- Ürtiker ve kaşıntı genellikle vardır.
- Başlangıç hızlıdır; tetikleyici besin, ilaç veya böcek olabilir.
- Anafilaksi bulgusu varsa adrenalin gerekir.
- İzole ürtiker ve stabil hasta antihistaminik ile yönetilebilir.

Bradikinin aracılı tabloyu düşündürenler

- Ürtiker genellikle yoktur; kaşıntı belirgin değildir.
- Atak saatler içinde ilerler ve daha uzun sürer.
- Tekrarlayan karın ağrısı, kusma veya aile öyküsü olabilir.
- Antihistamin, steroid ve adrenalin çoğu zaman beklenen yanıtı vermez.

- **Herediter anjiyoödemde laringeal tutulum hayatı tehdit edebilir, bu hastalarda erken havayolu değerlendirmesi ve C1 inhibitör konsantresi veya icatibant gibi tedaviler düşünülmelidir.**

Her ürtiker anafilaksi değildir; her anjiyoödem de histamin aracılı değildir.

Akılda Kalması Gerekenler

- **Anafilakside ilk ilaç im adrenalindir; antihistaminik ve steroid onun alternatifi değildir.**
- Deri bulgusu ve hipotansiyon yokluğu anafilaksiyi dışlamaz; çocukta kötü görünüm ve hızlı multisistem yayılım ciddiye alınmalıdır.
- Devam eden ciddi bulgular varlığında erken yeniden değerlendirme ve tekrar adrenalin dozunun yapılması gerekir.
- Gözlem ve taburculuk kararı, başlangıç şiddeti, uygulanan adrenalin sayısı, komorbidite ve hastaneye ulaşım düşünülerek verilir.
- **Her anjiyoödem histamin aracılı değildir; ürtikersiz tekrarlayan anjiyoödemde herediter anjiyoödem düşünülmelidir.**

Kaynaklar

1. Cardona V, Ansotegui IJ, Ebisawa M, et al. World Allergy Organization anaphylaxis guidance 2020. *World Allergy Organization Journal.* 2020;13(10):100472.
2. Muraro A, Worm M, Alviani C, et al. EAACI guidelines: Anaphylaxis (2021 update). *Allergy.* 2022;77(2):357–377.
3. Resuscitation Council UK. Emergency Treatment of Anaphylaxis: Guidelines for Healthcare Providers. London: Resuscitation Council UK; 2021.
4. Golden DBK, Wang J, Waserman S, et al. Anaphylaxis: A 2023 practice parameter update. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology.* 2024;132(2):124–176.
5. Dodd A, Hughes A, Sargant N, Whyte AF, Soar J, Turner PJ. Evidence update for the treatment of anaphylaxis. *Resuscitation.* 2021;163:86–96.
6. Maurer M, Magerl M, Betschel S, et al. The international WAO/EAACI guideline for the management of hereditary angioedema—The 2021 revision and update. *World Allergy Organization Journal.* 2022;15(3):100627.

Teşekkür ederim