

ANAFLAKSİDE BİLİNMESİ GEREKENLER

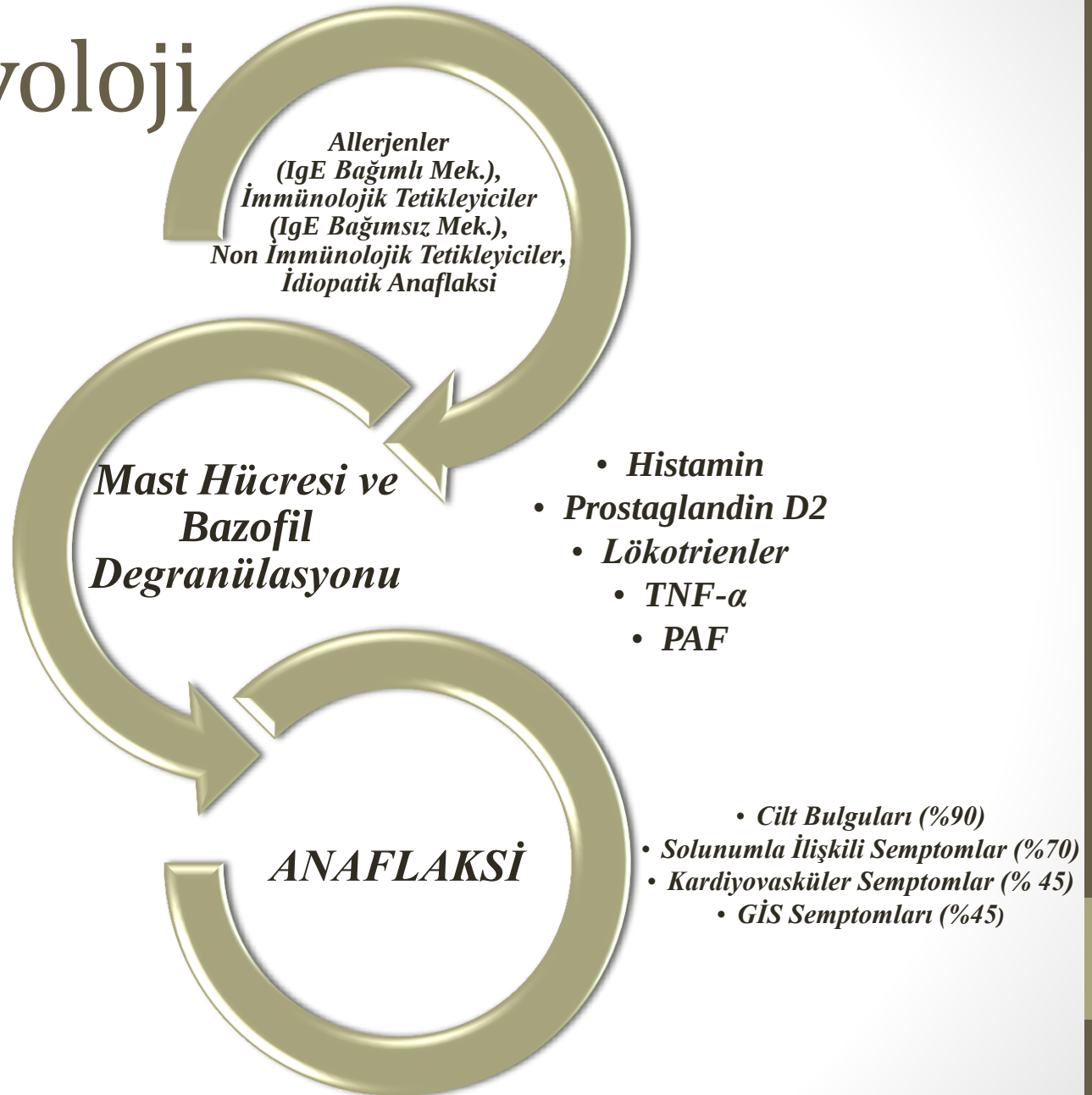
M. Emre Erimşah
BAÜ Acil Tıp ABD

Tanım

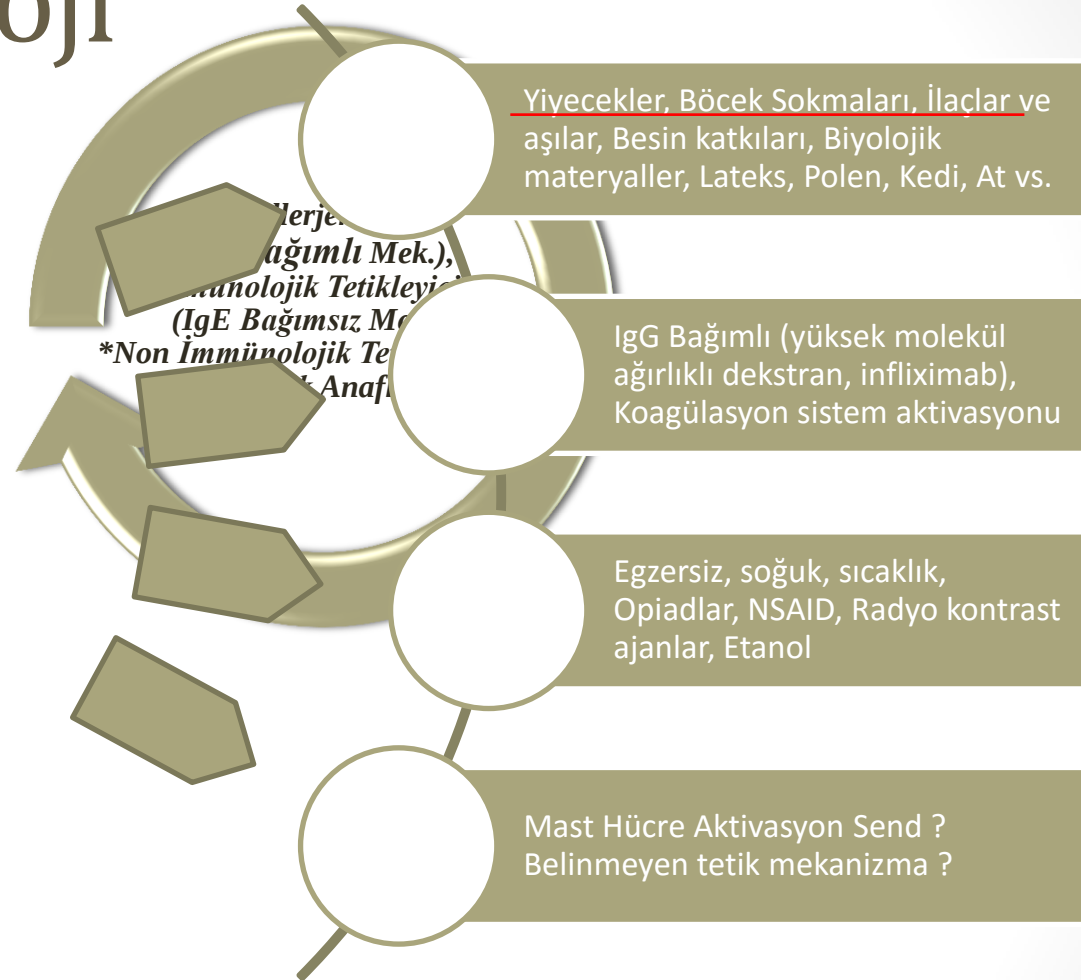
Anaflaksi, hızla başlayan ve ölüme yol açabilen ciddi bir allerjik reaksiyondur.

ANAFLAKTİK
ANAFLAKTOİD
HİPERSENSİTİVİTE

Patofizyoloji



Patofizyoloji



Prevalans

- Anaflaksi riski % 1 – 3
- Anaflaksiye baęlı mortalite % 1
- Tanısal ve Terapötik Uygulamalarla risk 

SON DAKİKA HABERLERİ İÇİN TIKLAYINIZ

**Enjeksiyon yapılan kadın,
anaflaktik şoktan hayatını
kaybetti**

Adıyaman'da antibiyotik iğne yaptıran kadın,
anaflastik şok geçirerek hayatını kaybetti.



Tanı

Tanı ?

- Klinik
- Anamnez

Tedavi

- Adrenalin
- Yetersiz Uygulama*

*Epidemiology of anaphylaxis: findings of the American College of Allergy, Asthma and Immunology Epidemiology of Anaphylaxis Working Group.
AULieberman P, Camargo CA Jr, Bohlke K, Jick H, Miller RL, Sheikh A, Simons FE
SOAnn Allergy Asthma Immunol. 2006;97(5):596.

*The etiology and incidence of anaphylaxis in Rochester, Minnesota: a report from the Rochester Epidemiology Project.
AUDecker WW, Campbell RL, Manivannan V, Luke A, St Sauver JL, Weaver A, Bellolio MF, Bergstralh EJ, Stead LG, Li JT
SOJ Allergy Clin Immunol. 2008;122(6):1161.

Tanı Kriterleri

Second symposium on the definition and management of anaphylaxis: Summary report—Second National Institute of Allergy and Infectious Disease/Food Allergy and Anaphylaxis Network symposium

Hugh A. Sampson, MD,^a Anne Muñoz-Furlong, BA,^b Ronna L. Campbell, MD, PhD,^c N. Franklin Adkinson, Jr, MD,^d S. Allan Bock, MD,^e Amy Branum, MSPH,^f Simon G. A. Brown, MBBS, PhD,^g Carlos A. Camargo, Jr, MD,^h Rita Cydulka, MD, MS,ⁱ Stephen J. Galli, MD,^j Jane Gidudu, MD, MPH,^k Rebecca S. Gruchalla, MD,^l Allen D. Harlor, Jr, MD,^m David L. Hepner, MD,ⁿ Lawrence M. Lewis, MD,^o Phillip L. Lieberman, MD,^p Dean D. Metcalfe, MD,^q Robert O'Connor, MD,^r Antonella Muraro, MD, PhD,^s Amanda Rudman, BA,^q Cara Schmitt, MS,^b Debra Scherrer, BA,^b F. Estelle R. Simons, MD,^t Stephen Thomas, MD, MPH,^u Joseph P. Wood, MD,^v and Wyatt W. Decker, MD^c

New York, NY, Fairfax, Va, Rochester, Minn, Baltimore, Hyattsville, and Bethesda, Md, Boulder and Denver, Colo, Fremantle, Australia, Boston, Mass, Cleveland, Ohio, Stanford, Calif, Lilburn, Ga, Dallas, Tex, Eugene, Ore, St Louis, Mo, Cordova, Tenn, Padua, Italy, Winnipeg, Manitoba, Canada, and Scottsdale, Ariz

Sens: % 96.7 Spes: % 82.4 NPV: %98.4

Evaluation of national institute of allergy and infectious diseases/food allergy and anaphylaxis network criteria for the diagnosis of anaphylaxis in emergency department patients.

J Allergy Clin Immunol. 2012 Mar;129(3):748-52

Increase in anaphylaxis-related hospitalizations but no increase in fatalities: An analysis of United Kingdom national anaphylaxis data, 1992-2012

J Allergy Clin Immunol. 2015 Apr; 135(4): 956–963.e1.

Tanı Kriterleri

Akut başlangıçlı cilt yada mukozal doku lezyonu ve alttakilerden en az bir tanesi;

- Solunum sıkıntısı veya
- Azalmış kan basıncı veya end organ disfonksiyonuyla ilişkili bulgular

Bilinen bir allerjene maruziyet sonrası aşağıdakilerden en az ikisinin bulunması;

- Cilt – mukoza tutulumu
- Solunum sıkıntısı
- Azalmış kan basıncı veya end organ disfonksiyonuyla ilişkili bulgular
- Persistan GİS semptomları

Hasta için bilinen allerjene maruziyet sonrası azalmış sistolik basınç

- Erişkinde sistolik basıncın < 90 mmHg olması yada %30 dan fazla düşmesi.
- İnfant ve çocuklarda yaşa göre tanımlanmış sistolik tansiyon düşüşü ya da % 30 dan fazla sistolik tansiyon düşüşü

Tanı Kriterleri

Akut başlangıçlı cilt yada mukozal doku lezyonu ve alttakilerden en az bir tanesi;

- Solunum sıkıntısı veya
- Azalmış kan basıncı veya end organ disfonksiyonuyla ilişkili bulgular

- | | | |
|--------------------------------|------------------------|---|
| • Yaygın ürtiker | • Dispne | • Hipotoni (kollaps) |
| • Kaşıntı, piloereksiyon | • Öksürük | • Senkop |
| • Kızarıklık | • Bronkospazm, Stridor | • İnkontinans |
| • Şişmiş dudak ,dil veya uvula | • Azalmış PEF | • Erişkinde Sist. TA < 90 mmHg ya da > %30 fazla TA düşüş |
| | • Hipoksi | • İnfant ve çocuklarda yaşa göre Sist. TA düşüşü ya da > %30 fazla TA düşüş |

Tanı Kriterleri

Bilinen bir allerjene maruziyet sonrası aşağıdakilerden en az ikisinin bulunması;

- Cilt – mukoza tutulumu
- Solunum sıkıntısı
- Azalmış kan basıncı veya end organ disfonksiyonuyla ilişkili bulgular
- Persistan GİS semptomları

- Kramp tarzında karın ağrıları
- Kusma
- Disfaji
- Diare

Tanı Kriterleri

Hasta için bilinen allerjene maruziyet sonrası azalmış sistolik basınç

- Erişkinde sistolik basıncın < 90 mmHg olması yada %30 dan fazla düşmesi.
- İnfant ve çocuklarda yaşa göre tanımlanmış sistolik tansiyon düşüşü ya da % 30 dan fazla sistolik tansiyon düşüşü
 - 1 aydan 1 yaşa kadar < 70 mmHg
 - 1 - 10 yaş arasında $< (70\text{mmHg} + [2 \times \text{yaş}])$
 - 11 - 17 yaş arasında < 90 mmHg

Anaflaksi Tipleri

- Hafif Anaflaksi
- Fatal Anaflaksi
- Bifazik Anaflaksi (% 4–23)
- Uzamış Anaflaksi

Tanıda Güçlükler

- Hipotansiyon ve şokun olmaması veya tanımlanamaması
- Cilt bulgularının olmaması veya tanımlanamaması
- Hemodiyaliz, doğum eylemi ve cerrahi operasyonda beklenen vital anormallikler
- Hasta ile iletişim kurulamaması
- Bilinen astımı olan vakanın ek semptomlarının astım atağı ile ilişkilendirme çabası

Anaflaksiye Katkıda Bulunanlar

- Komorbidite: Astım ve Kardiyovasküler Hast.
- İlaçlar: Beta-Blokerler ve ACE İn.

Anaflakside Laboratuvar

- Triptaz (serum ve plazma)

Semptomlar başladıktan sonra 15.dk ve 3 saat arasında
Dondurularak saklanabilir

N: 1-11.4 ng/ml

- Histamin (plazma)

Semptomlar başladıktan sonra 5.dk ve 15.dk arasında
Örnek vakumlanmadan geniş bir branülle EDTA'lı tüpe

Anaflakside Ayırıcı Tanı



Anaflaksi Tedavisi (Erişkin)

Derhal uygulanacak:

- Havayolu güvenliğinin sağlanması
- Epinefrin (0.3-0.5 mg IM, 5-15 dk arayla)
(0.1 mg IV, 5-10 dk inf.)
- Oksijen (8 – 10 lt/dk, %100 O₂)
- Sıvı resüsitasyonu
- Monitörizasyon

Anaflaksi Tedavisi (Erişkin)

İhtiyaç halinde:

- Albuterol (salbutamol) 2.5-5 mg inhaler
- H1 antihistaminik (difenhidramin 25-50 mg IV)
- H2 antihistaminik (ranitidin 50 mg IV)
- Glukokortikoid (metilprednizolon 125 mg IV)

Anaflaksi Tedavisi (Erişkin)

Refrakter Semptom Tedavisi

- Epinefrin infüzyonu (2-10 mcg/dk inf.)
- Ek Vazopressör
- Glukagon (1-5 mg IV 5 dk'da, 5-15 mcg/dk inf)

Anaflaksi Tedavisi (Çocuk)

Derhal uygulanacak:

- Havayolu güvenliğinin sağlanması
- Epinefrin (0.01 mg/kg IM, 5-15 dk arayla)
(>50 kg'da maks 0.5mg IM)
- Oksijen (8 – 10 lt/dk, %100 O₂)
- Sıvı resüsitasyonu (20 cc/kg bolus)
- Monitörizasyon

Anaflaksi Tedavisi (Çocuk)

İhtiyaç halinde:

- Albuterol 0.15 mg/kg (min 2.5 mg) inhaler
- H1 antihistaminik (difenhidramin 1mg/kg IV max 40 mg)
- H2 antihistaminik (ranitidin 1mg/kg max IV 50 mg)
- Glukokortikoid (metilprednizolon 1mg/kg IV max 125 mg)

Anaflaksi Tedavisi (Çocuk)

Refrakter Semptom Tedavisi

- Epinefrin infüzyonu (0.1-1 mcg/dk inf.)
- Ek Vazopressör
- Glukagon (20-30 mcg/kg IV 5 dk'da,
5-15 mcg/dk inf. maks 1 mg)

ERC Anafilaksi Önerileri

ERC Resuscitation 2015

- Önerilen epinefrin dozu

Erişkinler ve >30 kg çocuklar 0.3 mg IM

<30 kg çocuklar 0.15 mg IM

(Class I, LOE C)

- İlk doza yanıt alınamadıysa 5 - 10 dk içinde ikinci doz önerilir.

(Class IIb, LOE C)

Takip - Taburculuk

- Epinefrine dirençli orta ve ciddi anaflakside yatış?
- Tedaviye yanıt tam ise 4-8 saat takip
- Taburculuk esnasında bifazik anaflaksi (%4-23) açısından bilgilendirme
- Epinefrin oto enjektör temini:
 - Reçete + ilaç Raporu + Türkiye Eczacılar Birliği'ne başvuru

**Sabrınız İçin
Teřekkürler...**