



ANAFLAKTİK ŞOK

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Anafilaksi ve anafilaktoid reaksiyonlar, immünolojik mekanizmaların aktivasyonuna bağlı olarak dokuda mast hücresi veya kanda bazofillerin sitoplazmalarındaki vazoaktif aminein saliverilmesi sonucunda ortaya çıkan, **ölümle sonuçlanabilen**, her hekimce tedavi edilmesi gereken, **acil bir durumdur.**

Anafilaktoid reaksiyonlar, hafif ürtikerden şokla seyreden ağır sistemik reaksiyonlara kadar geniş bir klinik tablo gösterebilir. En şiddetli klinik tablo anafilaktik şoktur. Şok, kalp-damar sisteminin vücutundan temel metabolik gereksinimlerini karşılayamadığı durumdur. Öyküsünde atopi, alerji, ADE inhibitörü ve beta-adrenerjik blokör ilaç kullanımı olanlarda daha sık ve tedavisi güç reaksiyonlar görülebilir.

En sık karşılaşılan anafilaksi nedenleri

- Arı ve böcek sokmaları
- İlaçlar: Penisilin, aspirin, steroid dışı anti-enflamatuvlar ilaçlar, aşılar, antiserumlar
- Kan ürünlerleri
- Besinler: Yumurta, balık, inek sütü, yer fistığı, kuruyemiş, besin katkı maddeleri
- Radyolojide damar yoluyla kullanılan kontrast solüsyonlar (anafilaktoid reaksiyon)

Tanı

Anafilakside görülmeye sıklığına göre belirti ve bulgular

- Ürtiker ve anjioödem; dil ve dudaklarda şişme ve siyanoz
- Dispne, vizing, hırıltılı solunum, boğulma hissi
- Baş dönmesi, bayılma, hipotansiyon
- Bulantı, kusma, karın ağrısı, ishal
- Yüzde kızarıklık (flushing)
- Üst hava yolu ödeme bağılı şiddetli disfoni, ses kısıklığı
- Baş ağrısı
- Rinit
- Substernal ağrı
- Kaşıntı, döküntü
- Konvülzyon
- Taşikardi
- Atrial fibrilasyon
- Kardiyak arrest
- Takipne

Semptomlar, antijenle karşılaşından sonra 5-30 dakikada başlar. Ancak, bir saat veya daha geç, özellikle, anafilaksi besin ve ağızdan alınan ilaçlara bağlı olduğunda saatler sonra ortaya çıkabilir. Atak yataştan saatler sonra yeniden alevlenebilir (bifazik anafilaksi). Kardiyovasküler semptomlar tedaviye rağmen 24 saat sürebilir.

Ayırıcı Tanı

- Yabancı cisim aspirasyonu
- Vazovagal reaksiyon
- *Flushing* sendromları: Karsinoid, post-menopozal, *klorpropamid*, alkol alımı gibi
- Diğer şok tipleri: Hemorajik, kardiyogenik, endotoksik
- Panik atak
- Herediter anjioödem
- Progesteron anafilaksi
- Akut akciğer ödemi

Tedavi

Amaç yaşamı kurtarmak, temel ve ileri yaşam desteği sağlamaktır.

- Boyun ekstansiyona getirilip solunum yolu açık tutulur.
- Hasta sırtüstü yatırılır, kan basıncı ölçülür, ayaklar havaya kaldırılır.
- Nazal kaniül veya maskeyle dakikada 4-6 litre %100 oksijen verilir.
- Tedavide ilk ilaç *adrenalin* dir. Ülkemizde 0,25, 0,50 ve 1 mg/ml olarak 3 ayrı 1/1000 *adrenalin* ampülü vardır. *Adrenalin* kas içine (İM) veya deri altına (SC) verilir:

Yaş	Doz	1 mg/ml	0,5 mg/ml	0,25 mg/ml
1 yaş altı	0,05 mg	0,05 ml	0,1 ml	0,2 ml
1 yaş	0,1 mg	0,1 ml	0,2 ml	0,4 ml
2 yaş	0,2 mg	0,2 ml	0,4 ml	0,8 ml
3-12 yaş	0,3 mg	0,3 ml	0,6 ml	1,2 ml
Erişkin	0,5 mg	0,5 ml	1 ml	2 ml

Bir defalik en yüksek doz çocukta 0,3 mg, erişkinde 0,5 mg'dır.

Kan basıncı ve nabızda iyileşme sağlanamazsa, uygulama 10 dakika sonra yinelenebilir. Reaksiyon bir antijen enjeksiyonu veya böcek sokmasına bağlıysa o alanda deri altına 0,1-0,3 mg *adrenalin* yapılır.

- Damar yolu açılır ve *serum fizyolojik* veya *laktatlı Ringer* sıvı tedavisine başlanır.
- Erişkinde 1-2 ampul *klorfenoksamin hidroklorür* veya *difenhidramin hidroklorür* ven yoluyla yavaş enjeksiyon şeklinde verilir. Çocuk dozu, 2-5 yaşta erişkin dozun üçte biri, 6-10 yaşta erişkin dozun yarısı kadardır. 10 yaşın üstünde erişkin dozu uygulanır. Daha sonra, 48 saat süreyle kas içine ve ağızdan antihistaminik verilir.
- *Metil prednizolon* 1-2 mg/kg ven yoluyla verilir ve hasta stabilize olana kadar 6 saat arayla tekrarlanır. Eşdeğer doz hesaplanarak, *deksametazon* veya *prednizolon* da kullanılabilir.

- Bronkospazm varsa ve kan basıncı düşük değilse, daha önceden düzenli olarak *teofilin* kullanıyorsa 3-6 mg/kg *aminofilin* 20 ml serum fizyolojik içinde 10-15 dakikada gidecek şekilde ven içine verilir.
Varsa, hazır *teofilin* li sıvı kullanılabilir. *Teofilin* in ciddi aritmi yapma riski vardır. Bulanti, kusma veya aritmi olursa infüzyon durdurulur. Nebulizatör varsa, *salbutamol* erişkinde 2,5 mg/doz, günde en fazla 4 kez inhalasyon yoluyla verilir. Nebulizatör yoksa *salbutamol* ölçülu doz inhaler (MDI) ara cihazla 4-6 püskürtme (puff) /20 dakikada bir inhalasyonla verilir.
- Klinik durum ağırlaşıyorsa, damar yoluyla sıvı tedavisi hızlandırılır. Kardiyak aritmi yoksa 10 ml serum fizyolojik ile sulandırılmış 0,1 mg *adrenalin* çok yavaş olarak ven içine verilir. Bu uygulamanın fatal ventriküler aritmi riski vardır.
- Reaksiyon devam ediyor ve kalp yetmezliği gelişiyorsa 200 mg *dopamin* 500 ml %5 dekstroz içine konulup 2-5 µg/kg/dk olarak başlanır ve kan basıncına göre sürdürülür.

Anafilaksinin hafif formlarında, hastanın durumuna göre tedavi önerilerinden sadece bir kısmı uygulanabilir. Örneğin; sadece ürtikerle gelmiş hastaya ağızdan veya parenteral antihistaminik yeterli olabilir.

İzlem ve Sevk

Acil girişim ve tedaviye rağmen semptomları kaybolmayan ve hipotansiyonu düzelmeyen hastalar, tedavi sürdürülerek, solunum ve dolaşımın devamlılığı sağlanarak, sağlık personeli eşliğinde ambulansla sevk edilmelidir.

Anafilaksi veya anafilaktoid reaksiyon tanısıyla acil tedavisi yapılan her hasta, erken dönemde bifazik reaksiyon açısından da tedavi edilebileceği bir merkezde izlenmelidir.

Korunma

Anafilaksi ve anafilaktoid reaksiyon oluşturabilecek her türlü tıbbi girişim ve enjeksiyonun uygulandığı ortamlarda, acil tedavi için gerekli ilaçlar, oksijen tüpü, hava yolu tüpü (airway), ven yoluyla kullanılan serumlar ve enjektör hazır bulundurulmalıdır.

Alerji olduğu bilinen herkesin, yanında enjektör ve *adrenalin* ampul veya hazır adrenalin otoenjeksiyon kiti taşıması önerilmelidir.

Kaynakça

1. Liebermann P. Specific and Idiopathic Anaphylaxis. Pathophysiology and Treatment. Bierman CW, Pearlman DS, Shapiro GG, Busse WW, ed. Allergy, Asthma and Immunology From Infancy to Adulthood, 3rd ed. Philadelphia: Saunders. 1996;297-319.
2. Liebermann P. Anaphylaxis and Anaphylactoid Reactions. Middleton Jr E, Ellis EF, Yunginger JW, et al, ed. Allergy Principles and Practice, 5th ed, St.Louis: Mosby, 1998; 1079-92.
3. Herrara AM, de Shazo RD. Current Concepts in Anaphylaxis. Pathophysiology, Diagnosis and Treatment. Reisman RE, Liebermann P, ed. Immunology and Allergy Clinics of North America. Philadelphia: Saunders. 1992;12:517-34.
4. Kayaalp SO (ed). BNF/TİK Türkiye İlaç Kılavuzu 2001 Formülleri. İstanbul: Turgut Yay, 2001.
5. Nicklas RA, et al. The Diagnosis and Management of Anaphylaxis. Allergy and Clinical Immunology 1998;101:S465-528.