

# Anafilaksinin Tedavisi ve Önlemler

*Prof.Dr.Feyzullah Çetinkaya*

*Acıbadem International Hastanesi- İstanbul*

Anafilaksi, yaşamı tehdit edebilen acil bir klinik tablo olduğu için tanıdan hemen sonra tedavisi gereklidir. İlk müdahalenin ve tedavinin mümkünse tanının ilk konulduğu yerde yapılması hayati önem taşır.

1.Tedavinin başlangıcında hastanın vital bulgular yönünden değerlendirilmesi; solunum yolunun açılması, antijenle temasının hemen kesilmesi (mesela almakta olduğu ilacın durdurulması, arı sokması söz konusu ise arının iğnesinin parçalanmadan çıkarılması) ve hemen yardım çağrılması gerekir .

2.Hastanın sırtüstü ve bacakları yukarı gelecek şekilde (trandelenburg pozisyonu) yatırılması ve rahat nefes alması, varsa maske ile oksijen alması(8-10 L/dk) sağlanmalıdır. Bulantı veya kusma varsa aspirasyonu önlemek için hasta, başı yana dönük olacak şekilde yatırılmalıdır. Hamile kadınların sol yanları üstüne yatırılması gerekir. Hastanın oturur pozisyonda tutulması “boş ventrikül sendromun” yol açarak ölümle sonuçlanabilir

3.Tedavide verilmesi gereken ilk ilaç **adrenalindir**(epinefrin). Adrenalinin yetişkin dozu 0,5 mg; çocuk dozu 0,01 mg/kg olup (**maksimum doz yetişkin dozu olan 0,50 mg**) ilaç uyluğun ön-yan tarafından (vastus lateralis kası) ve intramüsküler (İM) yolla verilmelidir . Hastada semptomlar devam ettiği sürece adrenalin 10-15 dakika ara ile birkaç kez daha verilebilir .

4.İntramüsküler yolla verilen adrenaline yanıt alınamazsa ve ağır hipotansiyon ve kardiyovasküler şok belirtileri ortaya çıkarsa adrenalin infüzyon yoluyla verilebilir. Yetişkinlerde infüzyon pompası ile 2-10 mikrogram/ dk. hızında ve kan basıncı

izlenerek verilir. Çocuklarda adrenalinin infüzyon şeklinde verilmesi gerektiğinde 0,1-1 mikrogram/kg/dk dozunda başlanır ve gerekirse hastanın kan basıncına göre doz artırılabilir (en fazla 10 mikrogram/dk).

İnfüzyon sıvısı hazırlamak için 1 mg adrenalin 250 ml %5' lik dekstroz içine konulur. Elde edilen karışımın 1 mililitresinde 4 mikrogram ilaç bulunur. Ciddi aritmilere yol açabileceği için sulandırılmamış adrenalin kalp durması dışında infüzyonla verilmemelidir.

5.Damar yolu açılır ve İV yolla sıvı (SF) başlanır (10 dk. içinde 10 ml/kg). Verilecek sıvı miktarı hastanın kliniğine göre ayarlanır ve gerektiğinde bu miktar 100 ml/kg' kadar artırılabilir.

6.Adrenalin'den sonra olmak koşulu ile oral, İM veya intravenöz( İV) (3-4 dakikada) yollardan H1 antihistamin-örneğin difenhidramin 1 mg/kg, maksimum 50 mg - verilir. Gerektiğinde bu doz 4-6 saatte bir tekrarlanır.

7.Bronkospazm bulguları (vizing gibi) varsa 2,5-5 mg salbutamol nebülizer ile, nebülizer yoksa salbutamol inhalerden 4 püf verilir. Gerekirse bu doz 20 dakika ara ile 3 kez tekrarlanabilir.

8.Ranitidin 1mg/kg (maksimum 50 mg) damar yoluyla verilir.

9.Metilprednizolon 2 mg/kg (maksimum 50 mg) İV yolla yavaşça verilir, bu doz gerekirse 6 saatte bir tekrarlanır.

10.Beta-bloker kullanma öyküsü varsa, glukagon yetişkinlerde 1-5 mg, çocuklarda 20-30 mikrogram/kg, maksimum 1 mg ve en az 5 dakikada gidecek şekilde İ.V. yolla verilmelidir .

11. Şok tablosu gelişirse, 400 mg dopamin 500 mL %5'lik dekstroz içine konulmalı ve 2-20 mikrogram/kg/dk. hızında ve kan basıncı kontrol edilerek verilmelidir.

### **Anafilaksinin önlenmesi**

1.Hastaların bilinen bir risk faktörü varsa o yönden eğitilmesi gerekir. Örneğin bilinen ilaçlar, besinler, böcekler...

2-Özellikle çocukların anafilaksiden sorumlu besinleri tekrar tüketmemeleri için uyarıcı bir etiket taşımaları gerekir.

3-İlaç alerjilerine bağlı anafilaksi durumunda yönünden hasta dosyalarına uyarıcı notlar konulmalı ve gerektiğinde kullanılabilecek alternatif ilaçların hastalara bir liste halinde verilmesi gerekir.

4-Hastalara ve çocuklar için ailelere anafilaksinin belirtileri ve acil tedavisi konusunda eğitim verilmeli ve adrenalin oto-enjektörü yazılarak kullanılması öğretilmelidir. Ayrıca, erişkinler için başka bir aile bireyinin çocuklar için ise okuldaki bir öğretmenin veya görevlinin de bilgilendirilmesi ve eğitilmesi gereklidir.

5-Hasta ve aile eğitimi belli aralarla tekrarlanmalı ve adrenalin oto-enjektörünün güncel olup olmadığı kontrol edilmelidir.

## Kaynaklar

- 1.Lieberman P, Richard RA, Oppenheimer J, et al. The diagnosis and management of anaphylaxis practice parameter: Update. J Allergy Clin Immunol.2010;126,477-80.
- 2.Simons FER, Arduzzo LRF, Bilo MB, El-Gamal YM, Ledford DK, Ring J, Sanchez-Borges M, Senna GE, Sheikh A, Thong BY, for the World Allergy Organization: World Allergy Organization guidelines for the assessment and management of anaphylaxis. J Allergy Clin Immunol 2011, 127:587–593
- 3.Lieberman P, Nicklas RA, Randolph C, Oppenheimer J. Anaphylaxis: Practice Parameter Update 2015 Ann Allergy Asthma Immunol 2015;115:341-384
- 4.Simons FER, Ledit RF Arduzzo, M Beatrice Bilò, Victoria Cardona, Motohiro Ebisawa International consensus on (ICON) anaphylaxis. World Allergy Organization Journal 2014;7:9
- 5.Humphrey RS. Fatal posture in anaphylactic shock. J Allergy Clin Immunol. 2003;112:451-2
- 6.Simons FE, Gu X, Simons KJ. Epinephrine absorption in adults: intramuscular subcutaneous injection. J Allergy Clin Immunol. 2001;108:871-3
- 7.Thomas M, Crawford I. Best evidence topic report. Glucagon infusion in refractory anaphylactic shock in patients on beta-blockers. Emergency Medicine Journal. 2005;22,272-3
- 8.Muraro A, Roberts G, Worm M, et al. Anaphylaxis: Guidelines from the European Academy of Allergy and Clinical Immunology.

Allergy. 2014; 69:1026-45