

## **Alerjen İmmunoterapisinde Sistemik Reaksiyon Geliştiğinde; Tedaviye Devam Edelim**

Astım, alerjik rinit ve venom alerjisinde Th2 ilişkili alerjik yanıtı değiştirmek üzere kullanılabilen tek tedavi seçeneği alerjen immunoterapisidir (AIT). AIT günümüzde rutin olarak subkutan (SKIT) ve sublingual (SLIT) olmak üzere iki farklı şekilde uygulanmaktadır. Hem SKIT hem de SLIT sırasında istenmeyen lokal veya sistemik yan etkiler görülebilmektedir (1). SLIT sırasında daha çok lokal yan etkiler görülmekte olup sistemik reaksiyon oranı %0,056, ciddi yan etki olasılığı 100000 dozda 1,4 gibi oldukça düşük bir orandadır (2). Bu nedenle sistemik reaksiyon durumunda tedavinin devamı veya kesilmesi konusunda bir öneri bulunmamaktadır (3). Sistemik reaksiyonlar daha çok SKIT sonrasında görülmekte olup, sıklığı kullanılan tedavi protokolüne göre değişmekle birlikte %1-34 arasında bildirilmektedir (4). SKIT sonrası gelişen sistemik reaksiyonlar 5 evrede incelenmekte olup ölüm ile sonuçlanan (Evre 5) sistemik reaksiyon riski 2,5 milyon enjeksiyonda 1 olarak bulunmuştur (4,5). Kontrolsüz astım varlığı, daha önceki SKIT enjeksiyonlarında sistemik reaksiyon gelişmiş olması, doz ve uygulama hataları, uygulayan kişinin yetkin olmaması, polen sezonu içinde olma (tartışmalı), adrenalın uygulamasında gecikme,  $\beta$  bloker kullanımı, enjeksiyondan sonra yetersiz bekleme, reaksiyonun geç ortaya çıkmasının sistemik reaksiyon gelişme riskini ve/veya fataliteyi arttırdığı bildirilmektedir (1,6,7). Hastanın SKIT enjeksiyonları öncesinde mutlaka değerlendirilmesi ve gerekirse enjeksiyonun ertelenmesi veya doz ayarlaması yapılması ile sistemik reaksiyonlar azaltabilir. Sistemik reaksiyonların gelişmesi durumunda reaksiyon uygun şekilde tedavi edilmelidir. Sistemik reaksiyon gelişmesi AIT'in kesilmesi için bir endikasyon olmayıp hafif sistemik reaksiyon durumunda daha sonraki dozlarda ayarlama yapılması, ciddi sistemik reaksiyon durumunda ise hasta ile tedavinin devamı hakkında görüşülerek ortak bir karar verilmesi önerilmektedir (6,7).

## **Kaynaklar**

1. Jutel M, Agache I, Bonini S, et al. International consensus on allergy immunotherapy. *J Allergy Clin Immunol*. 2015;136(3):556-68.
2. Cox LS, Linnemann DL, Nolte H, Weldon D, Finegold I, Nelson HS. Sublingual immunotherapy: a comprehensive review. *J Allergy Clin Immunol* 2006;117: 1021-35.
3. Canonica GW, Cox L, Pawankar R, et al. Sublingual immunotherapy: World Allergy Organization position paper 2013 update. *World Allergy Organ J*. 2014;28;7(1):6.
4. Cox L, Nelson H, Lockey R, et al. Allergen immunotherapy: a practice parameter third update. *J Allergy Clin Immunol*. 2011;127(1 Suppl):S1-55
5. Cox L, Larenas-Linnemann D, Lockey RF, Passalacqua G. Speaking the same language: The World Allergy Organization Subcutaneous Immunotherapy Systemic Reaction Grading System. *J Allergy Clin Immunol*. 2010;125(3):569-74
6. Bernstein DI, Wanner M, Borish L, Liss GM; Immunotherapy Committee, American Academy of Allergy, Asthma and Immunology. Twelve-year survey of fatal reactions to allergen injections and skin testing: 1990-2001. *J Allergy Clin Immunol*. 2004;113(6):1129-36.
7. Sin BA, Şahiner UM, Akkoc T, et al. Allergen Immunotherapy: National Guideline 2016. *Asthma Allergy Immunol*;14 Sup:1, 1-119