



Allerjik Rinitte Tanı

Doç. Dr. Nesil Keleş

Allerjik rinit (AR), atopik hastalıkların en sık görüleni olup pek çok gelişmiş ülkede nüfusun yaklaşık %10-20'sinde bulunmaktadır. Gerek sorgulama formları, gerekse objektif test yöntemleri ile yapılan çalışmalar son 10 yılda hastalığın artış gösterdiğini ortaya koymaktadır. AR sıklığı Kuzey Avrupa ülkelerinde %7, Güney Amerika'da %9-21, Avustralya'da %27.6 olarak bulunmuştur.⁶ ABD'de ise kronik hastalıklar sıralamasında 6. sırada yer almaktadır.¹ Ancak hayat tehdit eden bir hastalık olmaması ve tavsiye üzerine alınan ilaçlarla doktora gitmeden geçici yarar sağlanabilmesi nedeniyle hastalık nadiren ciddi bir problem olarak değerlendirilmektedir.

Buna rağmen, allerjik rinitin önemli oranda sosyal, klinik ve ekonomik zararları söz konusudur. Sıklıkla hastaların yarısında yılda 4 aydan fazla AR semptomları vardır ve bu da hayat kalitesini bozmaktadır. Örneğin ABD'de yılda primer olarak AR için harcanan para 2 milyar dolar, yol açtığı diğer hastalıklar için ise 4 milyar dolardır. Rinit aynı zamanda erişkinlerde iş günü kaybı, çocuklarda okul günü kaybı gibi etkileri nedeniyle de ekonomik problem yaratmaktadır.⁵ Dolayısıyla tanı ve tedavi yaklaşımı önem kazanmaktadır. Etkili tedavi aynı zamanda astım, sinüzit, ortodontik patolojiler, uyku bozuklukları gibi birlikte görülebilecek diğer hastalıkların tedavisine de yardımcı olacaktır.

Allerjik rinit nazal mukozanın hücresel enflamasyonu ile karakterize IgE'ye bağlı bir allerjik reaksiyon sonucunda ortaya çıkan bir hastalıktır. Allerjik reaksiyonun erken ve geç faz olmak üzere iki fazdan oluştuğu bilinmektedir. Allerjik rinitin erken faz reaksiyonu, mast hücresi yüzeyindeki IgE reseptörüne allerjen ve allerjen spesifik IgE'nin bağlanması ve başta histamin olmak

üzere prostaglandin ve lökotrienlerin salgılanması ile başlar. Ancak özellikle klinik bulgulara yol açan geç faz reaksiyon ise başta eozinofiller olmak üzere nötrofil, bazofil gibi çeşitli enflamatuar hücrelerin infiltrasyonu ve bu hücreler tarafından üretilen histamin, lökotrien gibi mediatörlerin yanısıra çeşitli sitokin (IL-4, IL-5, IL-13) kemokinlerin ve adhezyon moleküllerinin (VCAM-I, ICAM-1) salınımı ile karakterizedir. Eozinofil ve bazofillerin yanısıra T hücreleri ve mast hücreleri de önemli sitokin kaynağıdır.⁴

Allerjik rinit burunda kaşıntı, hapşırma, sulu akıntı ve burun tıkanıklığı ile karakterizedir. Ayrıca baş ağrısı, koku alma bozukluğu ve konjunktivit gibi semptomlar da eşlik edebilir.

Allerjik rinit sebep olan allerjenlere göre mevsimsel (polenler, bazı küf mantarları) ve perennial (ev tozu akarı, hayvan epitel ve tüyleri, bazı küf mantarları) olarak sınıflandırılabilir.² Ancak bu ikisi arasındaki ayırım her zaman kesin olarak yapılamayabilir. Örneğin mevsimsel allerjik rinitli bir hastanın yılın farklı zamanlarında üreyen çeşitli polenlere karşı allerjisi olabilir ve semptomları perennial bir rinit izlenimi verebilir.³

Allerjenlerin yanısıra çevrede bulunan diğer ajanlar da (hava kirliliği gibi) allerjik reaksiyonlara sebep olabilir ya da şiddetlendirebilirler. Ayrıca çeşitli iritan maddelerin varlığı, ısı ya da nem değişiklikleri de non-allerjik enflamatuar reaksiyonlara yol açabilirler.

Tablo 1. *Allerjik rinitin özellikleri*

Özellikler	Mevsimsel	Perennial (Yılboyu)
Burun tıkanıklığı	Değişken	Her zaman
Sekresyon	Sulu	Seromüköz, postnazal akıntı
Hapşırma	Her zaman	Değişken
Koku alma bozukluğu	Değişken	Sık
Göz semptomları	Sık	Nadir
Astım	Değişken	Sık
Kronik rinosinüzit	Nadir	Sık

ALLERJİK RİNİTTE TANI YÖNTEMLERİ

Allerjik rinit tanısında en önemli adım aile hikayesini ve hastaya daha önce uygulanmış olan teşhis ve tedaviyi içeren ayrıntılı anamnezdır. Hastanın yaşı, şikayetlerinin hangi ortamlarda ortaya çıktığı, aile hikayesi sorgulanmalıdır. Genetik predispozisyon olduğu için aile hikayesine dikkat edilmelidir. Ayrıca olası alt solunum yolu hastalıkları, cilt semptomları veya gıda allerjileri sorgulanmalıdır. Ayrıntılı anamnezi takiben genel kulak burun boğaz muayenesi, ve mümkün ise nazal endoskopi yapılmalıdır (Tablo 1). Burun içindeki sekresyonun rengi ve miktarına dikkat edilmelidir. Genellikle berrak ve su lu akıntı allerjik reaksiyon lehinedir.

Nazal mukozaya da dikkat edilmelidir. Tipik allerjik mukoza soluk ve ödemlidir. Ancak infeksiyon ya da inflamasyonlar (çevresel iritanlar ya da uzun süreli topikal dekonjestan kullanımını takiben) nedeniyle hiperemik olabilir. Ayrıca nazal kavite polip, tümör, septal deviasyon ve yabancı cisim gibi patolojileri değerlendirmek amacıyla dikkatli olarak muayene edilmelidir.

Ancak tanı allerji testleri ile konur. En sık kullanılan testler cilt testi, serum spesifik IgE veya total IgE'dir. Kanda total IgE seviyesinin allerjik hastalıklardaki tanı değeri sınırlıdır. 100-150 U/ml üzerindeki değerler yüksek kabul edilir. Allerjik hastalığı olanların %50'sinde normal değerler bulunduğu gibi, allerjik hastalığı olmayanlarda ve parazitozlarda da yüksek total IgE seviyeleri bulunabilir.³

Cilt testleri tanıda ucuz olması ve hastaların büyük çoğunluğunda güvenilir sonuçlar vermesi nedeniyle günümüzde de en çok kullanılan ve en pratik tanı yöntemidir. Scratch, prick, intradermal ve skin endpoint titration yöntemleri ile yapılabilir. Bugün kullanımı en yaygın olan prick metodudur. Doğru sonuç elde edebilmek için allerjenler yöresel olarak seçilmelidir. Ayrıca cilt reaktivitesi bireysel farklılıklar gösterebileceği için pozitif (histamin) ve negatif (allerjen çözücü) kontrol solusyonları mutlaka test panelinde olmalıdır. Cilt testleri ile atopi teşhis edilebilir ve klinik hikayeyi destekleyici bulgu elde edilebilir. Hasta allerjik cevabı görebileceğinden, bu testlerin ayrıca eğitsel değeri de vardır. Bu testler özellikle ev tozu akarlarına karşı pahalı ve zaman isteyen korunma yöntemleri uygulanmadan önce mutlaka yapılmalıdır. İmmunoterapi de destekleyici cilt testi sonuçları olmadan kesinlikle başlanmamalıdır. Ancak ilaçlar (antihistaminikler, fenotiyazin, imipramin), spesifik immunoterapi, mevsimsel değişiklikler, cilt testinin yeri, yaş (çok küçük ve yaşlılarda zayıf yanıt) ve bazı patolojik koşullar (dermografizm, atopik dermatit) cilt testi sonucunu etkileyen faktörler olduğu için, test öncesinde bunlara dikkat edilmelidir.

Kanda söz konusu allerjene karşı gelişen IgE'nin saptanması olarak tanımlanan spesifik IgE testi bugün pratikte de kullanılan bir tanı yöntemidir. Serum spesifik IgE testi RAST (Radioallergosorbant test) veya ELISA yöntemleri ile yapılabilir. Cilt reaktivitesinden etkilenmemesi, ilaç etkileşimi olmaması, daha spesifik olması ve sistemik reaksiyon riski taşımaması avantajları arasındadır. Ancak geç sonuç vermesi, sensitivite azlığı, bazı allerjenlerin eksik olması gibi dezavantajları vardır.

Nazal smearde sitolojik tetkikin allerjik rinit tanısındaki değeri sınırlıdır. Her ne kadar nazal eozinofili periferik eozinofiliden daha anlamlı olsa da, hem allerjik hem de non-allerjik rinitte nazal eozinofili saptanabilir.

Görüntüleme yöntemlerinin allerji tanısındaki yeri oldukça kısıtlıdır, ancak diğer patolojileri ekarte etmek amacıyla kullanılabilir. Özellikle tedaviye dirençli olgularda paranazal sinüs hastalıklarını (rinosinüzitler) ve lateral nazal duvar patolojilerini değerlendirme de paranazal sinüs bilgisayarlı tomografisi en önemli radyolojik görüntüleme yöntemidir.

Nazal havayolunun değerlendirilmesi objektif olarak rinomanometri ve akustik rinometri ile yapılabilir. Rinomanometri nazal hava yolu direncini nazal hava akımı ve transnazal basınç parametreleri ile ölçen bir yöntemdir. Akustik Rinometri ise ses sinyali yardımı ile nazal patolojinin lokalizasyonu hakkında bilgi verir. Bu iki metod allerjik hastalıkların tanısında allerjen provokasyonu için kullanılabilir. Bu test ile söz konusu allerjen giderek artan dozlarda nazal mukozaya püskürtülür ve nazal mukozanın cevabı değerlendirilir.

KAYNAKLAR

1. Corey J, Kemker BJ, Branca JT et al. Health Status in Allergic Rhinitis. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2000;122:681-5
2. International Rhinitis Working Management Group. International Consensus Report on the diagnosis and management of rhinitis. *Allergy* 1994; 49 Suppl 9: 5-34
3. Lund V. Allergic rhinitis-Making the correct diagnosis. *Clin Exp Allergy* 1998; 28: Suppl 6:25-28
4. Pawankar R, Yamagishi S, Yagi T. Revisiting the Roles of Mast Cells in Allergic Rhinitis and its Relation to Local IgE Synthesis. *Am J Rhinol* 2000;14:309-317
5. Ray NF, Baraniuk JN, Thamer M. et al. Direct expenditures for the treatment of allergic rhinoconjunctivitis in 1996, including contribution of related airway illness. *J Allergy Clin Immunol* 1999;103:401-7
6. Van Cauwenberge P, Bachert C, Passalacqua G, Bousquet J, Canonica GW. Et al. Consensus statement on the treatment of allergic rhinitis. *Allergy* 2000;55:1-19