



Ürtiker ve Angioödem

Doç. Dr. Aydın İşçimen

Ürtiker halk arasında kurdeşen olarak bilinen ve oldukça sık karşılaşılan bir tablodur. Aciller içerisinde en sık karşılaşılabilecek dermatolojik hastalık ürtiker ve angioödemdir. Çeşitli kaynaklarca yapılan araştırmalar populasyonun %15-25 gibi büyük bir kesiminin yaşamları boyunca en az bir kez olmak üzere ürtiker atağı geçirdiğini ortaya koymaktadır.

En kaba tanımıyla ürtiker çeşitli uyaranlara karşı gelişen, çeşitli mekanizmalarla (immunolojik veya nonimmunolojik) oluşan vasküler bir reaksiyondur. Kaşıntılı, oluk eritemli, ödemli papül ve plaklarla karakterizedir.

Ürtiker hecmelerle seyreden bir hastalıktır ve belirtiler maksimum 48 saat devam eder (angioödem olgularında bu süre daha da uzayabilir), sonra giderek sönerler ve bir süre sonra yeni bir atak gelişir. Arada bir kaç günlük sessiz dönemler olabilir. Akut ürtiker, bu yineleyen atakların latent periyodları ile beraber 6 haftadan kısa süreli olgulardır (bazı yazarlar 3 hafta, bazı yazarlar ise 12 hafta olarak kabul ederler). Atakların altı haftadan daha uzun sürdüğü olgular ise kronik ürtiker olarak değerlendirilirler. Akut ürtiker olgularında iyi bir anamnez etken neden ile bağlantı kurulmasını çoğunlukla mümkün kılar veya söz konusu tetikleyici hastanın sıkça temas etmediği bir şeydir. Bu nedenle de akut olgular genelde tedaviye iyi ve çabuk yanıt vermektedirler. Kronik ürtikerlerin ise bazı yazarlara göre %50, bazılarına göre ise %90'ından fazlası idiyopatik olup genellikle tedaviye yanıt geç ve güç olmaktadır. Kronik ürtikerler hemen her zaman erişkinlerde görülür ve kadınlarda erkeklere kıyasla iki kez daha siktir.

PATOGENEZ

Klinik ürtiker tablosu tetikleyici uyaran ile temas sonrasında mast hücreleri veya bazofillerden mediatör salınımı sonucu gerçekleşmektedir. Bu mediatörlerin neden olduğu vazodilatasyon ve küçük damarlardan transudasyon, tablo için karakteristik olan eritemli, ödemli ve kaşıntılı papül ve plakların gelişimini sağlamaktadır. Damarlar üzerine etki eden bu mediatörlerin başında

Tablo 1. Ürtikaryen reaksiyona neden olabilen mediatörler

- Histamin
- Kininler
- Serotonin
- Asetilkolin
- Lökotrienler
- Prostaglandin

kaşıntı ve vasküler permeabilite artışına neden olan histamin gelmektedir. Histamin dışında bradikinin, serotonin, asetilkolin, prostaglandin ve lökotrienler de reaksiyon gelişiminde rol oynayabilmektedirler.

Mediatör salınımı sağlayan patojenik mekanizma immunolojik veya nonimmunolojik olara indüklenebilir. Ürtikere neden olan immunolojik mekanizmalar içerisinde en sık IgE'ye bağlı tip I aşırı duyarlık reaksiyonu görülür (erken aşırı duyarlık). Bunun dışında, anafilotoksin veya yerine göre histamin ya da diğer mediatörlerin salınımına neden olacak klasik kompleman sisteminin aktivasyonu ile az sayıda olguda da geç aşırı duyarlık reaksiyonu sorumlu olabilir. Nonimmunolojik mekanizmalar ise direkt (opium alkaloidleri, polimyxin, tubocurarine, radiokontrast maddeler gibi ilaçlar veya sıcak, soğuk, UV, ekzersiz, yüksek ateş gibi fiziksel faktörlerin direkt etkisi) veya indirekt (aspirin, tartrazine, nonsteroid antiinflamatuvar, benzoate) etkiyle bazofiller veya mast hücrelerinden mediatör salınımına yol açabilirler.

ETYOLOJİK FAKTÖRLER

Ürtikere neden olabilecek çok çeşitli tetikleyici söz konusudur. Bunlar içerisinde en sık; ilaçlar, yiyecekler ve infeksiyonlar ile bazı fiziksel nedenler görülmektedir.

Alerjik ve Metabolik Nedenler

İlaçlar

Ürtiker ve angioödem belki de en sık rastlanılan nedenleri ilaçlardır. İlaçlar içerisinde de en sık penisilin ve penisilin türevi antibiyotikler görülmektedir. Penisilinler dışında aspirin, sulfamidler ve özellikle tiazid sınıfı olmak üzere diüretikler nispeten sık karşılaşılan ürtiker nedeni ilaçlardır. İlaça bağlı olgularda klinik belirtiler çoğunlukla ilaç almından 1-2 saat sonra ortaya çıkar. Ancak bu süre 15 dakikaya kadar kısalabileceği gibi 15 güne kadar da uzayabilir. Bu nedenle anamnez alınırken 15 gün öncesine kadar ilaç alımının sorgulanması önemlidir. Anamnezde bir başka önemli husus hastaların genel-

Tablo 2. Ürtiker ve angioödemde patogenetik mekanizmalar

1. Mediatör salınımı için immunolojik mekanizmalar:
 - IgG'ye bağlı tip I reaksiyon (erken aşırı duyarlık)
 - IgE'ye bağlı geç aşırı duyarlık
 - Klasik kompleman sisteminin aktivasyonu (anafilotoksin üretimi)
2. Mediatör salınımı için nonimmunolojik mekanizmalar
 - Bazofiller ve mast hücrelerinden direkt etki ile mediatör salınımı (ilaçlar, fizik faktörler, emosyonel stresin direkt etkisi)
 - İndirekt etki

Tablo 3. Ürtiker ve angioödem olgularında etyolojik faktörler

- İlaçlar
- Yiyecekler
- Respiratuvar alerjenler
- İnfeksiyonlar
- İnternal hastalıklar
- Fizik etmenler (mekanik sürtünme, soğuk, sıcak, UV, basınç)
- Hereditör tablolar
- Böcek sokmaları
- Kontakt ürtiker
- Psikojenik faktörler
- İdiopatik tablolar

de doğum kontrol hapları, vitaminler ve rutin kullanılan (başta aspirin olmak üzere) ağrı kesicileri ilaç olarak kabul etmemeleridir. Bu nedenle bu preparatlar özellikle isim belirtilerek sorulmalıdır. Aspirin ürtikere neden olması dışında başka bir nedenle ortaya çıkmış ürtiker olgularında da şiddetlendirici etki gösterir (alkol de benzer etki gösterebilir). Ayrıca besinlerde renklendirici veya koruyucu olarak kullanılan tartrazine, azo boyaları ve benzoic asid ile de çapraz duyarlılık göstermektedir. Özellikle ilaç etkisi düşünülen olgularda anamnez titizlikle yürütülmelidir. Son derece karmaşık problemlerle karşılaşılabilir. Örneğin; ineklerde mastitis tedavisi için penisilin kullanılması halinde süte karışan penisilin ürtikere neden olabilir. Benzer şekilde, bira defermantasyon ürünleri içerisinde penisilin bulunması nedeniyle ürtikere neden olabilir.

Gıda Maddeleri

Besinler de nadir olmayarak ürtiker nedeni olabilmektedirler. Ancak kronik ürtiker olgularında etken olarak daha az sıklıkla görülürler. Besinlere bağlı ürtiker olguları çocuklarda çok daha sık olup erişin/çocuk oranı 1/40 kadardır. Erişkinlerde ürtiker nedeni olarak en sık saptanan besinler özellikle kabuklu deniz ürünleri (midye, istiridye, pavurya, istakoz) olmak üzere deniz ürünleri, çilek, yumurta, fındık-fıstık, yumurta, çikolata ve kolalı içeceklerdir. Çocuklarda ve bebeklerde ise beslenmenin farklı olması nedeniyle etkenler de bir ölçüde farklıdır. Çocuklarda en sık ürtiker nedeni olan besinler; tahıllar, süt ve süt ürünleri, meyva suları, çikolata, yumurta ve çilektir. Gıda maddelerine bağlı ürtiker olguları genellikle gıda alımından 1-2 saat sonra ortaya çıkarlar. Ancak reaksiyonun günlerce gecikmesi de mümkün olabilir.

Besin alerjisine bağlı akut ürtiker olgularında özellikle de erken reaksiyon söz konusu olduğunda ve yineleyen olgularda sorumlu besinin belirlenmesi genellikle kolay olup dikkatli bir anamnez bunun için yeterli olacaktır. IgE'ye bağlı besin alerjilerinde hastadan bir ipucu elde edilemediğinde deri testleri faydalı olabilir. Ancak kronik ürtiker olgularında deri testlerinin pek faydası yoktur. Bu olgularda emilinsiyon diyeti ile etken saptanabilir. Ancak doğrudan doğruya besin maddesinin değil, içerdiği koruyucu veya renklendiricilerin de ürtikere neden olabileceği unutulmamalıdır.

Respiratuvar Alerjenler

Polenler, küf sporları, tüylü hayvan kepekleri, çeşitli organik tozlar ve astım veya alerjik rinit nedeni olabilecek tüm respiratuvar alerjenler seyrek de olsa akut veya kronik ürtiker nedeni olabilirler. Reaksiyon genellikle temas sırasında ortaya çıkar ve bazı olgularda respiratuvar belirtilerle birlikte.

İnfeksiyonlar

Parazitik infeksiyonlar özellikle de enterobiyaz gibi barsak parazitleri daha ziyade çocuklarda olmak üzere sık karşılaşılan ürtiker nedenlerindedir. Ajanın yapısındaki proteinin antijenik rolü ile tip I veya tip III reaksiyon sonucu generalize ürtiker tablosu gelişmektedir. Bu nedenle özellikle çocuklarda ürtiker gelişimi için belirgin bir neden bulunamadığında gaitada parazit tetkiki ve selofanlı lam incelemesi mutlaka istenmelidir.

Yine öncelikli olarak çocuklarda, viral infeksiyonlar da nadir olmayarak ürtiker nedeni olabilmektedirler. Bazı virüsler klasik veya alternatif kompleman yolunu aktive ederek anafilotoksin üretimine ve bunu izleyerek de başta histamin olmak üzere ürtikaryen reaksiyona neden olan başkaca mediatörlerin salınımına yol açmaktadırlar.

Bakteriyel infeksiyonların akut ürtikere neden olması nadir olmakla beraber kronik fokal bakteriyel infeksiyonlar (diş absesi, kronik sinüzit, kronik sinüzit, kronik tonsillit) erişkinlerde görülen kronik ürtikerlerin önemli nedenlerinden biridirler.

İnternal Hastalıklar

Birçok sistemik hastalık tablosunda ürtiker sıklığının artmış olduğu gözlenmiş olmakla beraber bu hastalık tablolarının doğrudan doğruya ürtikere neden olduğu yolunda bir bulgu yoktur. Bu nedenle bu tabloları etken olarak nitelendirmek yerine ürtiker veya angioödem ile bir asosiyasyondan söz etmek daha doğru olacaktır. Bu hastalıklar arasında kolajenozlar (lupus eritematosus), romatizmal hastalıklar (poliarteritis), hipertiroidi ve hipoparatiroidi yer almaktadır. Bazı internal malignitelerde de ürtiker sıklığında artış bildirilmiştir. Sık görülmemekle beraber özellikle hematolojik maligniteler (lösemi ve lenfomalar) olmak üzere akciğer ve kolon karsinomları ürtikerle asosiyasyon olabilmektedir. Bunların dışında bildirilen az sayıda olguda menstruasyonlarla yinelenen ürtiker atakları hormonal bir bağlantı olasılığını düşündürmüştür.

Böcek Sokmaları

Sivrisinek, pire gibi böceklerin pikürleri çoğu kişide lokal toksik bir reaksiyon olarak papüler ürtikere neden olur. Bu reaksiyon genellikle çocuklar ve açık tenli kişilerde daha şiddetli olmakta ancak yine lokal reaksiyonun ötesine geçmemektedir. Nadir olgularda bazı uçucuların sokmaları generalize ürtiker veya angioödemle neden olabilmektedir. Duyarlı kişilerde anafilaksiye neden olabileceğinden bu tür olgular yaşamsal risk taşıyabilmektedirler. Bu tür hastalarda hiposensitizasyon denenmeli ve hastalar olası pikür riski halinde yanlarında adrenalin bulundurmalarıdır.

Fiziksel Kökenli Ürtikerler

Dermografik Ürtiker

Dermografizm mekanik sürtünmeye karşı abartılı bir eritemli, ödemli reaksiyon gelişimi olarak tanımlanabilir. Herhangi bir nedene bağlı ürtiker olgusunda da dermografizm müsbet olabilir. Ancak bazı olgularda ürtikeryen ataklar yalnızca mekanik sürtünmeye bağlı olarak gelişirler ki bu olgular dermografik ürtiker olarak adlandırılır. Genellikle sürtünmeden 5-10 dakika sonra kaşıntı ile beraber lineer bir eritem ve ödem görülür. Reaksiyon 30 dakika kadar devam eder ve solarak kaybolur. Nadir bazı olgular herediter olup genellikle yaşam boyu sürerler. Çok daha sık karşılaşılan edinsel formlar kronik ürtiker şeklinde seyrediler ve birkaç yıl devam etme eğilimindedirler. Bu olguların büyük çoğunluğunda psöşik bir komponent saptamak olasıdır ve bu nedenle de kaşıntı başladıktan sonra lezyon çıkışı saatlerce devam edebilir. Sedatif antihistaminiklerin (hidroksizin) kullanımı tercih edilmelidir.

Kolinerjik Ürtiker

Otonom sinirlerden salınan asetilkoline karşı aşırı vasküler yanıt sonucu ortaya çıkan bir tablodur. Stres, sıcak banyo, aşırı sıcak, egzersiz ve terleme provokan faktörlerdir. Bu faktörlerin etkisi ile çok kısa bir süre içinde, kaşın-

tıyla beraber en büyüğü 5 mm çapında olan papüler bir döküntü gelişir. Plak oluşturma eğilimi yoktur. Ataklar çok kısa sürelidir ve lezyonlar 15-20 dakika içerisinde sönerler. Provokan faktörlerle ilişkinin çok açık olması sebebiyle hastalar sıcak, efor vb etkenlerden kaçınarak genellikle hastalıkları ile birlikte yaşamaya alışmışlardır. Ayrıca belirtilerin de çok kısa sürüyor olması nedeniyle aslında nadir olmayan bu tabloya poliklinik kayıtlarında sık rastlanmaz. Antihistaminikler, bazı olgularda ise antikolinergikler fayda sağlayabilir.

Basınç Ürtikeri

Uzun süreli basınç altında kalan alanlarda derin ödemle karakterize ürtikeryen bir reaksiyondur. Kemer bölgesi, ayakkabı bağlarının altı, sütyen ve çorapların sıkıldığı alanlar da basınca maruz kalındıktan birkaç saat sonra lezyonlar ortaya çıkar. Ödemli olan lezyonlar kaşıntıdan çok ağrılı olma eğilimindedir. Beraberinde dermografizm bulunabilir veya bulunmayabilir. Antihistaminikler genellikle etkisiz olup sistemik kortikosteroidler ile daha iyi sonuç alınmaktadır.

Soğuk Ürtikeri

Soğukla temastan sonra kaşıntı, papüler ürtiker ve soğukla temas eden alanlarda ödem gelişimi ile karakterize nadir rastlanılan bir tablodur. Buz küpü testi ile ortaya konabilir. Antihistaminikler içinde özellikle siproheptadin önerilmektedir.

Soler Ürtiker

Güneşle temas eden alanlarda birkaç dakika içinde ortaya çıkan ürtikeryen lezyonlarla karakterizedir. Nadir rastlanılan bir tablodur.

Aquajenik Ürtiker

Isısı ne olursa olsun su ile temas eden alanlarda görülen bir ürtiker formudur. Kaşıntılı ödemli papüller su ile temastan sonra birkaç dakikada gelişirler ve yaklaşık 30-60 dakika içerisinde de kaybolurlar. Ter ve gözyaşı bile reaksiyonu ortaya çıkarabilir. Son derece nadir görülen bir tablodur.

Hereditör Tablolar

Bu gruba giren tablolar; familial soğuk ürtikeri, hereditör vibratuar angioödem ve hereditör angioödemdir. Son derece nadir görülen ürtiker formlarıdır. Hereditör angioödem (Quincke ödemi) fatal seyredebilmesi nedeniyle içlerinde en fazla önem arzeden durumdur. Nadir görülen bu otozomal dominant hastalık kompleman komponent inhibitörü C1 INH eksikliği veya işlevsizliği sonucu gelişmektedir. Kaşıntısız, ağrılı, yaygın angioödem atakları şeklinde seyreder. Laringeal ödem yaşamı tehdit edebilir. Beraberinde ürtiker lezyonu bulunmaz, intestinal tutulum sıktır. Çocukluk veya gençlikte başlangıç gösterir. Çoğu olguda aile anamnezi vardır.

Diğer Tablolar

Kontakt Ürtiker

Duyarlı olunan madde ile direkt temas sonucu genellikle lokal reaksiyon şeklinde ortaya çıkar. Tüylü hayvan kepekleri, yün, yumurta akı, bitkiler ve ilaçlara bağlı olarak oluşabilir. Genellikle temastan hemen sonra, bazı olgularda ise geç reaksiyon şeklinde 1-2 gün sonra ortaya çıkar. İmmunolojik veya nonimmunolojik mekanizmalar sorumlu olabilir. Temas alanında yanma, kaşıntı, eritem ve ödem gelişir.

Psikojenik Ürtiker

Kronik ürtiker olgularında psikolojik faktörlerin çok büyük rolü olduğuna dair bir çok yayın mevcuttur. Bu durumda idiopatik ürtiker olarak tanımlanan tabloların önemli bir kesiminin de psikojenik kökenli olması olasıdır. Esasen psikojenik ürtikeri kesin olarak tanımlamak da olası değildir. Birçok kronik hastalık emosyonel stres ile agrave olabilmektedir. Bazı kolinerjik ürtiker olgularında emosyonel stresin rolü bariz olarak saptanabilir. Bunun dışında plasebo tedaviye yanıt veren olguların büyük ölçüde psikojenik kökenli olduğu söylenebilir. Tedavi açısından düşünüldüğünde idiopatik kronik ürtikeri ve belirgin emosyonel yüklenmesi olan bir hastada psikiyatri desteği istemek en uygun davranış olacaktır.

Edinsel Angioödem (Calwell sendromu, angionörotik ödem)

Bazı yazarlarca ürtikerin derin formu (urticaria profunda) olarak nitelenmektedir. Genellikle tip I reaksiyon sonucu oluşmaktadır. Hastalarda bradikinin plazma düzeyleri yüksek bulunmuş olup olası mediatör olarak da bu madde düşünülmektedir. Tetikleyici faktörler ürtiker ile benzerdir. En büyük sıklıkla arı sokması, ilaçlar, hiposensitizasyon enjeksiyonları, yiyecekler (yumurta, kabuklu deniz ürünleri, fındak) sorumlu olarak bulunur. Genç erişkinler ve kadınlarda daha sık olup sıklıkla ürtiker lezyonları ve mukoza ödemi birlikte seyreder. Larinks ödemi yaşamsal risk oluşturabilir.

KLİNİK BULGULAR

Genel olarak değerlendirildiğinde ürtiker veya angioödem olguları, iyi bir anamnez ve iyi bir klinik muayene sonucunda teşhis güçlüğü göstermeyen tablolardır. Esas sorun özellikle kronik idiopatik ürtiker olgularında etken nedenin belirlenmesi ve her koşulda en uygun tedavi programının oluşturulmasıdır. Özetle ürtiker olgularında önemli olan klinik tanı değil idiopatik olguların sınırlarının daraltılmasıdır.

Semptom ve Belirtiler

Klasik bir ürtiker olgusunda lezyonlar birden bire yanma ve kaşıntı hissi ile başlayan ataklar şeklinde ortaya çıkar. Karakteristik lezyon soluk eritemli,

pebemsî renkli ödemli papüllerdir. Bu lezyonlar birkaç mm veya birkaç cm çaplarında olabilirler. Bu papüller birleşerek plak oluşturma eğilimi gösterirler ve böylelikle el ayası genişliğinde büyük plaklar oluşur. Papülün kubbe şeklindeki yüzeyi düzgün olup epidermiste bir değişiklik yoktur. Plaklarda ödeme bağlı olarak folikül ağzlarının çökük kalması nedeniyle “domuz derisi” görünümü vardır. Bu görüntü plağın iki yandan hafifçe sıkıştırılması ile daha da belirgin hale gelir. Kaşıntı bazen çok şiddetli olabilir. Başlangıç lezyonlarında eritem daha belirgin olup ödem geliştikçe renk solar. atak gerilerken ödemin çekilmesi ile eritem yeniden belirginleşir. Özellikle sönmekte olan lezyonlar anüler veya yarımaya gibi şekiller gösterebilirler.

Tek tek elemanlar birkaç dakika veya birkaç saatte kaybolurlar. Oluşan bir lezyon hemen hiç bir zaman 24 saatten uzun kalmaz. 48 saatten uzun süredir varolan benzer lezyonlar ürtikaryen vaskülit olasılığını akla getirmelidir. Mediyatör salınımını sağlayan mast hücre degranülasyonundan sonra yeniden granüllerin oluşması için belirli bir süre gerekmektedir. Bu nedenle ataklar arasında sessiz periyodlar bulunur. Bu periyodlar tetikleyici faktör ile temasın sürüp sürmemesine veya etkenin vücuttan elimine edilip edilmediğine göre uzun ya da kısa olabilecektir.

Ürtiker lezyonları her yerde yerleşebilirler. Ancak özellikle bası alanları (kemer bölgesi gibi), kalçalar, dizler, dirsekler, periorbital ve perioral bölgelerde daha çok görülür. Periorbital ve perioral bölge lezyonları bir angioödem asosiyasyonunu düşündürmelidir.

Edinsel angioödem de genellikle ani başlangıç gösterir. Lezyonlar tipik olarak göz kapakları, dudaklar, genital bölge, ekstremitelerin distal kısımlarında yerleşmişlerdir. Derin sert bir ödem söz konusudur ve lezyonlar klasik ürtiker lezyonlarına göre daha geniştir. Ödemli alanda deri soluk pembe renktedir. Bu olgularda kaşıntı belirgin bir yakınma değildir. Genellikle tek veya az sayıda lezyon mevcuttur. Tablo birkaç saatte maksimuma ulaşır ve 8-72 saat devam eder. Gözler tamamen kapanabilir, dudaklar normalin 4-5 misli şişebilirler. Dil, farinks ve larinks ödemi solunum yolu obstruksiyonuna neden olabilir ve yaşamı tehdit edebilir. Yinelemeler genellikle aynı alanlarda görülmeye eğilimindedir. Yineleyen ataklar genellikle daha tehlikeli bir seyir gösterirler. Ürtiker ve angioödem sıklıkla birlikte görülebilmekle beraber ayrı ayrı da ortaya çıkabilirler.

TANI VE AYIRICI TANI

Ürtiker ve angioödem olgularında tanı, büyük ölçüde klinik muayene ve anamneze dayalıdır. Ani başlangıç, lezyonların hecmelerle ortaya çıkışı, karakteristik ödemli papül ve plakların görülmesi, şiddetli kaşıntı, lezyonları uzun süreli olmamaları ve şekil değiştirmeleri tanıda önemli ipuçlarıdır. Laboratuvar tetkiklerinin eozinofili varlığı dikkate alınabilir. Ayırıcı tanıda ürtikaryen vaskülit, büllöz pemfigoid, eritema multiforme, pitriyazis rosea, gebeliğin

pruritik ürtikaryen papül ve plakları (PUPPP), multipl insekt pikürleri, granuloz anulare, sarkoidoz ve deri lenfoması gibi çoğunluğunda deri belirtilerinin ürtikere göre çok daha sebatkar olduğu tablolar söz konusudur. Lezyonların 24 saatten uzun sürdüğü olgularda biopsi yapılması en uygun davranış olacaktır.

Angioödem olguları ise lokal infeksiyonlar, lenfödem ve Melkersson-Rosenthal sendromu gibi lokal ödeme neden olabilen diğer tablolara karışabilir.

Ancak ürtiker tanısı sıklıkla hasta hekime müracaat etmeden konmuştur. Akut ürtiker olgularının bir çoğunda da etken nedene ulaşmakta fazlaca güçlük yaşanmaz. Bu nedenle esas sorun olguların %70'inden fazlasında etken nedenin belirsiz kaldığı kronik ürtiker olgularında nedene yönelik yapılacak araştırmadır. Öncelikle iyi ve detaylı bir anamnez zorunlu olup gereğinde hasta yakınlarının bilgisine de baş vurulmalıdır. Dikkatli bir fizik muayene gerek tanıyı doğrulamak gerekse de altta yatan başka bir hastalığın varlığını ortaya koyabilmek için gereklidir. Sistemik bir hastalık varlığını elimine etmek için tam kan sayımı, tam idrar tahlili, kan kimyası profili, antinukleer antikorlar, dışkıda parazit tetkiki gibi laboratuvar tetkikleri ile akciğer grafisi yapılmalıdır. Bunların dışında sıcak, soğuk provokasyon testleri ve deri biyopsisi gerçekleştirilebilir.

Besinlerinin rolünün değerlendirilmesi için hasta tarafından birer birer kuşkulanan gıdalar veya genelde alerjenik olduğu bilinen gıdalar liste dışı bırakılacak şekilde bir günlük tutulur. Sonrasında provokatif testlerle alerji ortaya konabilir. Tüm ilaçlar, özellikle de aspirin ve aspirin içeren bileşikler kesilmelidir.

Ürtiker nedeninin belirlenmesinde deri testleri böcek sokmaları dışında nadiren yararlıdır. İnhalan alerjilerinin belirlenmesinde veya diyet düzelmesi ile herhangi bir sonucu varılmayan olası besin alerjilerinde denenebilir. Besin alerjileri sıklıkla IgE'ye bağlı reaksiyonlar olduklarından deri testiyle besin alerjisine bağlı bazı akut ürtikerlerin ortaya konabilmesi mümkündür. Deri testleri yaygın olarak "prick test" şeklinde gerçekleştirilmektedir. İntrakutan uygulama şeklinde gerçekleştirilen testlerin çok duyarlı kişilerde anafilaksi riski taşıdığı unutulmamalıdır.

TEDAVİ

En iyi tedavi etken nedenin saptanarak giderilmesidir. Ancak bu her zaman mümkün olamadığından ilaç tedavisi gereklidir. Ürtiker olgularında ana tedavi antihistaminiklerdir. Bunlar hedef hücrelerde histamin reseptörlerini bloke eder ve histamini yarışma yoluyla inhibe ederler. Şiddetli akut ürtiker olgularında IM uygulama çabuk etki sağlaması bakımından yararlı olacaktır. Daha sonra peroral tedaviye geçilebilir ve öncelikle sedatif etkili antihistaminiklerin tercih edilmesinde yarar vardır. Diphenhydramine, clemastine fumarate veya hidrosizin (bid/tid), en etkili ilaçlardır. Sedatif etkili antihistami-

nikler akut olgularda hastalığın neden olduğu anksiyeteyi de bir ölçüde hafifleterek ek bir yarar sağlamaktadırlar. Terfenadine, loratadine, astemizol, setrizin gibi yeni jenerasyon antihistaminikler büyük lipofilik moleküller olup proteinlere bağlanırlar ve kan-beyin seddini geçemediklerinden sedatif etkileri azdır. Bu preparatların aynı zamanda yarı ömürlerinin de uzun olması kullanımda hasta uyumunu kolaylaştırmaktadır. Özellikle hafif seyreden olgularda veya idamede ve hastanın günlük işlerinin aksamaması istendiğinde etkili preparatlardır. Siproheptadin özellikle soğuk ürtikerin tedavisinde kullanılır ve diğer antihistaminiklere (hidroksizin) kombine olarak verilebilir. Yeni jenerasyon antihistaminikler içerisinde yer alan acrivastine ise belirli bir sedatif etkiye sahip olmasına ve peroral kullanımda hızlı bir etki sağlamasına karşın etki süresi kısadır; bu nedenle sık aralıklarla tekrarlanması gerekir.

Uygulanan antihistaminik tedavisine yanıt alınmaması, yani antihistaminik başlandıktan sonra atakların devam etmesi halinde öncelikle, tedavinin önerildiği biçimde kullanılıp kullanılmadığı araştırılmalıdır. Hastaların çoğunluğu ilaçları, atakları bertaraf etmek için kullanılmaktadırlar ve bu nedenle de yalnızca ürtiker atağı olduğunda almaktadırlar. Böyle bir sorun olmadığında yine yanıtızlık söz konusu ise doz yeniden ayarlanarak artırılmalı veya kullanılan antihistaminiklerde grup değişikliğine gidilmelidir. Nadiren de olsa bazı hastalarda kullanılan antihistaminiklere karşı bile reaksiyon gelişebilmektedir.

Şiddetli akut ürtiker olgularında özellikle periorbital veya labial ödem söz konusu ise olası bir angioödem yönünden dikkatli olunmalıdır. Bu tür olgularda hastanın tedaviye başlandıktan sonra bir süre gözetim altında tutulması bir laringeal ödemin neden olabileceği tehlikeleri azaltacaktır. En doğrusu şiddetli akut ürtiker olgularında tabloya angioödem gibi yaklaşılarak tedaviye adrenalin uygulaması ile başlanmasıdır. Bu tür olgularda adrenalin 0.25-0.50 mg subkutan olarak uygulanır. Bu doz yarım saatlik aralarla yinelenebilir. Ancak hastanın kardiovasküler bir probleminin, özellikle de hipertansiyonunun olup olmadığı öncelikle araştırılmalıdır. Adrenalin uygulaması ile beraber IM olarak tek doz antihistaminik injeksiyonu da yapılmalıdır. Özellikle mukozal ödemin söz konusu olduğu olgularda 40-60 mg metil prednisolon IV uygulaması ödemin gerilemesini hızlandıracaktır.

Kronik ürtiker olgularında H1 antihistaminik tedavisine H2 reseptör antagonisti (cimetidine, ranitidine) ilavesi yararlı olabilmektedir. Özellikle hidroksizin ile cimetidine kombine edildiğinde serum hidroksizin konsantrasyonlarının belirgin derecede yükseldiği ve tedavi etkinliğinin arttığı gözlenmiştir. Bir trisiklik antidepressan olan doxepin, aynı zamanda H1 antihistaminik etkiye de sahip olup özellikle temel antihistaminikler ile kombine olarak yararlı olabilir.

İkinci planda düşünülebilecek diğer tedavi seçenekleri arasında kalsiyum kanal antagonistleri, antimalaryal ilaçlar, dapson, azathiopirin ve metotrek-

sat gelmektedir. Ancak bu preparatlar rutin uygulamada kullanılmazlar.

Akut ürtiker olgularında 1-4 günlük sistemik kortikosteroid kullanımı oldukça sık önerilirken kronik ürtikerlerde uzun vadeli sistemik kortikosteroid kullanımı tedaviye bağlı yan etkiler nedeniyle tercih edilmez. Ancak ne var ki, 0.5-1 mg/kg/gün dozlarında sistemik kortikosteroid tedavisi kronik ürtiker olgularının çoğunluğunda etkili olmaktadır. Bu nedenle konvansiyonel tedaviye yanıt vermeyen inatçı kronik ürtiker olgularında sistemik kortikosteroidler kontrollü olarak kullanılabilir. Üç haftalık bir uygulamadan sonra doz azaltılır. Remisyon sağlanacak olursa konvansiyonel yöntemlerle tedaviye devam edilir. Atakların derhal yinelenmesi halinde ise en düşük supresif doz saptanarak alterne tedaviye geçilir. Her üç ayda bir doz yine azaltılarak atakların durup durmadığı araştırılır.

Topikal kortikosteroidler, topikal antihistaminikler ve topikal anesteziğin ise ürtiker tedavisinde yeri yoktur.

KAYNAKLAR

1. Falco OB, Plewig G, Wolff HH. Dermatology. Springer Verlag, Berlin, 2000; 2. Basım: 431-452.
2. Odom RB, James WD, Berger TG. Andrews' Diseases of the Skin. 9. Basım WB Saunders Company, Philadelphia, 2000; 160-171.
3. Kaiser HB. Urticaria and anaphylaxis. Dermatology'de. Ed. Orkin M, Mailbach HI, Dalh MV. 1. Basım. Appleton-Lange, London, 1991; 415-421.
4. Tüzün Y. Ürtiker. Dermatoloji'de. Ed. Tüzün Y, Kotoğyan A, Aydemir EH. 2. Basım. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 1992; 281-291.