

Alerjik Rinit

Allergic Rhinitis

S. Güneşer KENDİRLİ

¹Prof. Dr.,
Çukurova Üniversitesi
Tıp Fakültesi,
Pediatrik
Alerji-İmmünoloji ABD,
ADANA

ÖZET

IgE aracılığı ile ortaya çıkan inflamatuvar bir hastalık olan alerjik rinit çocukluk yaş grubunda %5-9 oranında görülür, prevalans yaşla artar ve adolesanda %20 oranında görülür. Alerjik nezlede nazal akıntı, burun tikanıklığı, hışırtı ile burun ve boğazda kaşıntı bulunur. Çocuklarda klinik bulgular tipik olmayabilir. Pek çok günde 2 veya daha fazla semptomun 1 saatten fazla devam etmesi tanı için önemlidir. Alerjik rinit, okul başarısının düşmesi, dikkat dağınıklığı, konsantrasyon bozukluğu, uyku bozuklukları gibi yakınmalar ile yaşam kalitesinde bozulmalara yol açabilmektedir. Ayrıca sinüzit, seroz otit ve astım gelişmesine sebep olabilir. Alerjik nezleli kişilerde seroz otit ve buna bağlı işitme kaybı, sık anjin ve alerjik egzema da görülebilir. Alerjik rinit tanısında iyi alınan anamnez, yapılan rinoskopik muayene çok önemlidir. Anamnezin yanı sıra uygulanacak tanılal testlerin başında alerjist tarafından yapılan erken tipte deri testleri gelir. Ayrıca allerjen spesifik IgE ölçümü (RAST veya Elisa testi), nazal akıntı yaymasında eozinofil bakılması ve görüntüleme yöntemiyle sinüslerin değerlendirilmesi gerekebilir (her zaman gerekmez). Alerjik rinitin tedavisinde, alerjiden korunma, farmakolojik tedavi, spesifik immünoterapi uygulanmaktadır.

Anahtar kelimeler: Alerji, rinit, IgE, çocuk

SUMMARY

Allergic rhinitis, which is an Ig E mediated disease, is seen in 5-9% in childhood. Its prevalence increases with age and reaches 20% in adolescents. In allergic rhinitis nasal drip, sneeze, and itching in nose and throat are present. Clinical findings are not typical in childhood. Duration of symptoms longer than one hour on more than two days is important for diagnosis. Allergic rhinitis may cause decline in school success, attention deficit, concentration deficit, sleep disorders, and decline in quality of life. Furthermore, it causes sinusitis, serous otitis, hearing impairment, and allergic exama. A good anamnesis and rhinoscopic examination are important in diagnosis. Besides anamnesis, skin test which would be performed by an allergy specialist is one of the diagnostic tests. Measurement of allergen specific Ig E, RAST, or ELISA, examining eosinophil on nasal drip, and sinuse imaging may also be needed. For the treatment of allergic rhinitis protection from allergens, pharmacological treatment and specific immunotherapy are performed.

Key Words: Allergy, rhinite, IgE, child

İletişim Adresi:
S. Güneşer KENDİRLİ
Ç.Ü. Tıp Fakültesi Pediatrik
Alerji-İmmünoloji ABD,
ADANA
Tel: 0 322 338 70 94
E-mail: kendirli@cu.edu.tr

Tablo 1. Alerjik rinit semptomları ve mediyatörler

Semptom	Patolojik özellikler	Mediyatörler
Kaşınma	Duyu sinir stimülasyonu	Histamin, PCler
Nazal obstruksiyon	Mukozal ödem	Histamin, kininler, TC4, D4, E4
Hapşırma	Duyu sinir stimülasyonu	Histamin, LTC4, D4, E4
Burun akıntısı	Mukus sekresyonunun artışı	Histamin, LTC4, D4, E4
Aşırı duyarlılık	Geç faz reaksiyonu	Ekasonoidler
Konjesyon		İnflamatuvar faktörler

Alerjik rinit en sık rastlanan alerjik hastalıktır. Alerjik bünyeli kişilerde, allerjen ile karşılaşma sonu burunda akıntı, aksırık, kaşıntı ve tıkanıklık şeklinde yakınmaların olduğu hastalık tablosu allerjik nezle olarak tanımlanır (1). Alerjik rinit IgE aracılığı ile ortaya çıkan inflamatuvar bir hastalıktır. Her yaş grubunda en sık görülen kronik hastalıklardan biridir. Gelişiminde genetik, immünolojik ve çevresel faktörler rol oynamaktadır. Epidemiyolojik çalışmalar ile alerjik rinitin çocukluk yaş grubunda %5-9 oranında görüldüğü, prevalansın yaşla arttığı ve adolasyonda %20 oranında görüldüğü ortaya konmuştur (1). Rinit nedeniyle hekime başvuran hastaların %50'si alerjik olup, hastalığın yaşam kalitesi ile iş ve okul performansı üzerinde çok önemli etkileri vardır. Sık görülmesi nedeni ile yüksek tedavi maliyetleri ortaya çıkmakta ve iş gücü kaybına neden olmaktadır. Okul başarısının düşmesi, dikkat dağınıklığı, konsantrasyon bozukluğu, uyku bozuklukları gibi yakınmalar ile yaşam kalitesinde bozulmalara yol açabilmektedir. Alerjik nezleli kişilerde daha sık oranlarda astım, sinüzit, seroz otit ve buna bağlı işitme kaybı, sık anjin ve alerjik egzema görülebilir. Bu sebeple alerjik rinitli her hastanın astım gelişimi yönünden dikkatle izlenmesi gerekir. Alerjik nezleli hastaların %30-35'inde astım, astımlı hastaların %80-85'inde alerjik nezle vardır. Alerjik nezle astım için önemli bir risk faktörüdür.

Fizyopatoloji

Alerjik rinit'te olaylar allerjenin nazal mukozaya gelmesi ile başlar. Antijen sunan hücreler tarafından alınan allerjenler T hücresine sunulur ve T hücresinin Th2

yönünde farklılaşmasına ve bu hücrelerden salgılanan IL-4, IL-5 ve IL-13 aracılığı ile B hücrelerden IgE sentezine yol açar. Mast hücresi yüzeyine yüksek afiniteli IgE reseptörleri aracılığı (IgE R1) ile bağlanan bu IgE'lerin allerjen ile tekrar karşılaşması sonucu tip 1 hipersensitivite mekanizmaları aracılığı ile mediyatörlerin salınımına ve hücre infiltrasyonuna yol açar. Mast hücresi degranüle olur. Salınan primer ve sekonder mediyatörler erken ve geç alerjik reaksiyonun oluşmasına sebep olurlar (1-3). Mukozada nötrofil, eozinofil, bazofil lökosit ve lenfosit infiltrasyonu olur. Mediyatörler ve hücre invazyonu alerjik rinitin akut ve kronik semptomlarından sorumludur. Mukus yapılır, ödem, inflamasyon, vazodilatasyon ve kaşıntı olur (1-3). Alerjik rinitli hastalarda semptomların ortaya çıkış zamanı tanılacak açıdan büyük önem taşır. Perennial alerjik rinitte (PAR); semptomlar yıl boyu devam eder. Genelde ev içi allerjenler, ev tozu akarları, hayvan tüy ve

Tablo 2. Alerjik rinitin sınıflaması

İntermittan Semptomlar	Persistan Semptomlar
<ul style="list-style-type: none"> • haftada 4 günden az • veya 4 haftadan az 	<ul style="list-style-type: none"> • haftada 4 günden fazla • veya 4 haftadan fazla
Hafif Semptomlar	Orta-Ağır Semptomlar
<ul style="list-style-type: none"> • uyku normal • günlük aktiviteler, spor, eğlence normal • okul veya iş normal • rahatsız edici semptom yok 	<ul style="list-style-type: none"> • uyku anormal • günlük aktiviteler, spor, eğlence bozuk • okul veya işte problem var • rahatsız edici semptom var

salgıları ve mantar sporları sorumlu allerjenlerdir. Mevsimsel alerjik rinitte (MAR); semptomlar bahar aylarında görülür. Rüzgarla polenini atan ot, yabancı ot veya ağaç

Tablo 3. Alerjik rinitin ayırıcı tanısı

- Non alerjik eozinofilik rinit
- Nazal enfeksiyonlar
- Vazomotor rinit
- Mekanik faktörler
- Kistik fibrozis
- Granülamatöz hastalıklar
- Serebrospinal rinore
- Rinitis mediko mentoza
- Konjenital anomaliler
- Tümörler

polenleri ile oluşur. ARIA sınıflamasında (Tablo 2) alerjik rinit intermitant ve persistan olarak sınıflandırılmaktadır. Hastalığın derecesine göre hafif veya orta-ağır olarak derecelendirilmektedir.

KLİNİK

Nazal akıntı, burun tıkanıklığı, hışırcık ile burun ve boğazda kaşıntı hastalarda bulunan 4 kardinal bulgudur (1, 4). Pek çok günde 2 veya daha fazla semptomun 1 saatten fazla sürmesi tanı için önemlidir (Şekil 1). Hastaların yakınmaları genelde sabahları olur.

Fizik incelemede, nazal mukoza soluk mavi renktedir. Sekresyonun özelliklerinde tanı da yardımcıdır. Alerjik rinitte tipik olarak sekresyonlar renksiz ve düşük viskozitedir. Sürekli burun silinmesine bağlı nazal çizgilenmeler olabilir. Göz alt-

larında alerjik parlı olarak adlandırılan koyu renkli haleler vardır. Hastalar sürekli burunlarını avuç içleri ile silerler ve buna da alerjik selam denir. Alerjik inflamasyon nazal havayolunda sınırlı değildir. Hastalarda beraberinde astım, sinüzit, konjonktivit, nazal polipozis ve otitis media bulunabilir (1-4).

Tanı-Ayırıcı Tanı

Alerjik rinit ayırıcı tanısında düşünülecek durumlar Tablo 3'te verilmiştir. Alerjik rinit tanısında iyi alınan anamnez, yapılan rinoskopik muayene çok önemlidir. Hikayenin yanı sıra uygulanacak tanılal testlerin başında alerjist tarafından yapılan erken tipte deri testleri gelir. Ayrıca alerjen spesifik IgE ölçümü (RAST veya Elisa testi), nazal akıntı yaymasında eozinofil bakılması ve görüntüleme yöntemiyle sinüslerin değerlendirilmesi gerekebilir (her zaman gerekmez). Nezle ile hekime başvuran hastaların yarısı alerjik nezle olmasına karşın ayırıcı tanıda Eozinofilik non alerjik rinit ve vazomotor rinitle ayırım yapılmalıdır. Çocukluk yaş gurubunda enfeksiyon sık tetiklediği için enfeksiyöz yineleyen rinitlerde dikkatli olunmalıdır.

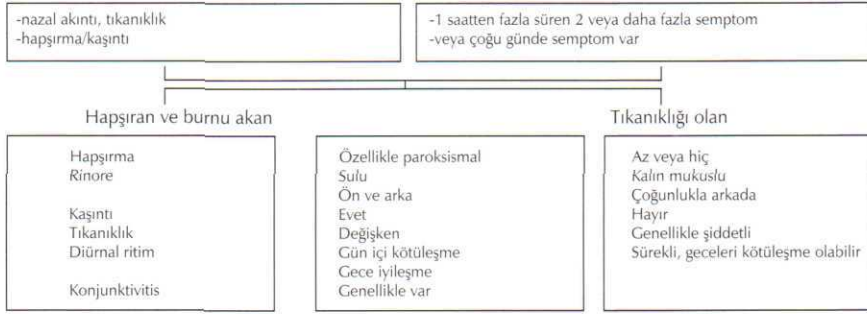
Tedavi

Alerjik rinitin tedavisi ana hatları ile, alerjenden korunma, farmakolojik tedavi, spesifik immünoterapi, eğitim ve

Tablo 4. Alerjik rinit tedavisinde kullanılan ilaçların semptomlar üzerine etkileri

	Hışırcık	Rinore	Nazal obstruksiyon	Nazal kaşıntı	Göz
H1 antihistaminik					
Oral	++	++	+	+++	++
İntranazal	++	++	+	++	0
İntraoküler	0	0	0	0	+++
Steroidler					
İntranazal	+++	+++	+++	++	++
Kromolinler					
İntranazal	+	+	+	+	0
İntraoküler	0	0	0	0	++
Steroidler					
İntranazal	+++	+++	+++	+++	+++
Antikolinerjikler	0	++	0	0	0
Antilökotrienler	0	+	++	0	++

Şekil 1. Rinitin değerlendirilmesi ve sınıflama

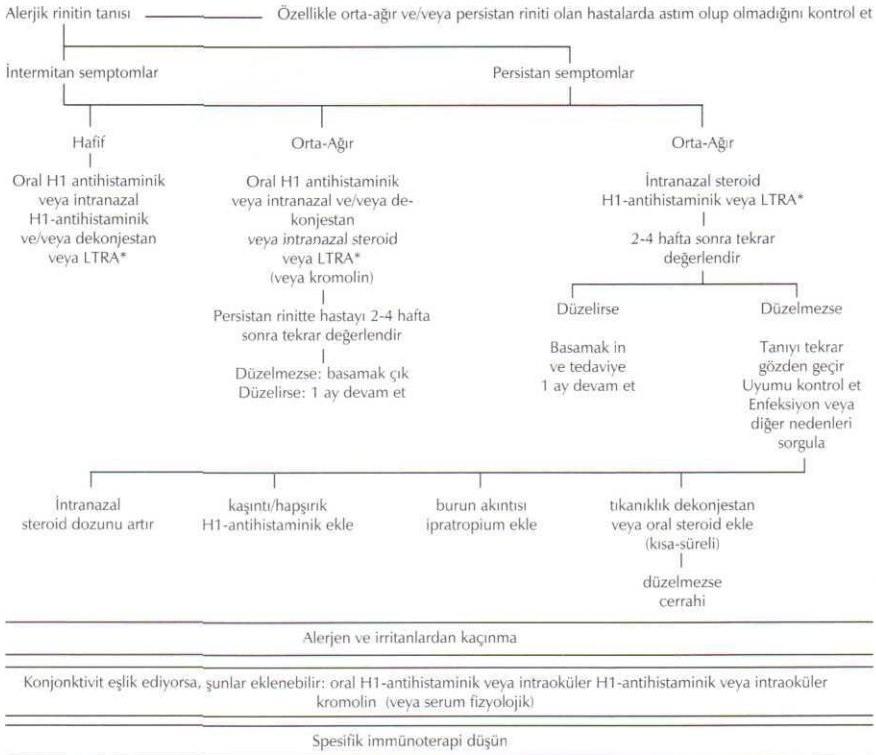


cerrahidir (1, 4). Uygulanacak tedaviyi semptomların zamanı ve şiddeti belirler. Alerjik rinit tedavisinde temel prensip yapılabiliyorsa sorumlu alerjenden sakınma önlemlerinin uygulamasıdır. Bu özellikle PAR olgularının çoğundan sorumlu olan

ev tozu akarları alerjisi için geçerlidir ve çocuklarda korunmanın önemli olduğunu gösteren yayınlar vardır (5).

Alerjik rinitteki ilaç tedavisi genellikle kombine ilaç kullanımı şeklindedir (1, 4). İlk seçilecek ilaçlar genellikle antihistaminikler-

Şekil 2. Alerjik rinit tedavisinde izlenecek yol



Not: Önerilen tedavi basamaklarının hiçbirinde tercih sırası gözetilmemiştir.

* özellikle astımlı hastalarda

dir. Antihistaminikler topikal veya sistemik kullanılabilirler ve özellikle akıntı, kaşıntı ve hapşırma gibi yakınmaları gidermede etkilidirler. Ancak nazal tıkanıklığı gidermede etkileri zayıftır. Konjesyonu önlemede antihistamininin yetmediği durumlarda topikal veya sistemik dekonjestanlar kullanılabilir. Ancak bunların uzun süre kullanılmasının rinitis medikamentozaya neden olabileceği de unutulmamalıdır (Tablo 4).

Kronik semptomların varlığında antihistaminiklerin yetmediği durumlarda antiinflamatuvar ilaçlar kullanılır (1, 4, 6, 7) (Şekil 2). Bunlar topikal kromolonlar (kromolin sodyum ve nedokromolin) ve kortikosteroidlerdir. Kromolonların temel avantajı bilinen bir yan etkilerinin olmamasıdır. Ancak bunların antiinflamatuvar etkilerinin zayıf olması ve sık kullanım (günde 4 kez) gereği dezavantajlardır. Topikal kortikosteroidler ise bilinen en güçlü antiinflamatuvar ilaçlardır. İstenmeyen yan etkilerin oluşması (sistemik absorpsiyonu nedeni ile) olasıdır. Ancak bu yan etkiler doza bağlıdır. Klinik olarak semptomu kontrol altında tutan dozlarda bu yan etkiler pek görülmez. Son zamanlarda Alerjik rinit tedavisinde kullanılmaya başlanan bir diğer ilaç ise lökotrien antagonistlerdir. Özellikle astım ile birlikteliğinde tercih edilebilecek bir ilaçtır.

Alerjik rinit tedavisinde kullanılan bir diğer tedavi yöntemi de immünoterapidir. Korunma önlemlerine ve ilaç tedavisine rağmen semptomların kontrol altına alınmaması durumunda ve beraberinde astımın varlığında kullanılması gerekir. Ayrıca farmakoterapiyi istemeyen hastalarda, farmakoterapi istemeyen yan etkiler oluşturduğunda veya uzun süre farmakoterapi almak istemeyen hastalarda immünoterapi endikedir. Ancak bu tedavinin uzman alerjistler tarafından başlanması gerekir (1, 4). Antiİge (Omalizumab)'ın alerjik nezlede etkin olduğu gösterilmiştir. Ağır astımı olan hastalarda kullanılabilir (8). Alternatif tıbbın alerjik nezlede etkinliğini gösteren yayın yoktur (9).

KAYNAKLAR:

1. Howarth PH. Allergic and non-allergic rhinitis. In Middleton Adkinson NF, Yunginger JW, Busse WW et al. (edits): Allergy principles and practice Vol II. 6. ed., Mosby Company; 2003: p.1253-1289.
2. Baraniuk JN. Pathogenesis of allergic rhinitis. J Allergy Clin Immunol 1997; 763-72.
3. Naclerio RM. Pathophysiology of perennial allergic rhinitis. Allergy 1997;52 (suppl):7-13.
4. Bousquet J, Cauwenberge PB, Khaltaev N, et al. Allergic rhinitis and its impact on asthma: ARIA workshop report. J Allergy Clin Immunol 2001; 108: 147.
5. Custovic A, vanWick RC. The effectiveness of measures to change the indoor environment in the treatment of allergic rhinitis and asthma: ARIA update (in collaboration with GA2LEN). Allergy 2005; 60: 1112-1115.
6. Howarth PH. A comparison of the anti-inflammatory properties of intranasal corticosteroids and antihistamines in allergic rhinitis. Allergy 2000; 62: 6-11.
7. Allergic rhinitis and its impact on asthma workshop report. In collaboration with the World Health Organization, GA2LEN, And Allergen. ARIA At- A- Glance Pocket Reference 2007.
8. Bousquet J, Cauwenberge PB, Ait Khaled N, Bachert C et al. Pharmacologic and anti-IgE treatment of Allergic rhinitis ARIA update (in collaboration with GA2LEN)Allergy. 2006; 61: 1086-1096.
9. Passalacqua G, Bousquet PJ, Carlsen KH et al. ARIA update:-i-Systemic review of complementary and alternative medicine and asthma. J Allergy Clin Immunol 2006;117:1054-1062.