

Aramıza Hoş Geldiniz

İstanbul Dişhekimleri Odası'na Temmuz-Ağustos aylarında üye olan meslektaşlarımıza "Aramıza hoş geldiniz" diyoruz.

Dişhekimî Ömer Alp

Dişhekimî Gözde Atalı

Dişhekimî Gökhan Atasoy

Dişhekimî Sarpırat Aydın

Dişhekimî Hasan Serhat Aydılek

Dişhekimî Emrah Aydoğdu

Dişhekimî Sadı Bilgüvar

Dr. Dişhekimî Gül Burcu Büyükbayram

Dişhekimî Yeliz Çakmakçioğlu

Dişhekimî Anıl Çetin

Dişhekimî Özge Dinç

Dişhekimî Gökçe Dönmez

Dişhekimî Caner Duvacı

Dişhekimî Ersungül Er

Dişhekimî Memduh Erkul

Dişhekimî Halil Sedat Erkut

Dişhekimî Kadir Mustafa Evcıman

Dr. Dişhekimî Betül Göfteci

Dr. Dişhekimî Neşe Gönül

Dişhekimî Müge Güler

Prof. Dr. Bahar Gürsoy

Dişhekimî Hüsamettin İçer

Dişhekimî Sibel Kayaaltı

Dişhekimî Nurhan Kıyıcıoğlu

Dr. Dişhekimî Nazlı Menemencioğlu

Dişhekimî Meliha Arzu Onar

Dişhekimî Ahmet Örgen

Dişhekimî Merve Sarı

Dişhekimî Hasan Onur Sorkun

Dişhekimî Sema Sönmez

Dişhekimî Emine Şahin

Dişhekimî Sünger Şahin

Dişhekimî Emine Taş

Dişhekimî Melis Ece Üstel

Dr. Dişhekimî Sınem Yeşil Işık

Dişhekimî Zeynep Yılmaz

Dişhekimliğinde allerjik reaksiyonlar ve anafilaksi*



Prof. Dr. Nermin Güler

İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Alerjisi
ve Akciğer Bilim Dalı Başkanı
nerminguler@yahoo.com

Anafilaksi, erken tip aşırı duyarlılık reaksiyonunun en ağır klinik formu ve en önemli tıbbi acillerinden birisidir. Önceden tahmin edilemeyen, ani başlangıçlı, hızlı seyirli ve bazen ölümle sonuçlanabilen bir tablodur. Anafilaksi tüm sistemleri etkiler. Havayolu obstrüksiyonu ve vasküler kollapsla dakikalar içinde ölümle sonuçlanabilir. Çoğu hastalıkta hekimlerin düşünme, araştırma ve sonra karar verme gibi bir şansı varken, anafilakside hiçbir hekimin böyle bir şansı yoktur. Hızlı ve doğru müdahale hayat kurtarıcı olduğu gibi, gecikilmiş, hatalı ve eksik müdahaleler hastanın hayatını kaybetmesine neden olabilir. Dişhekimleri enjeksiyon yapılan her tedavi ortamında anafilaksi tedavisi ya-

şılabilecek gerekli ilaç ve malzemeleri bulundurmamak zorundadır. Aynı zamanda müdahaleyi yapacak bilgi ve becerilerini de güncellemeleri gerekmektedir. Tedavide kullanılan lokal anestezi ilaçlarına bağlı yaşanabilecek anaflaktik şok çok nadir olsa da böyle bir tablo meydana geldiğinde dişhekimî zamanında müdahale etmezse, şok tablosunu takiben hastanın hayatını tehdit eden bir durum ortaya çıkar. İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Alerjisi ve Akciğer Bilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Nermin Güler ile dişhekimliğinde lokal anestezi ilaçlara karşı oluşan allerjik reaksiyonları ve acil müdahale yöntemlerini konuştuk. Sayın Hocamıza bize zaman ayırıp aydınlattığı için teşekkür ederiz.

*Bu söyleşide sorulan sorular e-dishekimi.com adlı web sitesine üye dişhekimlerinin katkılarıyla hazırlanmıştır. Katkı sunan meslektaşlarımıza teşekkür ederiz.



Yayına Hazırlayanlar:

Güler Gütekin
gulerdent@hotmail.comDişhekimi Önder Çalışkan
ondercaliskan@hotmail.comDişhekimi Özlem Batır Havza
ozlatur@msn.com

Dişhekimi hastasının şoka girmesi halinde ne yapması gerektiğini hem vicdanen hem de hukuken bilmek, hatta yardımcısını da bu konuda yetiştirmek zorundadır. Dişhekimi bir anafilaksi durumunda kullanacağı tüm ilaçları bulundurmalı, bunları zaman zaman kontrol etmelidir. Bir anafilaksi durumunda kullanacağı ilaçların neler olduğunu bilmelidir.

Dişhekimliği tedavilerinde lokal anestezi ilaçlara karşı oluşan alerjik reaksiyonlar ne kadar sıklıkla yaşanıyor?

Dişhekimliğinde kullanılan lokal anestezi ilaçlara karşı olan reaksiyonların çoğu gerçek alerjiler değildir. Gerçek alerjilere son derece nadir rastlanır ama olmaz diye bir şey yok. Her an, bir hastada alerjik reaksiyon başımıza gelebilir. Bu tip reaksiyonlar sık görülmediği için dişhekimleri ve sınırlı uyuşturma uygulayan sünnetçiler, diğer lokal müdahalelerde bulunan hekimlerle, yardımcı sağlık personeli sahte bir güven içerisinde huzurla çalışırlar. Bu tür alerjiler çok nadir oluyor ama bir sefer oluveriyor. Onun için lokal anestezi uygularken dikkatli olmak, kime ne yapacağımızı bilmek ve her hastada başımıza bir şey geleceği gibi de hazırlıklı olmak zorundayız.

Ne tür reaksiyonlar görülebilir? Bunlar alerji belirtisi midir?

Lokal anesteziklerde değişik reaksiyonlar görülüyor. Fenalaşma, bayılma kötüleşme gibi. Hastalarda görülen pek çok reaksiyonun çoğu gerçek alerji değildir. Hastaların çoğunda meydana gelen korkudan kaynaklı reaksiyonlar, bayılmalar, bazı baş dönmeleri, baş ağrıları hatta bazı tuhaf hisler ilacın kendi doğal etkileri de olabilir. Ve çoğunlukla gördüğümüz bu tip reaksiyonlar gerçek bir alerji olmadığı için de şanslıyız. Çünkü gerçek alerji, "anafilaksi" dediğimiz bu tür şok, çok önceden tüm önlemlerin alınmasına ve tüm ekibin deneyimine rağmen, kurtarılması güç, maalesef öldürücü olabilen, ağır, ciddi bir reaksiyondur.

Peki, biz gerçek anafilaktik şokun kimde,

nasıl ortaya çıkacağını önceden bilip önlemimizi alabilir miyiz?

Esas problem de bu: Öyle ki, bazı insanlarda ipucu verebilir. Daha önce lokal anestezi sırasında alerjik reaksiyon yaşayan kişiler en büyük riski taşımaktadır. Ayrıca, başka ilaçlara alerjisi olan hastalar (örneğin daha önce antibiyotik kullanımına bağlı bir döküntü olmuş, bir bayılma yaşamış, daha önce ameliyat olmuş, anestezi dokunmuş) en riskli gurubu oluştururlar. Böyle bir ipucu varsa, yani bir insan hayatında herhangi bir ilaca bir kez dahi alerjik bir reaksiyon yaşadığıysa o insana herhangi bir dişhekimliği müdahalesinden önce test yapmak usuldendir. Bu test sadece riskli hastalara yapılır. Bu test herkese yapılmak zorunda değildir.

Neden herkese yapılmak zorunda değildir?

Çünkü güvenilir olmayan bir test olduğu için negatif de çıksa, herhangi bir reaksiyon dişhekimi arkadaşımızın başını belaya sokabilir. Ancak riskli kişilerde, test pozitif çıkarsa bu durumda hastayı başka seçeneklere yönlendiriyoruz. Ayrıca, negatif çıksa bile hastada gene de anafilaktik reaksiyon meydana gelebilir. Testi "siyah veya beyaz" olarak yorumlamamak gerekir, yorumu yapan kişi de uzman olmalıdır. Test negatif çıksa dahi hasta riskliyse provokasyon dozlarımız var. Hastaya provokasyon dozumuzu veriyor ve onu alerji uzmanı-



nın eşliğinde daha güvenilir bir şekilde dişhekimine teslim ediyoruz.

Peki, herkese yapsak ne olur?

Herkese yapsak da reaksiyonların bir kısmı antikorlara bağlı değildir. Dolayısıyla, yaptığımız deri testi negatif çıkabilir. Hastaya yaptığımız test negatif çıksa bile, eğer hastanın lokal anesteziyle veya başka ilaçlarla ilgili alerji öyküsü varsa diyorum ki, bu nedenle bu test güvenilir değildir. Yani testi yüzde yüz risk gösterici bir araç olarak kabul etmemek gerekir. Çünkü "anafilaksi" terimini antikorla bağlı ağır bir şok olarak tanımlıyoruz. Bir de anafilaksiye benzeyen anafilaktoid reaksiyonlar vardır. Anafilaktoid reaksiyonlar antikorsuz, doğrudan doğruya hücrelerin içindeki şoka sürükleyici maddelerin kana salgılanmaları sonucu ortaya çıkan bir durumdur. Onu maalesef deri testleriyle önceden tespit etmemiz mümkün değildir.

Alerji deri testlerini kimler yapar, dişhekimleri alerji deri testi yapabilir mi?

Alerji testlerinin her hangi bir yerde, her hangi bir kişi, bir dişhekimi tarafından da yapılması doğru değil. Çünkü alerjide miktar mühim değildir. Test yaparken verdiğiniz mikro dozlarda hasta, gerçek antikora bağlı alerjisi veya anafilaksiye eğilimi varsa aniden şoka girebilir. Onun için bu testlerin tam teşekküllü bir hastanede, deneyimli bir ekip tarafından yapılması ve de yorumlanması gerekir. Burada da büyük eksikliklerimiz var. Dişhekimi arkadaşlarımız hastanın koluna hemen yapılarak uygulanan testte nadir de olsa dokuya yapılmış kadar ağır reaksiyonlarla karşılaşabilirler.

Peki, kimlere test yapılmalı?

Belirli kişilere test yapmak şarttır. Çünkü onlarda antikora bağlı reaksiyon olabilir. Daha önceki bir müdahale sırasında şüpheli de olsa bir reaksiyon veya fenalaşma yaşamış kişilere ayrıntılı testler yapmak şarttır. Ayrıca, başka ilaçlara reaksiyon vermiş sabıkalı bir grup vardır ki, bu gruba da mutlaka test yapılmalıdır. Fakat bir grup hasta vardır ki, daha önce bu ilacı almamış veya defalarca almış,



hiçbir şey olmamış. Bu tür hiç alerji hikâyesi olmayan hastalara test yapmaya gerek yoktur. Eğer hasta daha önce çok ciddi lokal anestezi problemi yaşadıysa bir gece yatırarak test yapıyoruz. Bir gece ilacı cilde dokundurmakla başlıyor ve devam ediyoruz. Bununla birlikte penisilin, ağrı kesici gibi ilaçlarla alerjisi gelişmiş, ancak hayatında lokal anesteziyle hiç problemi olmamış olana da test yapıyoruz. Onlara daha rutin bir test yapıyoruz.

Çocuklarda yumurta ve çilek alerjisi var örneğin; bu durumlarda size yönlendirmiyoruz değil mi?

Hayır, çünkü bu durum gıda alerjisine girer. Gıda alerjisi olanın illa ilaç alerjisi olacak diye bir şey yok.

Bir hasta on defa dişhekiminde anestezi yaptırdı, hiçbir şey olmadı. On birincide olabilir mi?

Evet, olabilir. Böyle penisilin ve türevleriyle ilgili çok deneyimimiz var. Çok şükür dişhekimliğinde böyle vakalarımız çok nadir, yok gibi bir şey. Bir iki tane var. Örneğin: Hasta on gün penisilin iğnesi oluyor, on birinci gün aniden şoka giriyor. Bir gün önce değil test yapmak iğnenin kendisini yaptığınızda hastaya hiçbir şey olmayabilir. Bu bizi bir fikre götürüyor: Her dişhekimini, her hastası için sanki şoka girecekmiş gibi, her türlü duruma hazır olmalıdır.

“On sefer verdiniz on birincide oldu” diye Penisilin örneğini verdiniz. Konunun netleşmesi için soruyoruz; aynı durum lokal anestezilerde de geçerli midir?

Bütün IgE'ye, antikora bağlı olan alerjilerde, ilaçla tekrar tekrar karşılaşmalar sonucunda antikörlerin kamçılanması nedeniyle reaksiyon meydana gel-



mesi mümkündür. Hiçbir ilaç, hiçbir zaman hele de parenteral yoldan alerji yönünden tam güvenilir değildir. Hastada o zamana kadar reaksiyon olmamış olması hiçbir şey ifade etmez. Sık sık tekrarlayan uygulamalar antikör sentezine eğilimi olan ve atopik bünyesi olan hastalarda reaksiyona neden olabilir. Hasta 50 kere geliyor, yapıyor ama bir seferinde artık böyle bir olay yaşanabilir.

Dişhekimini neleri bilmeli ve hangi önlemleri almalıdır?

Dişhekimini hastasının şoka girmesi halinde ne yapması gerektiğini hem vicdanen hem de hukuken bilmek, hatta yardımcısını da bu konuda yetiştirmek zorundadır. Dişhekimini bir anafaksi durumunda kullanacağı tüm ilaçları bulundurmalı, bunları zaman zaman kontrol etmelidir. Bir anafaksi durumunda kullanacağı ilaçların neler olduğunu bilmelidir. Örneğin: Adrenalinin dozunu bilmelidir, hastanın yaşına göre dozu nedir? Hastanın durumuna göre nasıl uygulanır? Tüm bunları bilmelidir. Dişhekimini arkadaşlarımıza bir çekmece yapmasını tavsiye ediyorum. O çekmecede adrenalin, değişik boyda enjektörler, damar yolu açmak için değişik boylarda anjiyo katlar, damardan vermek üzere fizyolojik bir sıvı serum buldursunlar. Aslında solunum yetersizliği durumunda hastayı entübe etme becerisini her hekimin öğrenmesi gerekir. Bir entübasyon seti bulundurulması bazen hayat kurtarıcı olabilir.

Dünyada Laringeal hava yolu maskları anafaksi tedavisinde önerilmektedir. Küçük bir kanül şeklinde, doğrudan larenksin içine girip hastanın dilini yakalyorsunuz, çekiyorsunuz ve ters çevrilmiş

bir kaşık gibi onu içeriye larenksin üstüne kadar, gidebildiği yere kadar sürüklüyorsunuz. Çok basit bir beceri, bu beceriyi herkes elde edebilir. Daha sonra Laringeal Maskı takıp oradan oksijen veriyorsunuz.

Merak ediyorum bugün kaç dişhekiminin muayenehanesinde oksijen tüpü, adrenalin var? Kaç dişhekiminde intravenöz sıvı takacak beceri ve o anda kendisine soğukkanlılıkla yardımcı olabilecek eğitilmiş yardımcı personeli var? Bunlar çok önemli, ayrıca yasal olarak da zorunlu. Diyelim ki bir hastaya bir şey oldu, ki bu da bir kaddedir. Aslında hasta tedaviyi kabul etmekle her türlü yan etkiyi de kabul etmiş oluyor. Görünmeyen bir sözleşmedir bu ama bize hem kanunen hem de ahlaken düşen görevler var. Bize düşen görevlerden bir tanesi hastayı çok iyi sorgulamaktır. Sorgulamada hiçbir risk tespit edilmeyen hastalara müdahalemizi yapabiliriz. Dişhekimini her gelen hastaya test yapacak diye bir kural yoktur. Dünyada da böyle bir uygulama yok zaten.

Hastada hiçbir risk yoksa anesteziyi yapıyoruz. Diyelim ki, öngörülemez bir reaksiyon oldu. Defalarca aldığı halde oldu veya daha önce hiç almamıştı ve antikora bağlı olmadan gelişti, dişhekimini arkadaşımız yasal olarak müdahale etmek zorundadır. Dişhekimini arkadaşımızın atması gereken ilk adım ve kendisini adli tıpta aklayacak olan şey hastaya derhal oksijen vermek ve adrenalin yapmaktır. Bundan sonraki adım daha ileri tıbbi destek arama gayreti olmalı, daha büyük ve yoğun bakımı olan bir merkeze sevk etmeye hızla gayret edilmelidir.

Adrenalinin dozunu nasıl hesaplayıp nasıl kullanacağız?

Adrenalin kilo başına hesap ediliyor. Binde birlik adrenalin preparatından kullanıyoruz. Maksimum 0,3 mililitre kullanıyoruz. Bu aynı zamanda 0,3 miligramdır. Küçük çocuklar için kilo başına hesap etmek lazım. Ayrıca piyasadaki Adrenalin prepa-

ratları tek tip değil. Hepsi binde birlik değil. Binde birliğin 1/2'liği, 1/4'lüğü var.

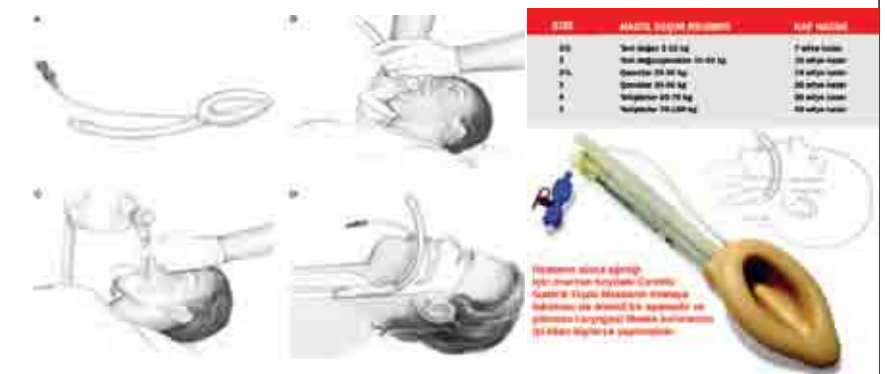
Adrenalin kullanımını röportajla öğrenilecek bir uygulama değil. Dişhekimini bu konuda eğitim almalı, kaç kiloda ne kadar doz yapması, hangi enjektöre çekmesi gerektiğini öğrenmelidir. Adrenalin kullanmadan önce emek verip antrenman yapmalı, deneyim kazanmalıdır.

Dişhekimini önceden kendisine bir hareket planı yapmalıdır. Olay anında, o telaşla Adrenalin uygulayabilme imkânı yok. Ancak ilk aşamada eğitimini tamamlayana ve özgüvenini kazanana kadar hastaya enjekte etmeye hazır vaziyette Adrenalin preparatlarını yurtdışından getirebilir. Bunların kullanım ömürleri 1 yıldır. Her yıl 1 tane getirebilir.

Hazır preparatlar nelerdir? Nasıl kullanılır?

Epipen ve Twinject var. Hazır preparatlar Amerika'da Epipen adıyla, Almanya'da Fastject adıyla, Fransa'da ise Anapen adıyla satılıyor. Hepsi birbirinin muadilidir. Reçeteyle satılıyorlar. Amerika'da Türk hekimlerin yazdığı reçete geçerli değil, Avrupa'da ise geçerlidir.

Epipen'in kullanımı diyabetiklerin kullandığı gibi iki türüdür. 0,15 mg'lık Epipen junioru 30 kilo-



nun altındaki hastalar için kullanıyoruz. 30 kilonun üzerindeki hastalar için normal Epipen kullanıyoruz. Bunların kullanımı hekime kolaylık sağlar. Epipen'in 0,3 miligramlık olanı vardır, büyükler için maksimum dozdur.

Kullanımı çok basittir. Anafaksi durumunda hastaya yatırılarak ayaklarını biraz havaya kaldırıp

T. C. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Pediatrik Allerji ve Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı	ANAFLAKSİ ACİL EYLEM PLANI
---	-----------------------------------

Adı Soyadı : _____ Yaş : _____

Alerjisi Olduğu Durum: _____

Astım Var (ciddi reaksiyon için yüksek risk) Yok

Anaflaksi dışında diğer sağlık problemleri: _____

Kullanmakta olduğu ilaçlar: _____

ANAFLAKSİ BELİRTİLERİ ŞUNLARDIR :

AĞIZ	kaşıntı, dudakların ve/veya dilin şişmesi
BOĞAZ*	kaşıntı, sıkışma/kapanma, ses kısıklığı
DERİ	kaşıntı, kızarıklık, şişme, kurdeşen
BARSAK	kusma, ishal, kramp tarzı ağrı
AKCİĞER*	nefes darlığı, öksürük, hışıltı
KALP*	nabızda zayıflama, baş dönmesi, kendinden geçme

Sadece birkaç belirti olabilir. Belirtilerin şiddeti hızla değişebilir.
*Bazı belirtiler hayatı tehdit edici olabilir! HIZLI HAREKET EDİN!

NELER YAPILMALI:

1. UYLUĞA EPİNEFRİN YAPIN (birini seçiniz): EpiPen Jr (0.15 mg) Twinject 0.15 mg
 EpiPen (0.3 mg) Twinject 0.3 mg

Diğer ilaçlar/dozları/veriliş yolu: _____

ÖNEMLİ: ASTIM SPREYLERİ VE ANTİHİSTAMİNİKLER ANAFLAKSİDE KULLANILMAMALI!

2. 112'Yİ ARAYIN (YAKINLARI ARAMADAN ÖNCE)

3. ACİL DURUMDA ARANACAK YAKINI 1: ev: _____ iş: _____ gsm: _____
ACİL DURUMDA ARANACAK YAKINI 2: ev: _____ iş: _____ gsm: _____
ACİL DURUMDA ARANACAK YAKINI 3: ev: _____ iş: _____ gsm: _____

EPİNEFRİN VERMEK İÇİN TEREDDÜT ETMEYİN!

YORUMLAR: _____

Doktor imzası/tarih

Anne ya da babanın imzası (18 yaşından küçükler için)/tarih

J Allergy Immunol 1998;102:173-176 ve J Allergy Immunol 2006;117:367-377'den adapte edilmiştir.

hemen oksijen verilmelidir. Her muayenehanede mutlaka oksijen tüpü olması gerekir. İkinci adımda EpiPen'i eline alıp kapağını açtıktan sonra bacağın uyluk yan yüzeyinden bastırarak tık sesini duyacak, bir injeksiyon süresi kadar bekledikten sonra aleti geri çektiğinde iğnenin çıkıp çıkmadığını kontrol edecektir. İnjesiyon kas içine olmalıdır.

Bir de Twinject var. EpiPen'in muadilidir. Twinject'te çift doz vardır. Vuruyorsunuz, baktınız hasta kötüye gidiyor. Nakil sırasında bir tane daha vurmanız lazım. Tek doz yeterli olmayabilir. İki doz da yeterli olmayabilir. Ölümün çok büyük kısmı ilk 20 dakikada gerçekleşir. O nedenle hekimin fazla hareket etme, fazla düşünme şansı olmaz. Dişhekimi önceden bu deneyimi kazanmadıysa ve kendisine bir hareket planı yapmadıysa gerçek bir anaflakside hastanın kurtarılması çok zordur. Hastaya sadece adrenalin vermek yeterli değildir. Hastanın kurtulması için oksijen vererek adrenalin yapmak, hastayı uygun pozisyonda tutmak, bu arada daha ileri sağlık desteği beklemek ve bu arada deneyimli bir yardımcıyla birlikte damar yolunu takmaya çalışmak dişhekimine adli anlamda da avantaj sağlar.

Adrenalin maksimum kaç doz yapabiliriz?

Beş-on dakika arayla, hasta kötüye gidiyorsa yapabilirsiniz. Bu arada daha ileri bir destek aramak için azami gayret gösterilmelidir. Hastaya damardan adrenalin vermek çok tehlikelidir. Eğer hastayı

EPİPEN REÇETESİ

15-30 kg arası çocuklara yazılacak reçete:

Rp
EpiPen junior 0,15 mg (adrenalin autoinjector) (for emergency use only)

Yetişkinlere yazılacak reçete:

Rp
EpiPen 0,3 mg. (adrenalin autoinjector) (for emergency use only)



intramüskülerle kurtarıyorsanız intravenöz adrenalin çok risklidir. Ciddi bir monitörizasyon ve iyi bir kardiyolog olmaksızın yapıldığında miyokarda ağır ritim bozuklukları yaparak hastayı öldürebilir.

Orta düzeyde gelişen alerji tablosunda bunu kullanmak risk olur mu?

Hayır, kullanılabilir. Bunu aileler, tıp mensubu olmayanlar bile kullanabilir. Ancak şöyle bir risk olabilir: adrenalin ciddi bir ilaçtır. Çocuklarda yan etkileri daha azdır. Ancak koroner arter hastalığı olan kalp hastalarında gereksiz yere vurulmamaıdır. Hastanın hayatını kurtaracaksa elbette yapılmalıdır. Ancak Adrenalin koroner arter hastalığı ve hipertansiyonu olan hastalarda ağır reaksiyonlar yapabilir. Bu uygulamalarda çocuklarda pek yan etki görmüyoruz. Çünkü çocukların kalpleri körpe, sağlam ve tansiyonları pek yok. Çocuk yaş grubunda şanslıyız ama erişkinlerde risk fazladır. Düşünün ki, hasta obez bir kalp hastası ve hipertansiyonu var. Adrenalin hastanın hayatını kurtaracaksa risk göze alınabilir.

Gerçek öldürücü anaflaksi reaksiyonunun belli bir yüzdesi var mı?

Gerçek anaflaksi çok çok nadirdir. Temasla (Alerjik Kontakt Dermatit*) olan kızartı ve kabartılar daha sık yaşanmaktadır. Yani onun değdiği yerde dil, dudak, çene boyun şişliği gibi lokal reaksiyonlar meydana gelir. Lokal anestezide hafif ürtiker reaksiyonlar daha sıktır, bunlar öldürücü değildir. Bu tip vakaları gördüğümüzde Adrenalin kullanmaya gerek yoktur



Hangi belirtiler anafleksinin ilk semptomları olabilir?

Hastada fenalaşma hissi, bulantı, kusma, çarpıntı ve deride ateş basması ya da ürtiker tarzında döküntülerin çıkması ilk uyarıcı bulgular olabilir. Bunu takiben ortaya çıkabilen çok değişik bulgular tüm organlara ve sistemlere ait olabilir. Hastanın solunumu zorlaşıyorsa, dili büyüyorsa, dudakları kaşınıyorsa, tansiyonu düşüyorsa, çarpıntı hissediyorsa o zaman riskli bir durumla karşı karşıyayız demektir.

Adrenalinin inhalasyon yoluyla alınacağı durumlar var mı?

Türkiye'de adrenalinin inhalasyon yoluyla verilmesi için ruhsat yoktur. Ancak çok acil durumda adrenalinin kas içine vurduktan sonra hasta ölüme gidiyorsa inhalasyon yoluyla verilebilir. Hastaya adrenalin yaptık, buna rağmen hasta nefes almıyor, 112 acil daha gelmemiş, oksijen vermeye çalışıyorsunuz. Bu durumda artık hayat kurtarıcı olarak verilebilir. Özellikle bronş spazmı gelişen ve nefes almada güçlüğü olan hastalara kullanmak üzere adrenaline benzer etkileri olan salbutamol bulundurulmalıdır. Bu preparat inhalasyon yoluyla her zaman verilebilir. Bazen de damar yolunu bulamayınca ya da damardan vermenin riskleri göz önüne alınarak hastanın durumu çok kötüye git-tiyse dilaltına da adrenalin boşaltılabilir. Oradan da kısmen dolaşıma gider.

Alerji tablosuyla karşılaştığımızda klasik bilgilerimizin yanında daha güncel yaklaşımlar var mıdır? Yoksa klasik bildiğimiz Adrenalin +Kortizon+Antihistaminik üçlüsü müdür?

Maalesef kortizon ve antihistaminikler geç etki eder. Kortizonun ilk etkileri altı-yedi saat sonra başlar. Kısmen fark edilmesi 12 saati bulur. Halbuki ölümcül reaksiyon çok hızlı olur. Daha önce ölümlerin 20 dakika içinde gerçekleştiğini söylemiştim. Bizim bu durumda kortizon vermemiz sadece daha sonra hafif bir atak olup, biraz yoluna girip ikinci bir zirve yapacaksa 12-24 saat sonrasında faydalı olur. Kortizon burada yanlış bir güven duygusu veriyor. Antihistaminik de etkisi biraz daha geçtir ve hayat kurtarıcı etkisi yoktur. Ama daha sonraki saatler için veriyoruz tabii ki...

Jetocain mi, ultracain mi daha güvenlidir?

Hiç fark etmez. Herhangi birinde herhangi bir şey olabilir. Bir de çok yapılan yanlışlık var. Adrenalinli preparatlarla alerji deri testi yapıyor. Adrenalin kombinasyonu var ya biraz vazokonstriksiyon yapsın diye. Onunla siz testi yaptığınız zaman zaten adrenalin tedavi edici, yani pozitif reaksiyon zaten çıkmaz. Anestezik maddelerde, içinde adrenalin olduğundan deri testinde ne kadar etki edeceğini bilemeyiz.

Astımlı hastalarda risk daha mı fazla?

İlaç alerjileri maalesef astımlı kişilerde daha fazla öldürücüdür. Eğer hastanın hem ilaç alerjisi hem astımı varsa anafilaktik reaksiyon sırasında daha şiddetli bronş kasılması olacaktır. Yani astımlılarda ilaç alerjisi anamnezi yoksa teste gerek yok. Ancak ilaç alerjisi anamnezi olmasa da her kişide olduğu gibi önlemleri almak, astım hastalarında biraz daha dikkatli olmak gerekir. Bir de bazı astımlılar stresten de reaksiyon gösterir. Bir dişhekimini muayenehanesinde mobilizasyon için mesela salbutamol (ventolin)** olması da doğru olur.



Sulbutamol (ventolin) inhaler kullanan hasta

Kişilerin fiziksel özellikleri bizim için uyarıcı olabilir mi?

Yok, ilaç alerjisi önemli. Yalnız yasal olarak iğne vurmadan önce çok iyi bir ilaç alerjisi anamnezi almakla yükümlüyüz. Diyelim ki herhangi bir alerjisi, inek sütüne alerjisi var. Bunun anafeksi için daha yüksek bir ihtimal olduğunu göstermez. İlaç alerjisi ayrı bir şeydir. Herhangi bir kişide anafilaktik reaksiyon olabilir.

Meslektaşlarımız ilk kez tedavisi yapılan çocuk hastalarını rutin olarak alerji testine göndermeye başladılar. Buna genellikle gerek olmuyor dediniz; diyelim ki hastayı yönlendirmemiz gerekiyor nereye yönlendirmeliyiz?

İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi var.

Anadolu'daki meslektaşlarımız ne yapacak?

Alerji uzmanına ulaşacaklar. Ulaşamadıkları zaman da anamnezde ilaç alerjisi öyküsü olanlara dokunmayacaklar. Anamnezde ilaç alerjisi öyküsü yoksa hastasının tedavisini yapacak, bir şey olursa da müdahalesini yapacaklar.

Alerji uzmanı olarak dişhekimlerinden beklentileriniz var mı?

Evet, var; bir ara öyle bir durum oldu ki, kliniğimizdeki iki elamanı sabahtan akşama kadar dişhekimliğine hazırlıkla geçirdik, başka iş yapamaz olduk. Her gelen isteğe olumlu cevap verdikçe tüm laboratuvarlarımız kilitletti. Bütün koridorlarımız dişhekimliği hastalarıyla doldu. Tüm İstanbul'dan hastalar yığıldı. Baktık, artık çalışacak durumda

değiliz. Bu kuralları daha fazla gündeme getirdik. Şimdi artık dişhekimleri tarafından gönderilen hastaları önce biz sorguluyoruz, "ilaç alerjisi riski var mı?" diye bir teste tabi tutuyoruz. Hayatında hiçbir ilaç alerjisi riski olmamış ise, o zaman hastayı bilinçlendiriyoruz. Dişhekiminden neler beklemesi gerektiğini, bu testin kendisi için gereksiz olduğunu, ancak çok nadir olan bu tip reaksiyonların karşımıza her zaman çıkabileceğini, test negatif sonuçlansa dahi değişik reaksiyonların çıkabileceğini öğretiyoruz.

Ölümcül tablo çıkan reaksiyonun minimum veya maksimum süresi ne kadardır?

Saniyeler içinde çıkabileceği gibi, saatler sonra da çıkabilir. Genellikle ilk 12 saat içinde reaksiyon oluşur. Genellikle reaksiyon geç oluştuğunda, müdahaleye zaman tanır, çok ölümcül olmaz. Kesin bir şey söylenemez ama ilk saniyelerde güçlü reaksiyon veriyorsa, bir taraftan müdahaleyi yaparken bir taraftan da derhal güvenilir bir sağlık kuruluşuna nakletmeye çalışılmalıdır. Hukuksal açıdan da her dişhekiminin alerji çantası veya anafilaksi çekmecesi bulunmalıdır. Ve çekmecedeki ilaçların gününün geçip geçmediği devamlı olarak dişhekimisi tarafından denetlenmelidir. Anafilaksiye bağlı bir vaka yaşandığında tek sorumlu dişhekimidir, yardımcısının hiçbir cezai sorumluluğu yoktur.

Gerçekten ilaç alerjisi olan ve müdahalede bulunulması gereken hasta bizim için acil hastadır. Hemen yatırıyoruz. Bununla birlikte, penisilin alerjisi gelişmiş, ağır kesici alerjisi gelişmiş, hayatında lokal anesteziyle hiç problemi olmamış olana da test yapıyoruz. Onlara daha rutin bir test yapıyoruz. Ama lokal anesteziyle bir vukuati olanı yatırarak, yataklı şartlarda hizmet veriyoruz.



Editörün Notu:***Alerjik Kontakt Dermatit**

Bu durum, deriyle temas eden çeşitli maddelerin sebep olduğu bir hastalıktır. Alerjik kontakt dermatite neden olan maddelere alerjen denilir. Eğer bir kişi bu alerjene karşı duyarlıysa, bu alerjenle temas kaşıntı ve küçük su dolu kabarcıklara neden olur. Bu tablo ise "alerjik kontakt dermatit" olarak adlandırılır.

Asitler, alkali, çözücü, kuvvetli sabun ve deterjanlar genelde alerjik kontakt dermatite neden olamaz. Bu kuvvetli kimyasallar herkesin derisinde reaksiyon oluşturur. Bu maddelere iritan denilir. Bazı kimyasal maddeler hem alerjen, hem de iritan yapıda olabilir.

Dermatitin görüntüsü nasıldır?

Genellikle deri kırmızı, ödemlidir ve su dolu kabarcıklar vardır. Bu kabarcıklar patlayarak pullanır ve kabuklanır. Daha sonra deri rengi koyulaşır ve deri kabalaşır. Alerjik kontakt dermatiti diğer döküntülerden ayırmak zordur.

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI A.D. ALLERJİ B.D.	
Hastanın Adı - Soyadı:	Tahtı:
DENTAL SCREENING SERIES	
	SONUÇ
1. Methyl methacrylate	
2. Triethylglycidyl dimethacrylate	
3. Isobutene dimethacrylate	
4. Ethylene glycol dimethacrylate	
5. BIS-GMA	
6. MMA-dimethyl-4-toluene	
7. 2-Hydroxy-4-methoxy benzophenone	
8. 1,4-Butanediol dimethacrylate	
9. BIS-Ac	
10. Potassium dichromate*	
11. Mercury	
12. Cobalt chloride*	
13. 2-Hydroxyethyl methacrylate	
14. Gallylthioetherthioether	
15. Nickel sulfate*	
16. Eugenol	
17. Cobalt*	
18. Methyl-4-toluene sulfonamide	
19. Formakaryde*	
20. 4-Toluene sulfonamide	
21. Copper sulfate	
22. Methylhydroquinone	
23. Palladium chloride	
24. Aluminium chloride hexahydrate	
25. Camphorquinone	
26. H ₂ N - Dimethylaminoethyl methacrylate	
27. 1,6-Hexanediol diacrylate	
28. 2,2'-Hydroxy-5-methylphenyl benzoinate	
29. Tetrahydrofurfuryl methacrylate	
30. Tin	

****Ventolin Salbutamol İnhaler****Etken Madde(ler):**

Salbutamol 100 mcg/doz

Piyasa Şekilleri:

200 doz'luk aerosol ambalajlarda.

Kullanım Şekli:

Günlük kullanım dozu 1-2 inhalasyondur (maksimum 8 inhalasyon).

Endikasyonları:

Salbutamol selektif bir Beta2 adrenerjik reseptör agonistidir. Etkisi çabuk başladığından, özellikle hafif astım tedavi ve profilaksisi ve orta şiddetli astım alevlenmelerinin tedavisi için uygundur. Astım, kronik bronşit ve amfizemden ötürü oluşan reversibl havayolu tıkanmasında çabuk başlayan etkisiyle (etki 5 dakika içinde başlar) kısa süreli (4 saat) bronkodilatasyon sağlar. Salbutamol, semptomlar oluştuğunda rahatlamak için hasta tarafından bilinen, astım krizinin ortaya çıkmasına neden olabilecek koşullarda (örn. egzersiz, kaçınılması mümkün olmayan alerjene maruz kalınması durumunda) semptomları önleyici olarak kullanılır. Özellikle hafif, orta ve şiddetli astımda hemen rahatlatıcı ilaç olarak kullanılır. Ancak, salbutamole güvenilerek düzenli kortikosteroid tedavisine başlanması ve tedaviye devam edilmesi geciktirilmemelidir.

ÖRNEK
ALLERJİ TESTİ İSTEK FORMU

Hastanın Adı - Soyadı : _____

Yaş : _____

Cinsiyeti : _____

Alerji testi yapılmaz istenen ilaçlar

Ultracaine DS Fort
Citaneft Octapressin
Mepivacaine

Hastamızın yukarıda işaretlenen lokal anesteziik solüsyonlarına karşı alerjisinin olup olmadığının belirlenmesi ve sonucunun yazılı olarak bildirilmesi rica olunur.

Sayıplanmıştır.

Hekimin Adı - Soyadı : _____



Çocuğunuzun iyi eğitim almasını istersiniz. Biz de...

Gelecek ne getirir bilemezsiniz. Anadolu Hayat Emeklilik Eğitim Sigortası çocukların eğitimini güvence altına alıyor. Velinin hayatını kaybetmesi halinde, çocuğun eğitimi için başlangıçta belirlenen tutarı 20 yıla kadar düzenli olarak ödüyor.

Anadolu Hayat Emeklilik Eğitim Sigortası:
Çocuklarımızın eğitimleri yolda kalmayın.

Sizin yaşıınız	Çocuğunuza her yıl ödenecek 5.000 \$'lık eğitim teminatı için aylık primler			
	1 YIL	3 YIL	5 YIL	8 YIL
30	1,2 \$	1,4 \$	1,6 \$	1,7 \$
35	1,4 \$	1,6 \$	1,8 \$	1,9 \$
40	1,6 \$	1,8 \$	2,0 \$	2,1 \$
45	1,8 \$	2,0 \$	2,2 \$	2,3 \$

Soru gelecekse
Cevap:

ANADOLU HAYAT
EMEKLİLİK

444 55 00
NİLGİ HATTI

Türkiye İş Bankası Kuruluştağıdır.

TÜRKİYE İŞ BANKASI