

DERLEME**ÇOCUKLARDA NAZAL ALLERJİ**

NAZAL ALLERGY IN CHILDREN

Dr. Sarp SARAÇ (*), Dr. Oğuz ÖĞRETMENOĞLU (*), Dr. Metin ÖNERCİ (*)

K.B.B. ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi 2 : 83-86

ÖZET : Allerjik rinit çocukluk çağında sık görülen bir hastalıktır. Tek başına görülebileceği gibi, allerjik astma ile birlikte de sıklıkla görülür. Bu hastalığın çocuğun günlük hayatı ve okul başarısı üzerinde olumsuz etkileri mevcuttur. Çevresel faktörlere karşı alınacak bazı önlemler ve uygun medikal tedavi ile hastaların çoğunun semptomları düzelir.

Anahtar Sözcükler : Rinit, allerji, çocuk

SUMMARY : Allergic rhinitis is a common disease in childhood. Although it can be seen as a single clinical entity, allergic rhinitis can be seen quite frequently in patients with allergic asthma. This disease has some unfavorable influences on daily life and school performance of children. With the appropriate manipulation of the environment and the appropriate medical treatment, the symptoms of most patients subside.

Key Words : Rhinitis, allergy, child

GİRİŞ

Allerjik rinit çocukların %10'unda, adölesan ve genç erişkinlerin yaklaşık %20'sinde görülen, sık karşılaşılan kronik bir hastalıktır. Oldukça sık görülen allerjik astmalı hastaların %75'inde allerjik rinit klinik tabloya eşlik eder. Maalesef, genellikle ya hastalığın tanısı konmaz veya hastalığın morbiditesi küçümse- nir. Bu hastalığın okul başarısı üzerinde olumsuz etki- si vardır ve bu hastaların polenlerin arttığı bahar ayla- rında yapılan sınavlarda başarısı düşmektedir. Mev- simsel allerjik rinit çocukların %5 ile 9'unda görülür. Beş yaşın altında oldukça nadirdir. İzole perennial (yıl boyu süren) rinit çocukların %3'ünde görülürken pe- rennial astma ile birlikte görülen formuna çok sık rastlanır.

KLİNİK ÖZELLİKLER

Semptomlar mevsimsel veya perennial olabileceği gibi spesifik faktörlere bağlı da ortaya çıkabilirler. Mevsimsel ve spesifik faktörlere karşı gelişen semp- tomalar perennial rinitlere göre daha akut ve şiddetli seyredeler ve beraberinde konjunktivit görülme şansı daha yüksektir. Semptomlar burun tıkanıklığı, hapşır- ma, kaşınma ve burun akıntısıdır (rinore). Rinore ber- rak ve seröz olabileceği gibi koyu ve mukoid de olabi- lir. Anamnezde spesifik presipitan faktörlere (ör. hay- van tüyleri) maruz kalma hikayesi mevcut olabilir, fa- kat genellikle hastaların çoğunda semptomlar sigara dumanı, kuvvetli boya kokulan veya allerjenler gibi non-spesifik iritasyonlar ile ortaya çıkar. Gürültülü oro-nazal solunu, nazal konuşma ve horlama sık gö- rülür. Daha büyük çocuklar koku duyularında azalma farkedebilirler. Bu durum iştahın azalmasına neden olabilir.

Sık boğaz temizleme ve özellikle geceleri artan ök- sürük şikayeti görülebilir. Gürültülü solunum, sık bu- run çekme, öksürük ve boğaz temizleme genellikle okulda sosyal izolasyona yol açar. Bulantı, baş ağrısı, yorgunluk, huzursuzluk ve konsantrasyon kabiliyeti- nin azalması gibi genel semptomlar da görülebilir. Da- ha yaşlı hastalarda farinks ve damakta kaşıntı, kulak- larda tıkanıklık, ağrı ve işitme azlığı da rastlanabi- lir. Beraberinde konjunktivit görülen hastalarda gözler- de kızarıklık, kaşıntı, ağrı ve yaşarma görülür.

Semptomların ortaya çıkış zamanları allerjinin teşhisinde bize çok önemli ipuçları verirler. Bilindiği gibi perennial allerjik rinitin en sık sebeplerinden biri- si ev "mite" landir. Bu çeşit hastalarda sabahlan kalk- tıktan sonra üst üste hapşırma şikayeti görülür; bu" semptomlar günün ilerleyen saatlerinde giderek azalır. Semptomlar yatak yapmak, toz almak gibi ev işleri sıra- sında ortaya çıkabileceği gibi çocukların yatak üze- rinde zıplamaları veya yastık savaşı yapmaları sırasın- da da görülebilir.

Hastaların çoğunda bronşial astma, atopik der- matit, ürtiker, gastrointestinal gıda intoleransı veya anjionörotik ödem gibi apotik bozukluklar klinik tablo- ya eşlik eder.

FİZİK MUAYENE

Nazal allerjili çocukların genellikle burun çekme veya buruşturma gibi karakteristik hareketleri vardır. Birçoğu burun ucunu avuç içleri ile ovalarlar, buna "al- lerjik selam" adı verilir. Bu hareket burun ucunun he- men üzerinde yatay bir çizgi oluşturur. Bu çizgi yakla- şık 2 yıl içinde oluşur. Periorbital bölgede şişkinlikle birlikte göz altlarında koyu halkalar belirir. Bunu se- bebi nazal mukozadaki ödem nedeniyle oluşan venöz

(*) Hacettepe Tıp Fak. KBB Anabilim Dalı ANKARA

stazdır. Bilindiği gibi perorbital bölgenin venöz drenajı nazal mukozanın üzerinden olmaktadır. Bu allerjik rinit - ler için tipik bir görünüm oluşturur (allergic) shiner). Burun dorumu kronik nazal obstrüksiyona ikincil olarak genişler, bu durum nazal polipli hastalarda daha da belirgin olur.

Nazal kavitenin alt 1/3 kısmının muayenesinde nazal spekulumu kullanılabileceği gibi, otoskop da kullanılabilir. Nazal mukozanın genellikle ödemli ve konjesyone görülür. Soluk mukozanın allerjik rinit için tipik olmakla birlikte, her zaman görülmez. Nazal kavitede ve farinks arka duvarında sıvı mukoid bir drenaj görülebilir. Burun karıştırma huyu olan çocuklarda Little bölgesinde kan pıhtıları mevcut olabilir.

Kronik nazal obstrüksiyonu ve ağız solunumu olan hastalarda ağız kokusu (halitosis) görülür. Ağız solunumunun bir sonucu olarak dişlerde ortodontik sorunlar oluşabilir. Kulak muayenesi mutlaka gereklidir çünkü bu hastalarda orta kulak efüzyonu ve timpanik membran retraksiyonu sık görülür. Allerjik rinitli çocukların en az %20'sinde ortakulak anomalileri görülür (1). İtme bozuklukları da oldukça sıktır; ileride ortaya çıkabilecek itme bozuklukları veya öğrenme zorluklarının önlenmesi için bu durumun tespiti ve tedavisi çok önemlidir. Allerjik rinitin beraberinde konjunktivit görülen hastaların konjunktivasında hiperemi ve kalınlaşma görülür. Bunun en şiddetli formu olan vernal mevsimsel konjunktivitte tarsal konjunktivada "kaldırım taşı" manzarası ile birlikte kaşıntı, gözde kızarıklık, lakrimasyon ve mukoid drenaj görülür. Aktif hastalık sırasında korneada ufak erozyonlar ortaya çıkar, bu da fotofobi ve pitoza sebep olabilir. Bazen şiddetli kornea ülserlerine de rastlanabilir.

Fizik muayene sırasında özellikle cilt katlantılarında pigmentasyon, depigmentasyon veya kronik leknifikasyon gibi aktif veya geçirilmiş atopik dermatit bulguları gözlenebilir. Beraberinde allerjik astması olan çocuklarda askültasyonda ekspiratuar stridor duyurulur. Bu hastalarda obstrüksiyon akciğer hastalığına bağlı olarak göğüs kafesinde Harrison oluğu veya sternumda eğilme gibi deformiteler görülebilir.

AYIRICI TANI

Vazomotor Rinit

Allerjik veya enfeksiyöz olmayan rinitler çocukluk çağında oldukça nadirdir. Semptomlar yıl boyu devam eder. İntermittandır ve çevredeki ısı değişiklikleri veya çeşitli iritanlara maruz kalma sonucu ortaya çıkar.

Tek taraflı, kötü kokulu ve kanlı burun akıntısı olan çocuklarda yabancı cisimlere ikincil olarak gelişen rinit akıldan tutulmalıdır. Küçük çocuklar burunlarına yabancı cisim sokmaya meyillidirler ve bu yabancı cisimler bazen haftalar veya aylar sonra kendilerini enfeksiyon olarak gösterebilirler.

Kronik Enfeksiyöz Rinit

Sık tekrarlayan alt solunum yolu enfeksiyonları ile birlikte görülen mukopürülan burun akıntısı bazı

sistemik hastalıkların göstergesi olabilir.

a) Kistik Fibrozis : Kistik fibrozis akciğerlerde olduğu gibi, burun ve sinüslerde de kronik enfeksiyona zemin hazırlar. Bu durumdaki çocukların %20'sinde nazal polipler görülür. Bu nedenle nazal polipli çocuklarda mutlaka ter testi yapılması gerekir. Nazal semptomlar genellikle kistik fibrozisin daha tipik bulguları olan reküren ve kronik akciğer enfeksiyonları, gelişme geriliği ve pankreatik yetmezliğe sekonder gelişen steatore ile birlikte görülür.

Bununla birlikte kistik fibrozisli hastaların az bir kısmında nazal polipozis klinik olarak hastanın tek şikayeti olabilir. Bu durum otozomal resesif geçişli loup, ter testinde artmış sodyum ve klorür ile teşhis edilir (6).

b) Primer Silier Diskineziler : Bu hastaların %50'sinde dektrokardi ve situs inversus görülür. Tekrarlayan alt ve üst solunum yolu enfeksiyonları ve bunların sonucu gelişen bronşektazi klinik tabloya hakimdir. En karakteristik özelliği alt ve üst solunum yolu enfeksiyonlarının neonatal dönemde başlamasıdır (3). Teşhis yavaşlamış nazal klirans hızı, silier vuruş frekansı anomalileri ve silialardaki ultrastrüktürel anomalilerin saptanması ile konulur.

c) İmmün Yetmezlikler : Kronik burun ve sinüs enfeksiyonları hipogamaglobulinemi gibi immün yetmezlikler sebebi ile ortaya çıkabilirler. Ancak bu çeşit immün yetmezlikler sebebi ile ortaya çıkabilirler. Ancak bu çeşit immün yetmezlikler genellikle vücudun başka yerlerinde rekürren enfeksiyonlarla kendilerini gösterirler.

d) Mekanik Obstrüksiyon : Adenoid ve tonsil hipertrofi ciddi nazal obstrüksiyon yapıp sekonder enfeksiyona sebep olabilir. Nazal septum deviasyonları da benzer bir duruma neden olurlar. Ensefalosel, meningosel ve koanal atrezi gibi konjenital enfeksiyonlar da nadir görülmekle birlikte, kendilerini nazal obstrüksiyon ile gösterirler.

e) Granülatöz Hastalıklar : Çocukluk çağında çok nadir olmakla birlikte sakroidoz ve Wegener's granülamatozis gibi hastalıklar nazal obstrüksiyona neden olabilir.

TETKİKLER

Ufak çocuklarda nazofarinks ayna ile görmek imkansızdır; fiberoptik rinoskopi için de güçlü sedasyon ve lokal anestezi gerekir, bu nedenle ufak çocuklarda post-nazal boşluğu değerlendirmek amacı ile yumuşak doku dansitesinde yan nazal grafiler çekilebilir. Bu grafiler büyümüş bir adenoid dokusunu gösterebilir. Ancak en güvenilir yöntem palpasyondur.

Hastaların nazal sekresyonları aspire edilip mikroskopik olarak incelendiğinde, eosinofillerin görülmesi allerjik rinitin lehine, nötrofillerin görülmesi ise enfeksiyöz rinitin lehine olarak yorumlanır.

Allerji deri testleri her yaşta çocuk üzerinde yapıp allerjik rinitin teşhisinde kullanılabilir. Atopik kişi-

lerin %90'ı toz mite'ları {Dermatophagoides pteronyssinus), kedi tüyü ve çimen polenine karşı yapılan deri testleri ile tespit edilebilirler. Bu testlerin yapılmasında ufak bebekler için bile bir kontraendikasyon yoktur. Yalnız bebeklerde bu testin pozitif çıkma yüzdesi büyük çocuklara nazaran daha düşüktür.

Serum total IgE düzeyi ölçümü, özellikle ufak çocuklarda, atopinin mevcudiyetini tespit ve hatta ileride gelişebilecek atopinin tahmininde faydalı bilgiler verir. Doğumda 1 IU/ml ve bir yaşında 10 IU/ml'nin üzerindeki değerler atopi için yüksek risk grubunu belirler. Spesifik IgE antikorları radioallergosorbent tekniği (RAST) veya chemiluminescent assay ile saptanabilir.

Gerek deri testleri gerekse de IgE 'antikor testleri allerjik rinitin teşhisinde anamnezi destekleyici olarak kullanılabilir, ancak allerjik rinit taramalarında hiçbir zaman anemnezin yerine kullanılmamalıdır.

Bu testler ile burun uyan testleri (nasal challenge) arasındaki korelasyon mevsimsel allerjik rinit için güçlü iken perennial allerjik rinit için zayıftır. Eğer bir besin alerjisi mevcutsa bu ancak eliminasyon, perhiz ve burun uyan testleri ile saptanabilir. Burun uyan testleri ufak çocuklarda uygulanabilir. Burun direncindeki değişiklikleri göstermek için anterior rinomanometri 4 yaşından büyük çocuklarda kullanılabilir. Posterior rinomanometri ve nazal inspiratuar akımı ölçümü daha fazla hasta kooperasyonu gerektirdiğinden ancak 6-7 yaşından büyük çocuklarda yapılabilir. Burun uyan testleri ile geç allerjik reaksiyonları da göstermek mümkündür. Atopik çocuklarda nazal provakasyon ile yapılan bir çalışmada, semptomatik allerjik rinitin erkenden daha çok geç nazal reaksiyonlarla korelasyon gösterdiği saptanmıştır (6).

ALLERJİNİN KAYNAĞI

Allerji immün yetmezliğin belki de en sık görülen klinik tablosudur. Allerji toplumun %15 ila 20'sinde görülür ve çocukluk çağı hastalıklarının 1/3'ünden sorumludur. Allerji ile birlikte en sık görülen immünolojik bozukluklar IgA eksikliği, opsonizasyon bozuklukları, IgG alt sınıf II eksikliği ve C2 seviyesi düşüklüğüdür. Allerji aynı zamanda kistik fibrozisli hastalarda da daha sık görülür.

Çevresel faktörler allerjinin klinik seyri üzerinde önemli rol oynarlar. Doğum ayı, cinsiyet, yaş, viral enfeksiyonlar ve emzirme gibi birçok faktör allerjinin gelişmesinde etkilidir. Bebeklik çağında immün sistem, belki de immün cevapta meydana gelen geçici bozukluklar sebebi ile, sensitizasyona çok duyarlıdır. BU nedenle hayatın ilk bir kaç ayında maruz kalınan alerjen yüklemesi iler ki yaşamda allerji gelişmesi açısından yüksek bir risk faktörü yaratır, örneğin polenlerin çok olduğu mevsimlerde doğan çocuklarda polen allerjisi gelişme riski yükselir. Viral enfeksiyonlar, toz mite'lar ve sigara dumanına maruz kalmak da sensitizasyonu artırırlar. Bu gözlemler göstermiştir ki. Özellikle erken infant döneminde çevresel faktörlerin uygun manipülasyonu ile allerjik hastalıkların bir kısmı önenebilir.

Allerjinin gelişmesinde genetik faktörler de önemli yer tutar, örneğin HLA A3, B7 kombinasyonu olan bir hastalarda şamarı nezlesi daha sık görülürken, HLA A1, B8 kombinasyonu olan hastalarda ekzema daha sık görülür.

TEDAVİ

Allerjik rinitin tedavisi başlıca üç gruba ayrılır; provake edici faktörlerden korunma; ilaç tedavisi ve immünoterapi.

1) Provake Edici Faktörlerden Korunma :

Allerjik rinitli çocukların aileleri çocuklarının yanında kesinlikle sigara içmemeleri için uyarılmalıdır. Boya kokulan, toz ve eksoz dumanı gibi diğer bazı nonspesifik iritanlardan korunma da septorlarda azalmaya sebep olur. Yüksek konsantrasyonda toz mite'ı barındıran evlerde mite'ların eliminasyonu çok zordur. Mite'lara en çok maruz kalınan yer yatak odası olduğu için bu çocukların yatağına özen göstermek gerekir. Yumuşak, tüyül oyuncakların ortadan kaldırılması, kuştüyü yerine sentetik yastıkların kullanılması ve yatağın düzenli olarak vakumla temizliği odadaki mite düzeyini azaltır. Yerlerde halı erine vinyl döşeme kullanılması da faydalı olur. Piyasada mite'lara karşı bazı spreyle bulunmakla birlikte bunların etkinlikleri henüz kanıtlanmamıştır.

Evde beslenen kedi veya köpek gibi tüylü hayvanlar uzaklaştırılmalıdır. Ancak bu hayvanların tüylerinin evden temizlenmesinin aylar alabileceği unutulmamalıdır.

Air condition ve filtre kullanımı ev içerisindeki sporlar ve mantar hiflerinin sayılarını azaltıp semptomların gerilemesini sağlayabilir (6).

Sıcak ve baharatlı yiyeceklerin yenmesi alta yatan allerjik rinitin alevlenmesine sebep olabilir. Ancak allerjik rinit nedeniyle yemek intoleransı çok nadir görülür. Süt veya başka bir yiyeceğin allerjik rinit nedeni olabileceğine dair çok az kanıt vardır. Bu nedenle allerjik rinit tedavisinde perhizin genellikle yeri yoktur. Eğer hastanın hikayesinde yemekler ile ilişki mevcutsa, perhiz ve uyarı testi yapılabilir.

2) İlaç Tedavisi :

Allerjik rinitte kullanılacak 4 grup ilaç vardır ; adrenerjik ve antikolinerjik ilaçlar; antihistemanikler; sodyum cromoglycate ve topikal steroidler.

Topikal olarak uygulanan adrenerjik ilaçlar vazokonstriksiyün etkileri ile nazal mukozanın ödemi azaltırlar. Burun tıkanıklarında anında rahatlama sağlamakla birlikte allerjik rinitlerde endike değildir.

Antikolinerjik ilaçlar allerjik rinit tedavisinde kullanılabilir. İpratropium bromide oldukça güvenli bir preparat olup nazal akıntıyı önemli ölçüde azaltır (3).

Antihistaminikler çocuklarda görülen allerjik rinitin tedavisinin temelini oluştururlar. Sedasyon yapmayan spesifik H1 reseptör antagonisti yeni jeneras-

yon antihistaminikler (terfenadin, loratadine, asteroizol, cetirizine) tedavide tercih edilirler. Bu ilaçların hepsi çok düşük sedatif ve yüksek antihistaminik etkiye sahiptirler. Allerjik rinitli ufak çocukların büyük bir kısmı sadece antihistaminik tedavisi ile kontrol altına alınabilirler. Özellikle mevsimsel allerjik rinitte bu ilaçların semptomlar çıktıktan sonra değil, profilaktik olarak kullanılmaları önerilir. Uzun süreli kullanımda, bu antihistaminiklerin, az da olsa anti-astmatik etkileri de vardır (5).

Sodyum-cromoglycate topikal etkili anti-allerjik bir ajandır. Mast hücreleri stabilizasyonu ile etkisini gösterir ve allerjenler sebebi ile burunda ortaya çıkan erken ve geç reaksiyonları engeller. Etki süresi 4. saat olduğu için profilaktik olarak günde yaklaşık 6 kez kullanılması gerekir. Toksikitesi olmaması ve yıllardır güvenle kullanılan bir perparat olması nedeniyle tedavide denemesi gereken bir ilaçtır (6).

Düşük sistemik etkili topikal kortikosteroidler hem mevsimsel hem de perennial allerjik rinitin tedavisinde oldukça etkilidirler. Burun tıkanıklığını, burun akıntısı ve hapşırma oranla daha çok azaltırlar. Bu ilaçlar günde iki doz halinde kullanılırlar ve güvenli ilaçlardır. En çok kullanılanlar beclamethasone dipropionate ve budesonide'dir. Bu ilaçların çocuk ve yetişkin dozları aynıdır. Ancak çocuklara bu ilaçları nasıl kullanmaları gerektiği dikkatli şekilde öğretilmeli ve inhalasyon teknikleri sık sık kontrol edilmelidir.

Çok düşük dozlarda bile yan etki çıkma riski olduğundan, nazal steroid dozu her zaman semptomları baskılayabilecek minimum, düzeyde tutulmalıdır. Astma için kullanılan inhalasyonel steroidler ile birlikte verilirse, iki yolla alınan steroidin toplam dozu fazla olabilir. 600 mikrogram/gün gibi çok düşük dozlarda bile büyümenin baskılanabileceği gösterilmiştir (4).

3) İmmünoterapi :

İmmünoterapi allerjik hastaların allerjene hassasiyetini azaltmak için giderek artan dozlarda allerjenin hastaya verilmesidir. Veriliş yolu genellikle subkütan yolla olmakla birlikte, oral, nazal veya bronşial yolla da verilebilir. Ölüme kadar varabilen yan etkiler genellikle yanlı kullanımı sonucu ortaya çıkar. Bu tedavi pahalı ve zaman alıcıdır ve aynı zamanda her zaman da sonuç vermeyebilir. Bu nedenle allerjik rinitte ilk

tedavi basamağı olarak kullanılmamalı, ancak diğer tedavi seçenekleri ile hastalık kontrol altına alınmazsa kullanılmalıdır. BU tedavi özellikle mevsimsel allerjik rinitli hastalarda başarılı olur. Bir-iki yıllık polen tedavisinden sonra belirgin klinik düzelme gözlenir ve diğer tedavi şekillerine daha az ihtiyaç duyulmaya başlanır.

Mite irnüterapisinin, plasebo enjeksiyonları ile karşılaştırıldığında, belirgin faydası görülmekle birlikte mite'lar nedeniyle ortaya çıkan perennial allerjik rinitler genellikle ilaç tedavisi ile kontrol altına alınabilirler (6).

İnhalasyon yoluyla alınan kortikosteroidler, antihistaminiklerle ve sodyum cromoglycate ile karşılaştırıldığında allerjik rinitin semptomlarının düzeltilmesinde daha etkilidirler. Bu etkileri burun tıkanıklığı için belirgin, hapşırma ve burun akıntısı için belirgin değildir. Konjunktivit için antihistaminik ve soyum cromoglycate en uygun tedavidir.

Allerjik rinitin uzun vadeli tedavisinde en etkili kombinasyon HI spesifik antihistaminikler ile topikal kortikosteroidlerdir (5).

Yazışma Adresi : Dr. Sarp SARAÇ
Hacettepe Üniversitesi
KBB Anabilim Dalı
06100 Sıhhiye/ANKARA

KAYNAKLAR

1. BERNSTEIN J.M., ELLIS E., LI P. The Role of IgE Mediated Hypersensitivity in Otitis Media with Effusion Otolaryngol Head Neck Surg 1981; 89 : 874-8
2. BORUM P., LARSEN F.S., MYGINDG M. Intranasal Ipratropium : A New Treatment for Perennial Rhinitis. Clin Otolaryngol 1979; 4:47
3. BUCHDAL R.M., REISER J., INGRAM D. et al. Ciliary Abnormalities in Respiratory Disease. Arch Dis Children. 1988; 63:238-43
4. LAW C.M. ; Marchant J.M. ; honour J.W. et al. Nocturnal Adrenal Suppression in Asthmatic Children Taking Inhaled Beclomethasone Dipropionate. Lancet 1986; 1:942-4
5. SIMONS F.E.R. nasal Allergy in Children. in Mackey I. (ed). Rhinitis, Mechanisms and Management. 1989 Royal Society of Medicine Services Limited, pp : 215-224,