ALLERJİK RİNİT

ALLERGIC RHINITIS

Dr. Ömer Faruk ÜNAL, Dr. Metin ÖNERCİ*

K.B.B. ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi l : 263 - 268

ÖZET: *Allerjik rinit Kulak-Burun-Boğaz hekiminin en çok uğraştığı hastalıklardan biridir. Tanı yöntemleri ve tedavisi genel olarak anlatılmıştır.*

Anahtar Sözcükler: *Rinit, Allerjik rinit.*

SUMMARY: *Allergic rhinitis is a disease Ear-Nose-Throat specialists see commonly. Methods of diagnosis and the different treatment modalities are given in the article.*

Key Words: *Rhinitis, Allergic rhinitis*

ALLERJİK RİNİT :

Allerjik rinit, burun mukozasının rinore ve hapşurma ile beraber olan konjesyonu olarak tanımlanabilir. Oluşması için iki şey gereklidir:

1 — Herhangi bir allerjene karşı immünolojik duyarlılık,

2 — Bu allerjenle karşılaşma.

Hastalık çok değişik antijenlere karşı oluşabilir ve IgE aracılığıyla ortaya çıkar. Diğer rinitlerden aşağıdaki özellikleriyle ayrılır:

1 — Genelde erken başlar (l ile 20 yaşlar arası)

2 — Ailevi olabilir

3 — Diğer allerjik durumlar beraber olabilir

4 — Serum total IgE miktarı artar (100 unite/ml ve üzeri)

5 — Serumda deri testleri, ya da in vitro testlerle (örneğin RAST) gösterilebilen spesifik IgE düzeyi artar.

6 — Artmış alt solunum yolu reaktivitesi mevcuttur.

Allerjik rinit genelde ağır seyreden bir hastalık olmamasına rağmen, hastanın uyku, yemek, ve yaşam düzeyini bozar. Sekonder sinüs enfeksiyonları, nazal polipler, ve seröz otitis media ile beraber olabilir. Astım gelişme riski normal popülasyonun dört katıdır. (6)

ALLERJİK RİNİT TİPLERİ

Klinik olarak allerjik rinit iki gruba ayrılabilir:

a) Mevsimsel rinit
b) Perennial rinit

Ancak zaman zaman bu iki tip riniti kesin olarak birbirinden ayırmak mümkün olmayabilir.

Mevsimsel allerjik rinit daha sık görülür. Semptomları genelde çok belirgindir; sürekli hapşurma, burun tıkanıklığı, bol miktarda berrak burun akıntısı, konjuktivit, ve deride kaşınma vardır. Semptomlar genelde belli bir mevsimde ortaya çıkar, ya da spesifik bir allerjenle karşılaşınca oluşur.

Perennial rinitte ise hapşırma çok fazla olmaz ve konjuktivit belirgin değildir. Burun tıkanıklığı ve artmış drenaj ise rahatsız edici derecededir. Perennial allerjik rinit hastaları,

* *Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi K.B.B. Anabilim Dalı - ANKARA*

burun akıntısından çok post nazal akıntıdan şikayet ederler. Bunun nedeni çok iyi bilinmemektedir. Hasta bütün yıl olan burun tıkanıklığı ve geniz akıntısı yanında, ara ara olan akut septomlardan şikayetçidir. Perennial allerjik rinit süreğen bir durum olduğu için hastalar daha iyi tolere ederler. Bu nedenle çok tipik şikayetleri olmayan hastalarda da perennial rinit akılda tutulmalıdır.

İNSİDANS

Tahminlere göre popülasyonun yaklaşık %17'sinde allerjik herhangi bir hastalık vardır. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada Kolej öğrencilerinin %26'sında Allerjik rinit tespit edilmiştir.(6)

Allerjik rinit her yaşta başlayabilir, 6 aylık kadar küçük yaşta da tespit edildiği gibi, yaşlı hastalarda da olabilir. Tipik olarak 40 yaşından önce başlar, genel başlangıç yaşı 12-15 yaşlan arasındadır.

GENETİK FAKTÖRLER

Allerjik rinitli hastalarda ailevi yatkınlık görülmektedir. Allerjik hastalarda yaklaşık % 50 pozitif aile hikayesi vardır. Hem anne hem de babada allerjik rinit olan çocuklardan %68'i 10 yaşından önce, %85'i de 20 yaşından önce ilk allerji semptomlarını vermişlerdir. (Snıith 1974) Annesinde allerjik rinit olan çocuklarda allerjik rinit olma riski, babasında allerjik rinit olanlardan daha fazla bulunmuştur. (3)

Ailevi yatkınlık olduğu bilinmesine rağmen bunun genetik temeli tam olarak gösterilememiştir. Ortaya atılan en güçlü iddialara göre serumda erken yükselen IgE düzeyleri; ya da serumda düşük IgA düzeyleri allerjiye yatkınlıkta etkili olmaktadır.

ÇEVRESEL FAKTÖRLER

Bir allerjene olan duyarlılık bu allerjenle önceden karşılaşmış olmayı gerektirmektedir. Bu da çevrenin allerji oluşmasındaki etkisini gösterir. Belirli bir allerjenin yaygın olduğu çevrede yaşayan bir insan daha sonra başka yerde bu allerjenle karşılaşınca semptomlar ortaya çıkar. Çocuğun doğduğu ayın dahi allerji etyolojisinde önemi vardır. Bu iddianın dayandığı nokta ise, bu aylarda polenleri açığa çıkan bitkilere karşı duyarlılık geliştirilmesidir (Hagy 1979, Bjorksten 1980).(6)

FİZYOLOJİ

Allerjenin bilinmesi her zaman mümkün olmasa da, allerjik rinit fizyolojisi bilinen bir olaydır. Allerjenle karşılaşıldığında duyarlı insanın yüksek ve uzamış IgE cevabı ortaya çıkar. IgE dokudaki Mast hücrelerine ya da kandaki Bazofillere Fc kısmı yardımıyla tutunur. Bunun sonucunda hücre içerisinde degranulasyon ve takibinde kimyasal mediatör salimini oluşur. Bu kimyasal mediatörler:

— Histamin
— SRS-A
— Ezonofil kemotaktik faktör (ECF-A)
— Nötrofil kemoktaktik faktör
— Chymase
— Heparin
— Arylsulfatase A
— Platelet aggregating faktör (PAF)
— Prostaglandinler
— Kallikrein-kininlerdir.

Bu farmakolojik olarak aktif moleküller burun içerisinde vazodilatasyon, ödem, mukus salınımında artma, kapiller geçirgenlik artışma sebep olurlar. Tüm bu etkiler allerjenin abzorbe oluşunu da artın ve olay kısır döngü halini alır. (8,11)

PATOLOJİ

Allerjik rinitte histolojik bulgular arasında mukozal ödem, tunika propria da bozulma ve cozinofil, lenfosit, ve plazma hücre infiltrasyonu görülür. Basement membranın hemen altında yer alan tunika propria, yabancı cisimlerin penetrasyonuna karşı en önemli bariyerdir; ve bu hastalarda tipik olarak incelmiş ya da tahrip olmuş olarak görülür.

ALLERJİK RİNİTTE TANI

HİKAYE

Ataklar halinde gelen sabah hapşurmalarıyla beraber olan burun tıkanıklığı, burun akıntısı, gözlerde kaşıntı, genizde ve damakta kaşıntı allerjik rinitte belli başlı şikayetlerdir.

Allerjik bünyenin diğer hastalıkları, örneğin infantil egzema, astım, seröz otitis media araştırılmalıdu:.

Allerjiyi ortaya çıkan etkeni araştırmak çok önemlidir. Hastalığın hangi mevsimde ortaya çıktığı, evin içinde mi yoksa dışarıda mı olduğu, polenlerin çevrede olup olmamasıyla bağlantısı, her zaman sorulmalıdır. Perennial olan allerjik rinitlerde hikaye ile etkeni bulmak genelde daha zordur. Bu durumlarda etken genelde yıl boyu sürekli karşılaşılan hayvan tüyleri ya da ev tozu allerjenleridir.

ALLERJİK RİNİTTE BULGULAR

Allerjik rinit için tipik sayabileceğimiz bulgular arasında 'allergic shiners' denilen göz altındaki pigmentasyon sayılabilir. Bu pigmentasyon zaman ilerledikçe kalıcı olabilir. Bu alt göz kapağındaki pigmentasyon venöz konjesyona bağlı olarak oluşur, bunun nedeni de nazal mukozal konjesyondur. Burun mukozasının konjesyonuna bağlı oksijenasyonu bozuk venöz kan orbita içine girdi ve zamanla hemosiderin birikimine bağlı renk değişikliği oluşur.

Allerjik rinitteki ikinci en sık bulgu, alt göz kapağındaki Dennie-Morgan çizgileridir. Alt göz kapağında yer alan Müller adalesinde oksijeni az kan birikimine bağlı oluşan sürekli spazm bu cilt katlantılarının oluşmasına sebep olur.

Çocuklarda olan en tipik allerjik rinit bulgusu ise 'allerjik salute'dir. Refleks olarak yapılan bu hareketin (avuç içiyle burun tipinin yukarı kaldırılması) iki amacı vardır. Birincisi kaşıntıyı gidermek, ikincisi de solunumu rahatlatmak. Bu hareket uzun süre yapılınca burun tipi ve piramid arasında bir cilt kıvrımı oluşur ve kalıcı olur.

Şu ana kadar sebebi anlaşılmamış olsa da uzunlukları farklı olan ipeksi kirpikler allerjik rinitte bir bulgudur. Nostriller çevresinde sürekli nemliliğe bağlı maserasyon mevcuttur.

Allerjik rinitin ailevi olma şansının yüksekliği nedeniyle, anne ya da baba da olan yukarıda belirtilen bulguların mevcudiyeti tanıyı koymamıza yardımcı olur.

LABORATUVAR BULGULARI

Hikaye ve fizik muayene ile allerjik rinit düşünülen hastalarda tanıya yardımcı olacak testler mevcuttur. Ancak bu testlerle yalancı pozitif veya yalancı negatif sonuç alma şansı %10 civarındadır.

Allerjide deri testleri

Laboratuvar analizleri ortaya çıkmadan önce de deri testlerinin önemi bilinmekteydi, ve inhalasyonla vücuda girdiğinde reaksiyon veren bir allerjenin, deride de reaksiyon oluşturacağı gösterilmişti. 1910 yılında Leonard Noon, scratch, prick, ya da intradermal enjeksiyon kullanarak immünoterapinin temellerini oluşturmuştur.

Teknik ne olursa olsun (scratch, prick ya da enjeksiyon) amaç allerjeni cildin hemen altına yerleştirerek oluşacak Vheal-flare' reaksiyonunu gözlemeye dayanır. Yalancı pozitiflik ya da yalancı negatiflik görülür; ve bu tekniğe, kullanılan allerjenin konstrasyonuna, hastanın, yaşına bağlı olabilir.

Laboratuvar testleri
PRIST

Allerji etyolojisinde IgE önemi anlaşıldıktan sonra, IgE düzeyi ölçmeye yönelik yöntemler arandı. Bu amaçla önceleri 'Paper radioimmunosorbent test' PRIST testi kullanıldı. Ancak PRIST testi ile ölçülebilecek kadar yüksek IgE düzeyi hastada zaten çok aşın semptomlar ortaya çıkardığı için bu test zamanla önemini kaybetti.(18)

RAST

PRIST testinin tersine Radioimmunosorbent test "RAST" spesifik bir antijene karşı olan IgE düzeyini göstermektedir. Bu nedenle PRIST'e göre çok avantajlıdır ve spesifik tedavide de yardımcı olmaktadır. RAST testinde öncelikle allerjen içeren bir kağıt hastanın serumuyla karıştırılır, ardından kağıt serumdan çıkarılıp yıkanır. Hastada eğer allerjene spesifik IgE varsa kağıtta allerjene yapışmış olacaktır. Ardından kağıt üzerine Allerjen-IgE kompleksine hassas radyoaktif madde bağlı anti-IgE eklenir. Kağıt yıkanıp radyoaktif madde ölçümü yapılarak sonuç alınır.

Kompleks görünmesine rağmen şu anda en sık kullanılan in vitro allerji testi RAST'tır.(8)

ELISA

RAST testinden sonra benzer pekçok test üzerinde çalışılmıştır. Enzyme-linked immunosorbent essay 'ELISA' bunlardan birisidir. RAST'tan daha sensitiftir, ancak kullanımı o kadar yaygın değildir.

Nazal smearlar (Yayma)

Nazal sekresyonların toplanıp yayması yapıldıktan sonra Wright-Giernsa boyasıyla boyanıp ezonofil miktarına bakılması esasına dayanır. Genelde bu sayım tek yayma da yapılır. Ancak allerjen verildikten sonra da ikinci bir yayma yaparak artmış ezonofil miktarı gösterilmiştir.

ALLERJİK RİNİTTE TEDAVİ

Allerjik rinitte tedavi planlanırken her hasta ayrı olarak düşünülmelidir. Hastanın tedaviye olan uyumu, tedavinin maliyeti ve hastanın maddi durumu, hastanın genel sağlık durumu tedavi öncesi değerlendirilmelidir. Allerjik hastalıklarda semptomlar değişkenlik gösterdiği için ve hastalık ataklar halinde geldiği için yalnızca ataklarda semptomları gidermek düşünülmemeli, aynı zamanda hastaya atakların oluşmasını önlemek öğrenilmelidir. Hastanın hangi allerjene hassas olduğunun bilinmesi tedavinin temelini oluşturur; ancak bu her zaman mümkün olmaz, çünkü henüz her allerjeni test etmek mümkün değildir. Hastanın bazende pek çok değişik allerjene hassasiyeti vardır ve bunlar ortak etkileşerek semptomları oluştururlar; buna da 'allerjik yükleme (Allergic load)' adı verilir.

Birkez etken belinlendiğinde, veya enazından allerjik rinit tanısı konabüdiğinde tedaviye geçilir. Tedavide en basit ve belkide en etken basamak ***'Çevrenin Kontrolü'****dür.* Allerjik reaksiyon allerjenle karşılaşmada ortaya çıkmayacağına göre çevremizi allerjende korursak semptomlardan kurtuluruz. Ev tozu allerjisi olanlarda evi tozsuz tutmak, hayvan tüyü allerjisi olanlarda hayvan barınan yerden uzak durmak, nemde fazla olan mantarlara karşı allerjisi olanlarda evi nemden kurtarmak çözüm olabilir. Sporlara karşı allerjisi olanlarda ise korunma bu kadar kolay değildir. Havada hemen hemen bütün yıl değişik sporlar bulunur, rüzgarlı havalarda miktar iyice artar. Yatak odasının pencerelerini kapalı tutmak, çok fazla polen olan bölgelerden uzak yasamak, polenlerin fazla olduğu günlerde başka yerlere seyahat etmek, uygulanmaları zorda olsa önerilebilecek çözümlerdir. Allerjenden korunmanın mümkün olmadığı durumlarda diğer tedavi yöntemleri gündeme gelir. İzole üst solunum yolu allerjilerinde ***'Farmakoterapi'*** önemli yer tutar ve diğer allerjilere göre daha etkin tedavi sağlar. İlaç tedavisinin avantajları arasında;

— Çabuk sonuç vermeleri,
— Yan etkilerin bilinen ve kontrol edebilir olması,
— Tedavi zamanının tahmin edilebilir oluşu,

yer alır. Dezavantajları ise;

— Zamanla etkenlikte azalma,
— Harcamaların uzun süreli olması,
— Hastalığın devam etmesini engellememesi,

yer alır. Tüm bu özellikleri nedeniyle farmakoterapi hastalığın ilk tanısı konduğunda diğer tedavi yöntemleri planlanana kadar, yılda belli bir dönemde semptom verenlerde, hastalığın atak yaptığı durumlarda kullanılabilir. İlaç tedavisinde değişik gruplarda ilaçlar vardır, hepsinin kendine göre avantaj ve dezavantajları vardır.

Anühistaminik İlaçlar

Antihistaminiklerin çok değişik grupları vardır ve sürekli yeni gruplar üzerinde çalışılmaktadır, farklılık etki süreleri ve yan etkilerindeki farklılıklardan kaynaklanmaktadır. Bir aileni mediatörü olan histamin ile reseptör düzeyinde (Hl) kompetitif inhibisyon yaparak etki gösterirler. Etkilerinin kısa sureli olması ve kullanım sonrası erken dönemde etki göstermeleri kısa süreli allerjilerde tercih edilen ilaç olmalarının nedenidir. Yan etkileri arasında en çok rahatsız edici olan sedasyondur, ve kanbeyin engelini geçmeyen yeni antihistaminiklerle bu problem azalmıştır. Uzun vadeli kullanımda çok pahalı olmamaları avantaj sayıla-

bilir, ancak uzun vadeli kullanımda etkilerinin azalması problem oluşturur. Dolayısıyla kısa süreli kullanım gerektiren hastalarda tercih edilirken, uzun tedavi gerektirenlerde çok etkili olmamaktadırlar.

Dekonjestanlaı

Allerjik rinit hastalarının en önemli şikayetlerinden biri olan kojesyonu rahatlatarak semptomatik fayda verirler. Allerji mekanizmasıyla doğrudan ilgileri yoktur, vazokonstriksiyon yaparak konjesyonu engellerler. Topikal ve sistemik kullanılabilirler. Allerjinin diğer semptomlarında hiçbir etkileri yoktur. Sistemik kullanımda çarpıntı, huzursuzluk, sinirlilik yaparlar. Tüm bu yan etkiler doz bağımlıdır. Etkileri hızlıdır, sedasyon yapmazlar ancak uzun süreli kullanımda bağımlılık gelişmesine sebep olurlar, kesilmeleriyle de rebound etki görülebilir; bu nedenlerde kullanımlar allerjinin akut ataklarıyla sınırlı tutulmalıdır.

Kortikosteroidler

Allerjinin ilaçla tedavisinde günümüzde yaygın olarak kullanılmaktadır. Kullanımda lokal, topikal, ya da sistemik uygulama olabilir. Antienflamatuar etki ile allerjiye karşı etkisini gösterir, faydasının yanısıra uygun kullanılmadığı taktirde sürrenalleri baskılayarak ciddi sistemik yan etkileri doğurabilir.

Özellikle daha önce belirttiğimiz antihistaminikler ve dekonjestanlardan hasta fayda görmediğinde kullanılmalıdırlar. En etkili oldukları fakat aynı zamanda en çok yan etki gösterdikleri kullanım şekli sistemik kullanımlarıdır. Kullanım süresinin uzaması, yan etkilerini belirgin olarak artırır. Allerjiye karşı daha kesin tedavi oluşturan ancak sonuç alınması uzun süren tedavi şekilleri öncesi 2-3 haftalık sürelerde hastayı semptomlarından kurtarmak için kullanılır. Örneğin immunoterapi planlanan hastada bu tedavinin etkisini göstermesine kadar geçen sürede uygulanırlar. Aşağıdaki uygulama şekilleri çok etkilidir:

— Oral 40-80 mg Prednizolon ile başlanıp azaltarak 10-14 günde kesmek

— 40-60 mg Triamcinolone i.m. tek doz olarak.

Sistemik kullanımının uzun vadede yaratacağı problemlere çözüm topikal olarak kullanılan aerosol kortikosteroidlerdir. Topikal kullanılan miktarın %30 kadarı sistemik geçiş gösterse de esas lokal olarak oluşur ve bu nedenle diyabetik hastalar ve peptik ülseri olan hastalarda dahi rahatça kullanılabilir. Tek dezavantajları etkilerinin geç ortaya çıkmasıdır. Genelde ilk etki için 5-7 gün, maksimum etki içinse 2 hafta geçmesi gerekir. Bu nedenle akut ataklarla seyreden allerjik durumlarda kullanımları anlamlı olmaz.

Kortikosteroid kullanımında bir diğer metod alt konkaya steroid enjeksiyonudur. Yılda 1-2 kez yapılan enjeksiyonlarla polen allerjisi dönemlerinde rahatlama sağlanabilir. Bunun kanaması ve flushing çok önemli olmayan yan etkileridir, ancak spazm ve retinal embolizasyona bağlı olarak oluşan görme kaybı nadirde olsa görülebilir.(7,10)

Cromolyn Sodium

Diğer ilaçlardan farklı olarak allerjik reaksiyon ortaya çıkmadan kullanılmalıdır. Mast hücrelerde membran stabilizasyonu yapıp degranulasyonu önleyerek etkisini gösterir. Aerosol formun kullanım zorluğu çok sık kullanılmasının gerekmesidir. Etki elde edilebilmesi için günde defalarca kullanılması gerekir.(2)

İmmunoterapi

Yukarıda bahsedilen çevrenin kontrolü veya farmakoterapi yöntemlerinin etkisiz olduğu durumlarda ***'İmmunoterapi'*** gündeme gelir. İmmunoterapi, kandaki IgE düzeyinin azaltılıp allerjene spesifik IgG düzeyinin artırılması prensibine dayanır. Bu yöntemle allerjide sadece semptomotik tedavi değil, kür ihtimalinden bahsedilebilir. İmmunoterapi için kullanılan 3 farklı metod vardır.

1 — Geleneksel metod: Güvenilir doz allerjenin çok dilue miktarı ile başlayıp, haftada l veya iki kez bu dozu artırarak terapiye devam etmek.

2 — Skin end-point titrasyon metodu: Bu metodda deri testinde cevap oluşturan allerjen miktarının 10 katı ile terapiye başlanır.

3 — RAST-testi temel alınan metod: Bu yöntemde RAST testi ile belirlenen miktarla terapiye başlanır.

İmmunoterapinin etkileri şunlardır:

— Spesifik IgE miktarı azalmaktadır.

— Spesifik IgE miktarında artış olmaktadır. Bu değişiklik semptomlardaki düzelmeyle korelasyon gösteren en önemli bulgudur.

— Hücre duyarlılığında değişiklik. Allerji mediatörlerinin salınımı için gereken allerjen miktarı en az iki katına çıkar.

İmmunoterapi çok uzun süren bir tedavi yöntemidir, hastanın çok uyumlu olması ve düzenli olarak enjeksiyonlarına gelmesi gerekmektedir. Ancak anafilaktik şok ihtimali hiçbir zaman gözardı edilmemelidir.

İmmunoterapi için önerilen süre 3-5 yıldır. Üç yıllık tedavi sonrasında hiçbir cevap alınmamışsa tedaviye devam edilmez. Mevsimsel allerjik riniti olan hastalarda genelde iyi cevap görülürken, perennial allerjik rinitte çok fazla cevap alınmaz. Hiç cevap alınamayan hastalarda ise her zaman başka tip bir rinit olabileceği akılda tutulmalıdır.(l,4,5,9)

KAYNAKLAR

1. AMA Council on Scientifis Affairs. Panel On Allergy: in vivo Diagnostic Testing and Immunotherapy for Allergy. JAMA 258:363-367, 1987.
2. Church MK: Reassesment of Mast cell Stabilizers İn The Treatment of Respiratory Disease. Ann Allergy 62:215, 1989.
3. Chen C: Genetic Aspects of Allergy. Med Clin North Am 58:25, 1974.
4. Creticos PS, Norman PS: Immunotherapy with Allergens. fAMA 258:2874, 1978.
5. Fadal R G: Immunotherapy Failure. Otolaryngo Clin North Am 18:805, 1985.
6. Hagy G W, Settipane G A: Bronchial Asthma, Allergic Rhinitis and Allergy skin test among college students. J Allergy 44:323, 1969
7. Mabry R L: Corticosteroids in Otolaryngology. Otolaryngol Head Neck Surg 91:717, 1983.
8. Nalebuff D J, Fadal R G, Ali M: The study of IgE in the diagnosis of allergic disorders in Otolaryngology practice. Otolaryngol Head Neck Surg 87:351, 1979.
9. Norman P S: A Review of Immunotherapy. Allergy 33:62, 1978.
10. Parkin J L: Topical Steroids in Nasal Disease. Otolaryngol Head Neck Surg 91:715, 1983.
11. Wasserman S I: Mediators of immediate hypersensitivity, J Allergy Clin Immunol 72:101, 1983.