

Derleme

Allerjik Rinit ve Tedavisi

Allergic Rhinitis And Treatment

Ahmet KESKİN*

*Uzm. Dr. Aile Hekimliği Uzmanı, Ankara Çankaya 4 Numaralı Aile Sağlığı Merkezi

Özet

Allerjik rinit (AR), respiratuar mukozanın inflamasyonu ile karakterize bir hastalıktır. Yaşam kalitesi ile beraber okula ve işe devamı da etkiler. Topikal nasal steroidler orta-şiddetli AR'de tedavi seçeneğidir. Antihistaminikler, intranasal kortikosteroidler ve antileukotrienler diğer tedavi seçenekleridir. Bu yazı AR'in günümüz tanı ve tedavisindeki yaklaşımları konu edinmiştir.

Anahtar kelime: Allerjik rinit, tanı, tedavi

Abstract

Allergic rhinitis (AR) is the disorders of the airway characterized by inflammation of the respiratory mucosa. It affects quality of life, school and work attendance. Also it is a risk factor for development for asthma. Topical nasal corticosteroids are the treatment of choice for moderate to severe AR. Also antihistamines, intranasal glucocorticosteroids, antileukotrienes are the treatment options. This article subjects the current clinical approaches to the diagnosis and management of patients with AR.

Key words: Allergic rhinitis, diagnosis, management

Giriş

Allerjik rinit (AR) ilk kez 1926 yılında tanımlanmış bir hastalık olup allerjenle karşılaşma sonrası burnun membranlarından immünglobulin E (IgE) aracılı inflamasyona bağlı gelişen bir hastalıktır. Hastalığın temel semptomları: Hapşırma, burun tıkanıklığı ve mukus artışıdır¹. Allerjik hastalıkların ortaya çıkmasında ev tozu akarları, hayvan atıkları, mantarlar ve polenler gibi in hale edilen allerjenler, mesleki duyarlaştırıcılar, ilaçlar,

hava kirliliği ve çocukluk çağında geçirilen infeksiyonların rolünün olduğu bilinmektedir². Çok çocuklu ailelerde ve erken yaşta kreşe giden çocuklarda astma ve allerjik hastalıkların daha sık görülmesi, bu çocukların daha sık infeksiyon geçirmeleriyle açıklanmaktadır³. Allerjik rinit en sık rastlanan solunum sistemi hastalıklarından birisidir. AR global bir sağlık sorunudur ve Dünya'daki popülasyonun %40'ını etkilediği düşünülmektedir⁴. Hayatı

tehdit eden bir hastalık olmamasına rağmen aktif çalışan kişilerde veya okula devam eden çocuklar üzerinde önemli bir sosyoekonomik etkisi bulunmaktadır⁵. Allerjik rinit, bu hastalarda yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilen bir hastalıktır. Allerjik rinit, astmayla birlikte bulunabilir ve her ikisi de yaşam kalitesini etkiler⁶. Allerjik rinit, sosyal hayatı, uykuyu, okul ve iş yaşamını etkilerken, ekonomik etkisi sıklıkla tahmin edilemez⁷. Allerjik rinit prevalansı düşük olmasına rağmen son 50 yılda prevalansın anlamlı derecede arttığı görülmüştür⁸. Avrupa ülkelerini kapsayan bir çalışmada değişik ülkelerde allerjik rinit prevalansı %17-29 arasında bulunmuştur⁹. Allerjik rinit tanı önerileri *Şekil 1*'de verilmiştir.

AR ile ilgili bir diğer konuda astma ilişkisidir. AR ve astma sıklıkla birlikte ve AR astma için bir risk faktörüdür. AR ve astma süregelen hastalıklar olup, her ikisi de

respiratuvar mukozada inflamasyon ile karakterizedir. Bu bağlamda alt ve üst solunum yolu hastalıklarının optimal etkinlikte tedavisi için hastalık şiddetine, komorbid hastalıklara, tedavinin vereceği faydaya ve hastanın durumuna göre uygun tedavi verilmelidir¹⁰.

Klinik uygulamaya dönük kılavuzlar 15 yıldan fazla bir süredir geliştirilmektedir. Allerjik rinit hastalarını tedavi etmek için geliştirilen kanıta dayalı ilk kılavuz ARIA (Allergic Rhinitis And Its Impact On Asthma, Allerjik Rinit Ve Astma Üzerine Etkisi) kılavuzudur ve sonraki yıllarda revizyonlarla birlikte yeni kılavuzlar da hazırlanmıştır. Birinci basamak hekimleri allerjik rinit hastalarının çoğunluğunu tedavi etmektedir ve birinci basamak hekimlerini yönlendirecek kılavuzlara ihtiyaç vardır⁴. Bu yazı da amaçlanan; güncel veriler ve kılavuzlar yardımıyla allerjik rinit tedavisini derleyip sunmaktır. Özet ve öneriler *Tablo 1*'de verilmiştir.

Tablo1. Allerjik Rinit Özet ve Öneriler¹¹

Allerjik rinit

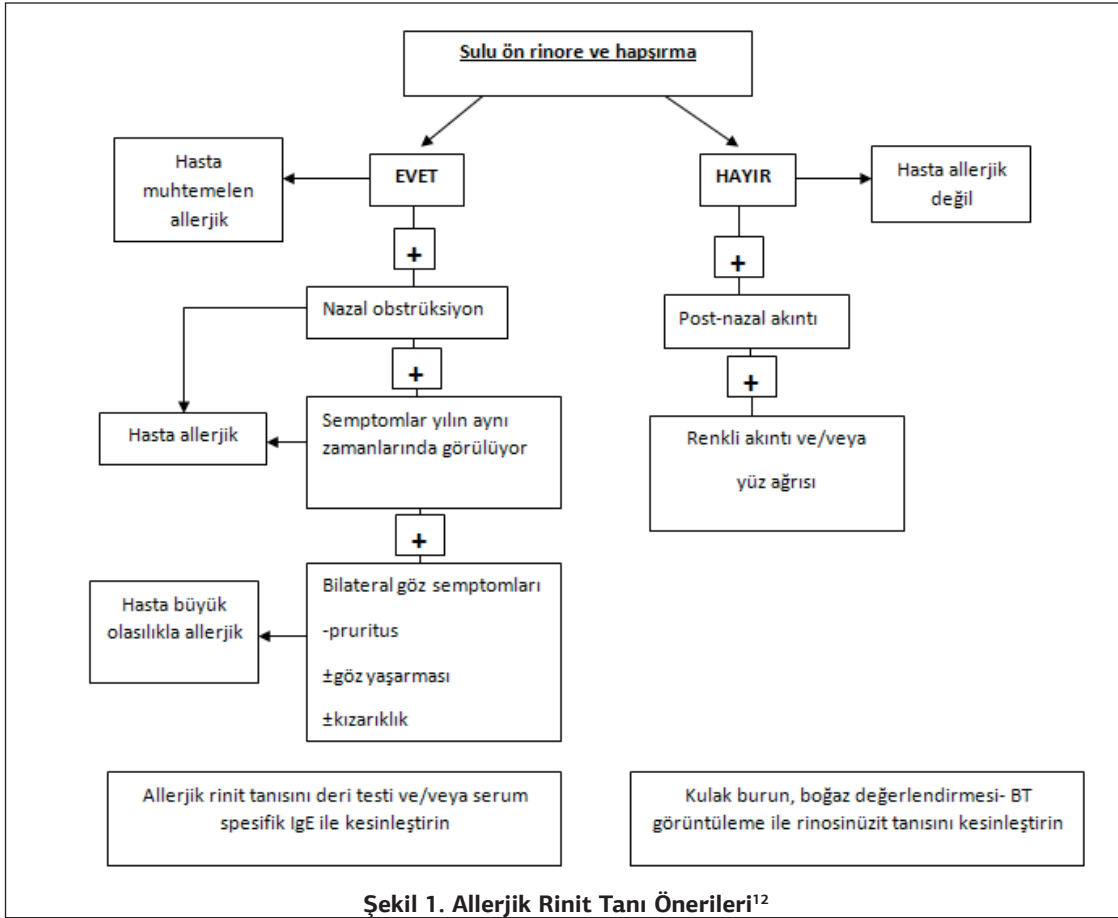
- Yaşam kalitesini, okul ve iş devamını ve performansını etkiler
- Hikaye ve spesifik alerji testleriyle tanı konur
- Astma gelişimi için risk faktörüdür
- Topikal nazal kortikosteroidler orta-şiddetli hastalıkta tedavi seçeneğidir
- Standard alerji eğitimi hastalığa spesifik yaşam kalitesinde düzelmeye sağlar
- Tedavi başarısızlığı nazal spreylerin veya damlaların uygunsuz kullanımına bağlı olabilir ve bu yüzden uygun eğitim gereklidir.
- İmmunoterapi, seçili vakalarda çok etkilidir.
- Mesleki rinit, sıklıkla mesleki astma gelişiminden önce gelir.

Non-allerjik rinit

- Multifaktöriyel etyolojisi vardır
- Asthma gelişiminde risk faktörüdür
- Eosinofilik ise kortikosteroid tedavisine yanıt verir.
- Wegener Granülamatozu, Churg-Straus Sendromu ve sarkoidoz gibi sistemik hastalıkların önde gelen semptomu olabilir

Enfektif rinit

- Virüsler ve daha az sıklıkla bakteri, mantar ve protozoa nedenlidir
- Allerjik hastalarda özellikle alerjenle karşılaşma ile aynı zamanda olursa sıklıkla daha şiddetli olur.



Antihistaminikler:

Antihistaminikler, H₁ blokerler, AR tedavisinin temel taşıdır ve astma hastalarında da faydalıdır. Birinci kuşak antihistaminikler genel olarak ilk basamak tedavide önerilmezler¹⁰. Birinci kuşak antihistaminiklere zıt olarak ikinci kuşak antihistaminiklerin minimal sedasyon etkileri varken diğer yan etkiler de daha az oranda görülür. Oral antihistaminikler, histamine bağlı gelişen rinore, hapsirme, burun kaşınması ve göz semptomlarını önleyerek etki gösterirken nazal konjesyona etkileri daha azdır. Oral antihistaminiklerin uzun süre (yıllarca) kullanımı güvenlidir ve çocuklarda da kullanılabilirler¹³. Yeni kuşak antihistaminikler (levosetirizin, desloratadin, ebastin vb) sedasyona yol açmadıkları ve sitokrom P450 enzim sistemi ile etkileşmedikleri için eski kuşak antihistaminikler yerine AR hastalarında önerilmektedir^{13,14}. İntranasal antihistaminikler ise mevsimsel AR hastası olan yetişkin ve çocuklarda önerilmekle birlikte yeterince klinik veri olmadığından persistan AR'de önerilmemektedir. Oral antihistaminiklerin kullanımı, nazal antihistaminiklere göre daha ön plandadır¹⁴. Antihistaminikler AR'e bağlı semptomları

azaltarak hastaların yaşam kalitesini artırır ve maliyet etkin tedavi sağlarlar. Astma hastalarında semptomları düzelttiklerine dair veriler de bulunmaktadır¹⁰.

Oral lokotrien reseptör antagonistleri:

Antilokotrienler tek başına veya loratadin, desloratadin ile kombinasyonları ile alerjik rinitte etkindirler. Montelukast, plasebo ile karşılaştırmalı çalışmalarda plaseboya göre nazal ve oküler semptomlarda etkin görünmektedir. Montelukast, rinitin tüm nazal semptomlarında, konjunktivit ve yaşam kalitesi skorlarında düzelmeye sağlar ve iyi tolere edilir. Astma hastalarında nazal ve bronşial semptomlarda düzelmeye sağlar^{10,13}. Lokotrien antagonistleri, nazal kortikosteroidlerden daha az etkili iken oral antihistaminiklerle benzer etkinliğe sahiptir¹³. Oral lokotrien reseptör antagonistleri çocuk ve yetişkinlerde mevsimsel AR hastalarında önerilmektedir. Persistan AR vakalarında ise yeterince çalışma olmaması, sınırlı etkinlik ve maliyet yüksekliliği nedeniyle önerilmemektedir¹⁴.

İntranasal kortikosteroidler:

Erişkin ve çocukta kullanımları önerilmektedir. Oral anti-

histaminiklerden, lokotrien antagonistlerinden ve nazal antihistaminiklerden önce AR tedavisinde önerilen tedavi seçeneğidirler¹⁴. İntranasal kortikosteroidler, beklameta- zon, flunisolid, budesonid, flutikazon ve mometazon, AR tedavisinde en etkin tedavi seçeneğidirler^{10,13}. Nazal mu- kozadaki reseptör bölgelerinde yüksek konsantrasyona ulaşırlar ve minimal sistemik yan etkilerle birlikte dirler. İntranasal doz verildikten 7-8 saat sonra etkinliği görülür fakat maksimum etki için 2 hafta kadar beklemek gere- kebilir. AR'nin tüm semptomlarında etkindirler. İyi tolere edilirler, yan etki nadirdir ve plaseboya benzerdir. Uzun dönem kullanımları uzun dönem oral glukokortikoid kul- lanımındaki kaygılardan uzaktır¹³. Astmayla birlikte olan AR hastalarında da kullanılabilirler. Amerika'da yapılan bir çalışmada intranasal steroid veya antihistaminik baş- lanmasının acil servise başvuru da azalma sağladığı gös- terilmiştir^{10,15}. Tedaviye yanıt vermeyen vakalarda oral kortikosteroid tedavisi düşük doz kısa süreli denenebilir. Parenteral uygulamalar ise önerilmemektedir¹⁴.

Intranasal antihistaminikler:

Intranasal antihistaminikler erişkin ve çocuklarda mevsim- sel AR tedavisinde önerilmektedir. Fakat yeterli çalışma ol- maması nedeniyle persistan AR tedavisinde önerilmezler¹⁴.

Sonuç

Allerjik rinit genel tıp pratiğinde sık karşılaşılan bir sağ- lık sorunudur. Diğer hastalıklarda olduğu gibi erken tanı ve tedavisi önemlidir. Klinisyenler AR ve astma birlik- teliliği konusunda dikkatli olmalı ve bu hastalığın yaşam kalitesini düşürdüğü ve yarattığı iş gücü kaybı nedeniyle bir maliyetinin de olduğunu unutmamalıdır. Tedavisinde ilk basamak olarak intranasal steroidler önerilmekle bir- likte oral antihistaminikler, lokotrien reseptör antago- nistleri de diğer alternatif tedavi seçenekleridir. Ülke- mizde de yaygın olan bu hastalığın tanınması için geniş popülasyonlu prevalans çalışmalarına, tedavisi için ise yerel tedavi kılavuzlarına ihtiyaç vardır.

Kaynaklar

1. Yorgancıoğlu A, Kalaycı Ö, Kalyoncu AF, Khaltaev N, Bo- usquet J. Allerjik rinit ve astım üzerine etkisi güncelleme (ARIA 2008) Türkiye deneyimi. *Tüberküloz ve Toraks Der- gisi* 2008; 56(2): 224-231
2. Kocabaş A. Bronşial Astım; In: Temel İç Hastalıkları. İliçin, Gürler, et al. Ankara, Güneş Kitabevi I,1996;476-496.
3. Matricardi PM, Bouygue GR, Tripodi S. Inner-city asthma and the hygiene hypothesis. *Annals of Allergy and Ast- hma Immunology* 2002; 89:69-74.
4. Costa DJ, Bousquet PJ, Ryan D, Price D, Demoly P, Brozek J, Schünemann HJ, Bousquet J. Guidelines for allergic rhi- nitis need to be used in primary care. *Prim Care Respir J.* 2009 Dec;18(4):250-7.
5. Konno S, Hizawa N, Fukutomi Y, Taniguchi M, Kawagishi Y, Okada C et al. The prevalence of rhinitis and its associ- ation with smoking and obesity in a nationwide survey of Japanese adults. *Allergy.* 2012 May;67(5):653-60.
6. Leynaert B, Neukirch C, Liard R, Bousquet J, Neukirch F. Quality of life in allergic rhinitis and asthma. A popula- tion-based study of young adults. *Am J Respir Crit Care Med.* 2000 Oct;162(4 Pt 1):1391-6.
7. Bousquet J, Van Cauwenberge P, Khaltaev N. Allergic rhi- nitis and its impact on asthma. *J Allergy Clin Immunol* 2001;108(Suppl. 5):S147-334.
8. Sears MR, Burrows B, Herbison GP, Holdaway MD, Flan- nery EM. Atopy in childhood: II. Relationship to airway responsiveness, hay fever and asthma. *Clin Exp Allergy* 1993;23:949-956.
9. Bauchau V, Durham SR. Prevalence and rate of diag- nosis of allergic rhinitis in Europe. *Eur Respir J.* 2004 Nov;24(5):758-64.
10. Nathan RA. Management of patients with allergic rhi- nitis and asthma: literature review. *South Med J.* 2009 Sep;102(9):935-41.
11. Scadding GK, Durham SR, Mirakian R, Jones NS, Leech SC, Farooque S et al. BSACI guidelines for the manage- ment of allergic and non-allergic rhinitis. *Clin Exp Allergy.* 2008 Jan;38(1):19-42.
12. Bousquet J, Khaltaev N, Cruz AA, Denburg J, Fokkens WJ, Togias A et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 update (in collaboration with the World He- alth Organization, GA(2)LEN and AllerGen). *Allergy.* 2008 Apr;63 Suppl 86:8-160
13. Bousquet J, van Cauwenberge P, Ait Khaled N, Bachert C, Ba- ena-Cagnani CE, Bouchard J et al. Pharmacologic and anti- IgE treatment of allergic rhinitis ARIA update (in collaborati- on with GA2LEN). *Allergy.* 2006 Sep;61(9):1086-96.
14. Brozek JL, Bousquet J, Baena-Cagnani CE, Bonini S, Ca- nonica GW, Casale TB, van Wijk RG et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines: 2010 revisi- on. *J Allergy Clin Immunol.* 2010 Sep;126(3):466-76.
15. Adams RJ, Fuhlbrigge AL, Finkelstein JA, Weiss ST. Intranasal steroids and the risk of emergency de- partment visits for asthma. *J Allergy Clin Immunol.* 2002 Apr;109(4):636-42.

Yazışma Adresi / Correspondence:

Uzm. Dr. Ahmet Keskin

e-posta: keskina74@hotmail.com