

Alerjik Rinitte Güncel Tanı ve Tedavi Yaklaşımları

Uzm. Dr. Özgür TARKAN
Arş. Gör. Dr. Özgür SÜRMELOĞLU
Prof. Dr. Ülkü TUNCER

Alerjik rinit nazal mukozanın havayla solunan bir alerjenle karşılaştığı anda ortaya çıkan inflamatuvar cevaptır. İlk olarak 1929 yılında alerjinin üç kardinal semptomu burun akıntısı, burun tıkanıklığı ve hapşurma olarak tanımlanmıştır¹. Amerika Birleşik Devletleri'nde en sık görülen alerjik hastalıklar içinde birinci sırayı, en sık görülen kronik hastalıklar içinde beşinci sırayı alan alerjik rinitin toplumda görülme sıklığı % 10-20 arasında rapor edilmektedir. Bronşial astmada olduğu gibi son yıllarda alerjik rinit sıklığı da artmaktadır^{2,3,4}.

Günümüzde alerjik rinitin güncel sınıflandırmasında semptomların süresine göre "intermittant ve persitan alerjik rinit" terimleri kullanılmaktadır. Haftada 4 günden az ya da 4 haftadan daha kısa süren alerjik rinit semptomlarının olması intermittant olarak, haftada 4 günden daha fazla veya 4 haftadan daha fazla süren alerik rinit semptomlarının olması persistan olarak tanımlanır. Yapılan çalışmalar intermitant ve persistan terimlerinin mevsimsel ve perenial terimleri ile sinonim olmadığını göstermiştir^{5,6}. Bazı otorler alerjik riniti şiddetine göre düşük, orta ve şiddetli olarak 3 derecede sınıflandırmışlardır⁷.

Alerjik rinit her yaşta görülebilmekle birlikte en sık başlangıç yaşı çocuktan erişkin döneme geçildiği yıllar olarak görülmektedir. Alerjik rinitli hastalarda yaklaşık % 50 pozitif aile hikayesi vardır. Hem anne hem de babada alerjik rinit olan çocukların % 68'i on yaşından önce, % 85'i de 20 yaşından önce ilk alerji semptomlarını vermişlerdir. Alerji semptomlarının kaybolması olasılığı % 10 civarında olup sadece hastalığın hafif formlarında görülür^{2,3,4,8}.

* Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak, Burun ve Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, Balcalı/ADANA

Alerjik rinit insidansını artıran faktörler şu şekilde sıralanabilir²:

1. Ailede alerji veya atopi öyküsünün olması.
2. Sosyoekonomik düzeyin yüksek olması.
3. Siyah ırk.
4. Hava kirliliği.
5. Ailenin ilk çocuğu olma.
6. Ev içinde hayvan beslenmesi.
7. Evde sigara içilmesi.
8. Bebeğin bir yaşından önce yapay mamalarla beslenmesi.

ALERJENLER

Ig E ortamlı bağışıklık yanıtı oluşturabilen yabancı maddelere alerjen olarak tanımlanır. Genellikle dış ve iç ortam alerjenleri olarak sınıflandırılırlar. Alerjik rinite neden olan alerjenler ülkeden ülkeye, hatta aynı ülke içinde coğrafi bölgelere bağlı olarak değişiklik gösterir. Ağaç, çim, yabancı ot polenleri, mantar ve küfler en sık görülen aeroalerjenlerdir. Ağaç polenleri erken ilkbahar, çimen polenleri geç ilkbahar ve erken yaz, yabancı ot polenleri ise geç yaz döneminde ortaya çıkar. Toz akarları ve hamam böceği dışkıları, kedi ve köpek tüyleri ve küf mantarları sık görülen alerjen kaynaklarıdır.

FİZYOPATOLOJİ

Alerjik bünyesi olan bir bireyde alerjenle ilk karşılaşmayı takiben sensitizasyon adı verilen ve Ig E oluşumu ile sonuçlanan bir eylem ortaya çıkar. Bu yeni oluşan Ig E molekülleri mast hücreleri ve bazofillerdeki yüksek bağlama yeteneği olan reseptörlere ve eozinofil, trombosit ve monositlerdeki daha az bağlayıcı olan reseptörlere bağlanırlar. Alerjenle ikinci karşılaşmada ani-erken bir alerjik cevaba neden olur. Antijenler yüzeyel mast hücrelerindeki özgül Ig E molekülleriyle etkileşirler. Bitişik iki IgE molekülünün antijenle bağlanması sonucunda mast hücresi degranülasyonu ortaya çıkar. Bu olayı takiben histamin, triptas, heparin, kondroitin sülfat, trombosit-platelet uyaran PAF maddesi, prostoglandinler ve lökotrienler burun boşluğuna salınır. Histaminle uyarım sonucunda duyuşal sinir ve damarların etkilenmesine bağlı

olarak burun akması, dolgunluk, kaşıntı hissi ve hapşırık ortaya çıkar.

Mast hücresi degranülasyonu ve salınan maddelerin alerji tablosunu ortaya çıkarabilmesi, ancak bulguların klinik hastalık tablosundakinden daha kısa süreli olması, ilave iltihabi olaylarında da klinik hastalık tablosunun gelişiminde önemli rol oynadığını düşündürmektedir. Alerjik uyarımı takiben oluşan ilk cevaptan sonra semptomların tekrarlamasıyla ve ortam düzenleyici maddelerin düzeylerinin tekrar yükselmesi ile karakterize geç dönem yanıtı ortaya çıkar. Geç yanıtın önemli bir özelliği hücreli iltihaptır. Son dönemdeki araştırmalar nazal alerjiye uyarımı takiben 24 saat sonunda endotelial adezyon-yapışma moleküllerinde (VCAM-1: Vascular Cell Adhesion Molecule-1) artış olduğunu göstermiştir. Bu molekül çok geç antijen-4(VLA-4: Very late antigen-4) ile etkileşime girer. VLA-4 / VCAM-1 etkileşimi özgün eozinofillerin dolaşımından alerjik iltihap bölgelerine göç etmesini düzenleyen mekanizmalardan biri olarak bilinmektedir. Bu olayda katkısı olan diğer önemli adezyon molekülleri ICAM-1 (intercellular adhesion molecule-1) ve E-selektindir. Uyarılmış mukozada bol miktarda bulunan lenfositlerden salınan sitokinler alyuvarlardaki adezyon moleküllerini düzenleyerek bu hücrelerin doku içine göç etmelerine neden olurlar. Sitokinlerin bazılarının da kemotaksis ve iltihabi hücre yaşam süresinin uzatılması gibi görevleri vardır. Tüm bu değişimler mukozal yanıtın eşliğini azaltarak değişik uyaranlara karşı olan yanıtta artışa neden olurlar, bunun sonucunda alerjik bireyle güncel yaşamda sık karşılaştıkları maddelere karşı daha duyarlı hale gelirler^{2,4}.

FİZİK MUAYENE VE BULGULAR

Rinit semptomları ile gelen hastadan ayrıntılı bir şekilde öykü alınması alerjik rinit tanısının konulmasında önemli basamaktır. Alerjik rinitte en sık rastlanılan semptomlar; burun tıkanıklığı, akıntısı, kaşıntısı, koku ve tat bozuklukları, yumuşak damakta kaşıntı, hapşırma ve baş ağrısıdır. Semptomların periyodik olması, bu semptomların bazı ortamlarda ve zamanlarda ortaya çıkıp bazen de kaybolması alerjik rinitin özelliklerindedir. Hastanın ev, iş, okul ve yuva ortamının durumu, ailede alerjik bireylerin olup

olmadığı, hastada diğer alerjik hastalıkların varlığı iyice sorgulanmalıdır.

Burun muayene bulguları çok spesifik olmamakla birlikte hastaya dikkatli bir rinoskopik muayene yapılmalıdır. Nazal muayenede konkalarda ödem ve hipertrofi saptanabilir. Burun mukozası genellikle soluk mavi-pembemsi bir renkte görülmesine karşın, hiperemik görünümde de olabilir. Nazal kavitede saptanan sulu açık renkli şeffaf ya da koyu mukoid veya sarı-yeşil pürülan akıntılar diğer tip rinitlerde de görülebilir.

Muayenede alerjik rinite daha spesifik olan diğer bulgular dikkatle incelenmelidir. Alt göz kapağı cildinde koyu daireler şeklinde başlayıp zamanla kalıcı pigmentasyona dönüşen görünümle karakterize olan alerjik pırıltı (shiners) ve yine alt göz kapağında beliren küçük yarım ay şeklindeki çizgile (Dennie-Morgan çizgileri) alerjik rinit için spesifiktir. Çocuklarda alerjik rinitin en sık görülen belirtisi alerjik selamdır. Alerjik selam, burun kaşınmasını gidermek ve burun solunumunu rahatlatmak için istem dışı olarak avuç içi ile burun ucunu yukarıya doğru bastırılmasıdır. Bu hareketin sık tekrarlanması zamanla burun sırtında buruşmaya yol açar. Erişkinlerde ise alerjik selam yüz buruşurmaya terk eder. Uzun ipeksi kirpiklerin olması ve alerjik konjonktivite ait göz bulgularının saptanması tanıda yardımcı olur^{3,4,8,9}.

Alerjik rinitte sıklıkla eşlik edebilen diğer hastalıklar effüzyonlu otitis media, sinüzit ve uyku bozukluklarıdır. Bu nedenle alerjik rinit yakınması ile gelen hastada ayrıntılı kulak burun boğaz muayenesinin yapılması ve gerektiğinde bu hastalıkların da araştırılması önemlidir.

Fizik muayene bulguları ve ayrıntılı bir hikaye alınması ile genellikle alerjik rinit tanısı konulabilir. Ancak rinit tanısını kesinleştirmek veya ayırıcı tanı yapabilmek için bazı laboratuvar testlerine gereksinim duyulabilir. Bu testler aynı zamanda spesifik alerjene karşı korunma tedavisinde yararlı olabilir.

ALERJİ TESTLERİ

Deri Testleri

Epikutanöz veya intradermal yapılabilen deri testlerinin tanısal değeri tartışmalıdır. Epikutanöz testler 'scratch' (çizik) veya 'prick' (batırma) şeklinde

yapılabilir ve intradermal testlere göre daha az sensitif ama daha fazla spesifiktir. Epikutanöz testlerde hastanın ön kol iç yüzü önce alkolle silinir ve hava ile kurutulur. Deri iğne veya ezici bir aletle çizilir veya delinir ve üzerine spesifik antijen damlatılır. Test yerinde ürtikeryal bir lezyon gelişmesi o alerjene karşı tip I hipersensivite olduğunu gösterir. İntradermal testte antijen deri içine verildiğinden sistemik reaksiyon hatta ölüm olabilmektedir. Cilt reaksiyonlarının derecesi kişiden kişiye değişeceği için bir dilüe negatif kontrol bir de histamin içeren pozitif kontrol uygulanarak sonuçlar değerlendirilmelidir^{10,11}.

İn Vitro Testler

İn vitro alerji testleri kandaki spesifik Ig E değerlerini ölçebilen testlerdir. Kanda spesifik Ig E düzeyleri genellikle RIA (Radio Immuno Assay) ve EIA (Enzyme Immuno Assay) yöntemleriyle ölçülür.

PRIST (Paper Radio Immuno Sorbent Test)

Spesifik Ig E artışının total Ig E artışına yol açacağı varsayımına dayanan bir testtir. Total Ig E düzeyi başka birçok nedende dolayı da artabileceğinden yetersiz kalmaktadır ve oldukça pahalı bir testtir⁴.

RAST (Radio Allergo Sorbent Test)

Bu alerjene karşı gelişen spesifik Ig E düzeyini ölçmeye yarayan güvenilir bir testtir. Günümüzde en sık kullanılan testtir⁴.

ELISA (Enzyme Linked Immuno Sorbent Test)

Muayene ortamında kullanılan ucuz bir testtir ve RAST testinden farkı enzimatik belirleyici kullanılmasıdır⁴.

Provokasyon Testleri

Alerjen maddenin giderek arttırılan dozuna karşı nazal mukozada oluşan değişiklikler ve ortaya çıkan semptomlar incelenir. Testin güvenilir olması için mutlaka önceden plasebo maddelerle de test yapılmalıdır².

Nazal Sitoloji

Nazal sekresyonlarda eozinofili araştırılmasıdır. Burundan alınan sürüntünün lam üzerine yayılıp havada kurutulduktan sonra Giemsa ile boyanıp eozinofili araştırılır. Eozinofil oranının % 25'ten fazla olması respiratuar alerjiyi destekler. Ancak yorum yapılırken NARES'li (non allergic rhinitis with eosinophilia syndrom) hastalarda da eozinofili olabileceği hatırd tutulmalıdır³.

Kanda Eozinofili ve Total Serum Ig E Seviyesi

Her iki parametrenin de alerji tanısında sınırlı bir yeri vardır. Ig E değişik nedenlerden dolayı yükselebildiğinden sadece Ig E seviyesini ölçerek alerji tanısını koymak yanlıştır. Alerjik rinitli hastaların % 35-50'sinde serum Ig E değeri normal düzeylerde iken atopik olmayan normal grupta % 20 oranında serum Ig E düzeyinde artış saptanmıştır².

TEDAVİ

Alerjik rinit tedavisi iyi bir hasta-hekim ilişkisi kurularak sabırla sürdürülecek olan uzun bir süreçtir. Alerjik rinit tedavisi ARIA rehberine göre (Allergic rhinitis and its Impact on Asthma) 2008 de güncellendi. Buna göre tedavide alerjenden korunmanın yanı sıra medikal tedavide intranazal steroidler, H1 reseptör blokörleri ve lökotrien antagonistleri önemli yer alır¹². Tedavinin temeli sorumlu alerjenden korunmaya dayanır. Ancak her zaman spesifik alerjeni ortaya koymak mümkün olmayabilir veya birden çok alerjen etken olarak karşımıza çıkabilir. Alerjenden korunmanın mümkün olmadığı bu durumlarda diğer tedavi yöntemleri gündeme gelir. Alerjik rinitin tedavi yaklaşımları 3 şekilde sıralanabilir;

1. Alerjenden korunma ve çevre kontrolü
2. Medikal tedavi
3. İmmünoterapi

1. Alerjiden Korunma ve Çevre Kontrolü

Alerjik hastalıkların ideal tedavisi spesifik alerjinin tespit edilerek bununla ilgili çevre kontrolünün yapılmasıdır. Bu yöntem en çok 'ev içi alerjenler' olarak bilinen ev tozu akarları, hayvan türü, hayvan salgıları ve mantarlara karşı hassasiyeti olan hastalarda yararlıdır. Ev tozu akarlar (dermatophagoides farinae be D.Pteronyssinus) gözle görülmeyen çok küçük canlılardır. Evin temizliği ile yakından ilgili olan bu canlılar deri döküntüleri ile beslenir; yatak, halı, mobilyaların üzerinde çok yüksek konsantrasyonda bulunurlar. Bu nedenle ev tozu akarlarından korunmada bazı hususlara dikkat edilmesi gerekir. Yünlü yatak, yorgan, halı ve tüylü oyuncakları evde bulundurmamaya, yatak ve yastık kılıflarını haftada bir kez sıcak suyla yıkamaya özen gösterilmelidir. Oda içinde mümkün olduğunca az mobilya bulundurulmalıdır ev hemen her gün temizlenmeli ve zemine halı serilmemelidir. Odanın nemi % 50'nin altında tutulmaya çalışılmalıdır.

Hayvan alerjilerinde hayvanın tüy ve salyası önemlidir. Hayvan evden uzaklaştırılsa dahi ortamdaki alerjenler birkaç ay daha etkilerini sürdürebilirler. Bu tip alerjenlerden korunmanın tek yolu evde veya yaşanan mekanda (yuva, ofis gibi) hayvan beslememektir. Hayvan besleme konusunda ısrar ediliyorsa balık gibi tüy ve salyası olmayan hayvanlar önerilmelidir.

Mantarlardan korunmak için evde iyi bir havalandırma ve filtreleme sistemi bulunması gerekir. Ev içinde çiçek bulundurulmamalı bahçedeki çiçeklerle uğraşılırken maske kullanılmalıdır. Kitap, kağıt, ayakkabı gibi mantarlar için iyi ortam oluşturan eşyaların bulunduğu ortamları iyi havalandırmak gerekir. Banyo veya çatılardaki su sızdıran bölümler onarılmalıdır.

Polen alerjilerinin kontrolü mevsimsel oldukları ve tespit edilebildikleri için daha kolaydır. Ancak hastaların kısıtlanması kolay olmamaktadır. Polen mevsimlerinde pencerelerin kapalı tutulması, hava filtrelerinin kullanılması, özellikle sabahları açık havada gezilmemesi, dışarıdan eve girildiğinde elbiselerin değiştirilmesi ve duş alınması daha az polen miktarına maruz kalınmasını sağlayabilir.

2. Medikal Tedavi

Medikal tedavide ilk sırayı ARIA 2008 rehberinde belirtilen raporlara göre intranazal steroidler almaktadır. Orta ve şiddetli semptomları olan hastalarda ve okuler semptomların görüldüğü hastalarda intranazal steroid tedavisi oldukça önemli bir yer teşkil etmektedir¹³. Yine tüm hastalarda H1 reseptör blokörleri oldukça önemli bir yer tutar. Rinit ve beraberinde astım semptomları olan olgularda lökotrien antagonistleri de önemli yer tutar¹⁴.

Topikal Nazal Steroid Spreyler

Uzun süre kullanımlarında sistemik yan etkilerinin veya nazal mukoza atrofisinin görülmemesi avantajı olan topikal nazal steroid spreyle alerjik rinitin tedavisinde en sık kullanılan ilaçlardır. Alerjik rinitlerin tüm semptomları üzerinde düzeltici etkisi vardır ve 5-7 gün sonra bu etkiler görülmeye başlanır. Bu nedenle ilk günlerde bir antihistaminikle kombine edilmesi hastalarda daha erken rahatlama sağlayabilir. Beklametazon, budesonid, flutikazon, mometazon, triamsinolon topikal nazal steroid spreylere örnek olarak verilebilecek ilaçlardır^{4,8}.

Antihistaminikler

Histaminin hedef hücrelerinden alınımını engelleyerek inflamatuvar mediatörlerin salınmasına engel olurlar. Erken alerjik yanıtta H1 reseptörlerinin rol aldığı bilinmektedir ve bu reseptörler kan damarları, duyuş sinirler, solunum ve sindirim yolu düz kasları ve merkezi sinir sisteminde bulunurlar. Uyarılmaları sonucunda vazodilatasyon, damar geçirgenliğinde artış, hapşırma, kaşıntı, salgılarda ve bağırsak hareketlerinde artış ortaya çıkar. Oral emilimleri iyi olan bu ilaçların etki süreleri de kısadır. Antihistaminiklerin kullanımı alerjik rinit semptomlarından hapşırma, göz ve burun kaşıntısı ve burun akıntısına etkili olup burun tıkanıklığına fazla etkili değildirler. Bu nedenle sıklıkla dekonjestanlarla birlikte kullanılırlar. Kombine hazırlanan bu tip preparatlara örnek olarak akrivastin+psödoefedrin, feniramin+fenilpropalamin, klorfeniramin+fenilpropalamin, deksbromfenilamin+psödoefedrin verilebilir^{3,4,8,9}.

Birinci kuşak antihistaminikler alerjik rinit semptomlarını gidermede oldukça etkili olmalarına karşın uyku haline yol açması gibi önemli bir yan etkiye sahiptirler. Hastaların yaklaşık % 20 kadarında bildirilen bu yan etki haricinde hastada verim düşüklüğü, bulanık görme, idrar retansiyonu gibi istenmeyen etkilere de neden olabilmektedirler. Birinci kuşak antihistaminiklere örnek olarak feniramin, klemastin ve difenhidramin verilebilir. İkinci kuşak antihistaminiklerde bu yan etkiler plasebodan daha fazla değildir. Bu ilaçlara örnek olarak setirizin, hidroksizin, feksofanadin ve loratidin sayılabilir^{3,4,8,9}.

Sistemik Steroidler

Uygulanan ilaç tedavilerinin yetersiz kaldığı, şiddetli semptomlarla seyreden, nazal polipozisle birlikte olan olgularda sistemik steroidlerin kullanımı gerekebilir. Alerjik rinit tedavisinde hiçbir zaman birinci seçenek olmamalıdır.

Dekonjestanlar

Mukozal konjesyon ve ödemi azaltarak burun tıkanıklığına kısa sürede etki ederler. Fenilaminler (efedrin, pseudoefedrin, fenilefrin, fenilpropalamin gibi) genellikle oral kullanılırken imidazolinler (xylometazin, oksimetazolin, nafzolin gibi) topikal kullanılırlar. Oral ajanlar bazı hastalarda hipertansiyon ve kardiyak aritmilere yol açabilir. Topikal ajanların da rinitis medikomentozaya yok açabilecek rebound etkileri olabilir^{3,4,8}.

Lökotrien Antagonistleri

Alerjik rinitin semptomatik olduğu dönemde hücrel cevaba paralel olarak salınan mediatörlerden lökotrienin etkisini reseptörü antagonize ederek yada sentezini bloke ederek etkisini gösterir. Astım ve alerjik rinitin paylaştığı ortak patofizyoloji "birleşik havayolu hastalığı" konseptini ortaya çıkarmıştır. Astım ve alerjik rinitte görülen lökotrien salınımı, antilökotrienlerin potansiyel olarak her iki hastalıktada etkili kılmaktadır. Oral kullanıldığı için bu iki hastalığın birlikte buldukları durumlarda uygun bir tedavi seçeneği olabilirler. Lökotrien

antagonistlerinin etkili olduğunu bildiren çalışmalar ayrıntılı olarak değerlendirildiğinde etkinin daha çok nazal konjesyon üzerine olduğu görülmektedir. Mevcut formları ile günümüzde uygulanan alerjik rinit tedavisinin ana hatlarını değiştirmekten çok adjuvan tedavi olarak kullanılmaktadır.

Mast Hücresi Stabilizatörleri

Mast hücresi membranını stabilize ederek degranülasyonu engelleyerek etki gösterir. Herhangi bir organda birikmez, teratojenik değildir. Alerjik rinitte alerjenlerle karşılaşmadan önce kullanılması gerekir. İlk geliştirilen formül kromalin sodyum ve nedekromildir. Sprey formların yanı sıra alerjik rinit dışında kullanımlar için oftalmik, pulmoner ve oral formları bulunur.

Antikolinergikler

Hava yolu mukus glandları kolinerjik innervasyona sahiptir. Stimülasyonla sekresyondaki artış atropin ile bloke edilir. Antikolinergik olarak temel preparat atropindir. Rinitlerde ise nazal sprey olarak ipratropium bromid rinoreyi önlemede etkin olarak kullanılmaktadır. Alerjik rinit dışında vazomotor rinit gibi diğer rinit türlerindedir rinore için kullanılabilir. Rinore belirgin olup antihistaminiklere çözüm alınamazsa denenebilir.

3. İmmünoterapi

İmmünoterapi (İT) alerjik hastalarda temas edildiğinde semptomlara yol açan alerjen aşılarının giderek artan dozlarda uygulanmasıdır. İT için mutlak endikasyon venom alerjisidir. Alerjik rinit ve astım gibi hastalıklar relatif endikasyonlardır. İT hakkındaki çeşitli konsensüs raporlarında İT endikasyonları şu şekilde sıralanmıştır¹⁵.

- İlaç tedavisi semptomları kontrol etmede yetersiz kalıyorsa yada istenmeyen yan etkiler varsa
- Alerjen eliminasyonu semptomları kontrol etmede yetersiz kalıyorsa
- En az iki mevsim yada altı ay süren rinit hikayesi varsa
- Rinit semptomları ile cilt testi yada spesifik Ig E sonuçları uyumlu ise

- Hasta immunoterapiye uyum gösterebilecek ise uygulanabilir. İT'yi diğer tedavi yöntemlerinden farklı kılan özelliği alerjik hastalığın doğal seyrini değiştirebilen tek tedavi seçeneğinin olmasıdır.

Kandaki alerjene spesifik Ig E düzeyinin azaltılıp Ig G düzeyinin artırılması esasına dayanan immünoterapi uzun süreli bir tedavidir. İmmünoterapi ile 3 ayda hastalarda beklenen düzelmelerin sağlandığını ve hastaların büyük çoğunluğunda tamamen iyileşme elde edildiğini, diğer tedavilere gereksinim kalmadığını savunan çalışmalar mevcuttur. Anaflaktik şok immünoterapinin en önemli komplikasyonudur. Bu nedenle immünoterapinin deneyimli uzman kişilerce yapılması şarttır. Ayrıca bu işlem terapiden sonra hastanın iki saat kadar gözlenebileceği ve gerektiğinde anaflaktik şok müdahalesinin yapılabileceği bir ortamda uygulanabilmesi gerekir^{16,17}. Sublingual immünoterapi bu hastalığın tedavisinde etkili ve güvenilir bir yöntemdir. Ancak klinik bulgular ışığında daha fazla standardize edilmesi gerekmektedir¹⁸.

Alerjik Rinit ve Cerrahi

Alerjik rinitli hastalarda tıbbi tedaviye cevap vermeyen durumlarda burun tıkanıklığını gidermeye yönelik cerrahi yapılarak eşlik edilen patoloji düzeltilmeli, mümkün olduğunca konservatif davranılmalıdır. Alerjik rinitte cerrahinin esas tedavi değil yardımcı tedavi olduğu unutulmamalıdır. Endoskopik sinüs cerrahisi mümkün olduğunca sınırlı tutulmalı yalnızca drenaj sistemini engelleyen engellerin kaldırılmasına yönelik olmalıdır. Konkaya yaklaşım olabildiğince konservatif olmalı boş burun sendromuna yol açacak müdahalelerden kaçınılmalıdır.

ALERJİK RİNİTTE TEDAVİ SEÇİMİ

Tedavide kullanılan ajanlar tercih edilirken semptomlar üzerine etkisi göz önüne alınmalıdır. Avrupa Allergoloji ve Klinik İmmünoloji Akademisi Alerjik Rinit Çalışma Grubunun 2000 yılında yayınladığı raporda alerjik rinitin şiddet ve süresine göre gruplandırmasının tedaviye yardımcı olacağından bahsedilebilir¹⁹. Buna göre hafif alerjik rinitte yakınmalar günlük aktivite ve

uykuyu engellemez; hasta tedavisiz de yapabilir. Orta şiddetteki alerjik rinitli hastada yakınmalar günlük aktivite ve uykuyu etkiler; bu durumda hasta tedavi ister. Şiddetli durumdaki alerjik rinitte ise hasta tedavisiz olarak günlük aktivite veya uykusunu devam ettiremez.

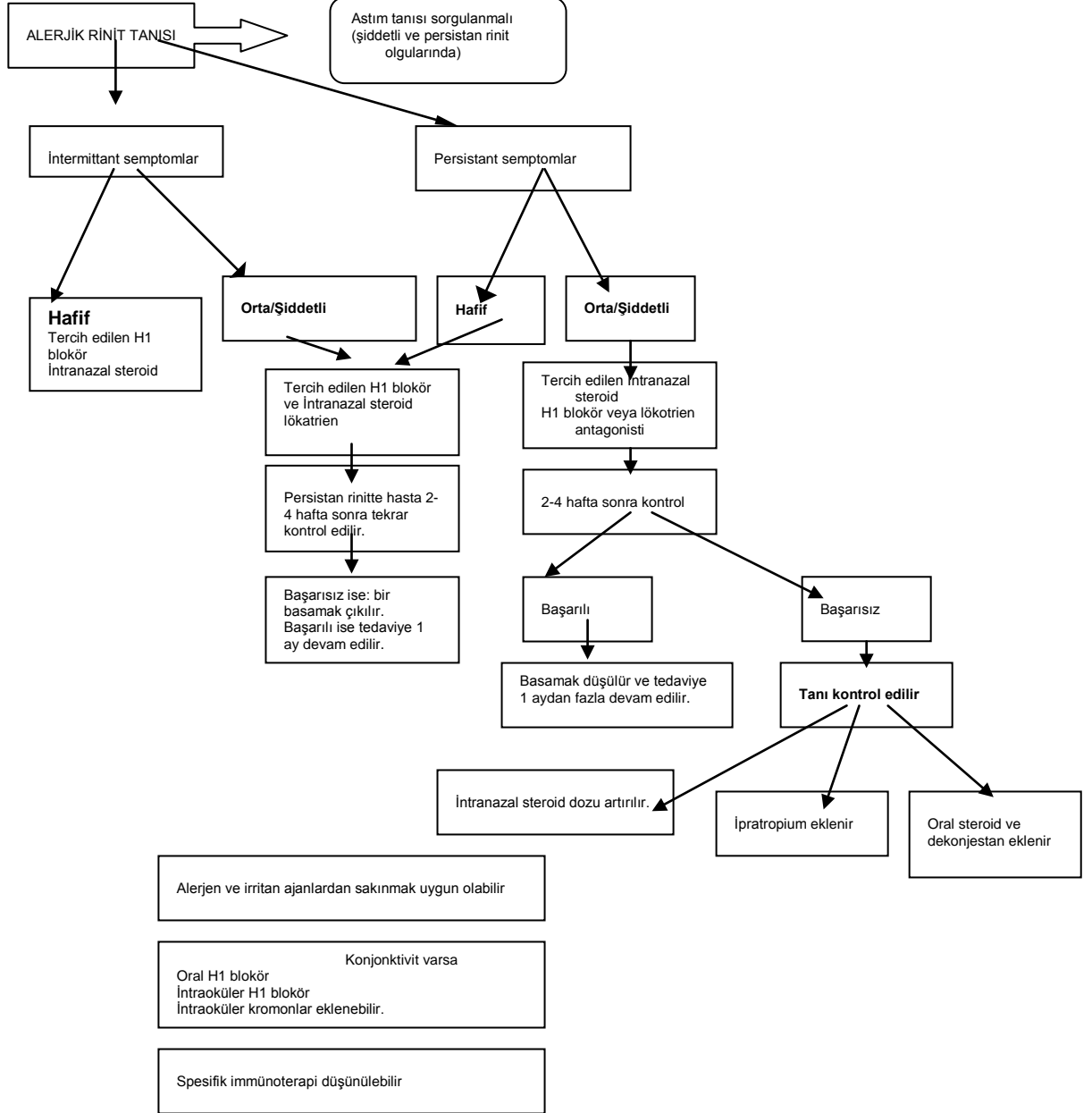
Güncel bilgiler ışığında 2008 yılında ARIA verilerine göre intranazal steroid tedavisi ilk seçenek tedavi olarak belirtilmiştir. Alerjik rinit ve astım hastalığı birliktelikte olanlarda H1 reseptör blokörleri ve lökotrien antagonistleri kullanılması önerilmiştir. Yine yapılan konsensusa göre sublingual immunoterapi oldukça etkili ve güvenli olarak belirtilmiştir ancak klinik kullanımlarının standartize edilmesi gerektiği bildirilmiştir^{13,14,18}. Alerjik rinite yaklaşım ile ilgili olarak ARIA 2008 rehberinde ortaya atılan algoritma Tablo-I'de belirtilmiştir.

Bazı hasta gruplarında ise tedavi yöntemini belirlerken ek dikkat sarfetmek gereklidir. Yaşlı hastalarda sistemik sorunları dikkate almak gerekir. Dekonjestanların kardiovasküler sistem üzerindeki olumsuz etkisi nedeniyle özellikle oral formunun, yaşlılarda kullanımından kaçınmak yerinde olacaktır. İlk kuşak antihistaminikler yoğun antikolinergik etkiyle kuruluk ve üriner sistem üzerinde olumsuz etkileri mevcuttur. Çocuklarda özellikle ilk kuşak antihistaminler okul başarısını etkileyebilir. Aktif gelişim dönemlerinden dolayı sistemik kortikosteroid ve dekonjestanların kullanımından kaçınmakta yarar vardır. Gebelerde öncelikle sistemik dekonjestan ve kortikosteroid tercih edilmemelidir. Nazal kromonlar ve topikal kortikosteroid kullanılabilir. Sporcularda dekonjestanların doping etkisi yapabileceği ve kullanılmaması gerektiği hatırlanmalıdır.

Medikal tedaviden uygun preparat tercihi için kullanılan ilaçların semptomlarına olan etkisi göz önünde bulundurulmalıdır.(Tablo-II)

Sonuç olarak alerjik rinitte tedavi seçiminde bir çok faktör göz önünde bulundurulmalıdır. Tedavinin basamaklandırılması ve hasta/semptom gruplandırılmasının gerçekleştirilmesiyle optimum tedaviyi yakalamak mümkün olacaktır²⁰.

Tablo-I: ARIA 2008 rehberine göre alerjik rinit algoritması



Tablo-2. Tedavinin semptomlar üzerine etkisi

	Aksırma	Burun Akıntısı	Burun tıkanıklığı	Burun kaşıntısı	Göz yakınmaları
<i>H1 Antihistaminikler</i>					
Oral	++	++	+	+++	++
İntranazal	++	++	+	++	-
İntraoküler	-	-	-	-	+++
<i>Kortikosteroidler</i>					
İntranazal	+++	+++	+++	++	++
<i>Kromonlar</i>					
İntranazal	+	+	+	+	-
İntraoküler	-	-	-	-	++
<i>Dekonjestanlar</i>					
İntranazal	-	-	++++	-	-
Oral	-	-	+	-	-
<i>Antikolinergikler</i>	-	++	-	-	-
<i>Antilökotrienler</i>	-	+	++	-	++

Kaynaklar

- Hansel F. Clinical and Histopathologic studies of the nose and sinuses in allergy. J Allergy. 1929;1:43-70
- Dykewicz MS, Fineman S, Skoner DP, et al. Diagnosis and management of rhinitis: Complete guidelines of the joint Task Force on the parameters in allergy, asthma and immunology. Ann Allergy Asthma Immunol 1998;81:478-518.
- Öğrenci M, Haberal İ. Alerjik Rinitler. In: Sinüzit, 1 st ed. Ankara, 1999: 63-67.
- Uzun H. Rinit. In: Çelik O (ed), Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş Boyun Cerrahisi, 1st ed. Turgut Yayıncılık, İstanbul, 2002:377-410.
- Bauchau V, Durham SR. Prevalence and rate of diagnosis of allergic rhinitis in Europe. Eur Respir J. 2004;24(5):758-64
- Demoly P, Allaert FA, Lecasble M, Bousquet J. Validation of the classification of ARIA (Allergic rhinitis and its impact on asthma). Allergy. 2003;58:672-5
- Bachert C, Van Cauwenberge P, Olbrecht J, Van Schoor J. Prevalence, classification and perception of allergic and nonallergic rhinitis in Belgium. Allergy. 2006;61(6):693-8
- Öğretmenoğlu O, Sennaroğlu L, Önerci M. Rinitler. In: Turan E (ed), KBB Hastalıkları, Güneş Kitabevi, Ankara, 1996:2931-9336.
- Kopke RD, Jackson RL. Rhinitis. In: Bailey BJ (ed), Head and Neck Surgery, JB Lippincott Company, Philadelphia, 1993:269-289.
- Mangi RJ. Allergy skin tests, an overview. Otolaryngol Clin North Am 1985; 18:719-723.

11. Nalebuff DJ. In vitro testing methodologies. Evolution and current status. *Otolaryngol Clin North Am* 1992;25:27-42.
12. Bousquet J, Khaltaev N, Cruz AA, Denburg J. ARIA update. *Allergy*. 2008;63:8-160
13. Fokkens WJ, Jogi R, Reinartz S, Sidorenko I. Once daily fluticasone furoate nasal spray is effective in seasonal allergic rhinitis caused by grass pollen. *Allergy*. 2007;62:1078-84
14. Philip G, Nayak AS, Berger WE, Leynardier F. The effect of montelukast on rhinitis symptoms in patients with asthma and seasonal allergic rhinitis. *Curr Med Res Opin*. 2004;20(10):1549-58
15. International Rhinitis Management Working Group. International Consensus Report on the Diagnosis and Management of Rhinitis. *Allergy* 1994; 49 suppl 19:5-34.
16. Veling Mc. The treatment of allergic rhinitis with immunotherapy: A review of 1000 cases. *Ear, Nose & Throat J*. 2001; 80;542-543.
17. Wise J. Immunotherapy produces long term clinical remission. *BMJ* 1999; 21;319 (7208):467A.
18. Durham SR, Riis B. Grass allergen tablet immunotherapy relieves individual seasonal eye and nasal symptoms, including nasal blockage. *Allergy*. 2007;62(8): 954-7
19. Van Cauwenberg P et al. Consensus statement on the treatment of allergic rhinitis. *European Academy of Allergology and Immunology*. *Allergy* 2000; 55(2).116-34.
20. Uslu SS. Alerjik Rinitte Tedavi Seçimi. In: Önerci M (ed), *Allerjik rinosinüzitler*. Ankara, 2002. 245-253.

Yazışma Adresi:

Uzm.Dr.Özgür TARKAN
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kulak, Burunve Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı
Balcalı/Adana

e-mail: ozgur_tarkan@yahoo.com