

# Çocuklarda Akut Ürtiker ve Anjiyoödem'e Güncel Yaklaşım

## *Current Approach to Acute Urticaria and Angioedema in Children*

### Öz

Akut ürtiker (AÜ), ürtiker plaklarının 6 haftadan daha kısa sürmesi olarak tanımlanmaktadır. Kabaca, hastaların yarısında bu duruma anjiyoödem de eşlik eder. Hastalık tüm yaş gruplarında yaygın olmasına karşın, genellikle kendini sınırlayan ve iyi huylu bir seyre sahiptir. Bazı hastalarda; enfeksiyon, ilaç, gıda, böcek sokması gibi olası bir tetikleyici neden tanımlanabilir. Fakat, bir çok hastada altta yatan neden saptanamaz. Bu yazıda, bu konudaki güncel bilgileri özetlemeyi amaçladık.

### Abstract

Acute urticaria (AU) is defined as the persistence of urticarial plaques for less than 6 weeks. Roughly, half of the patients with AU are accompanied by angioedema. Although the disease is common in all age groups, usually it has a self-limiting and benign course. A presumptive trigger, such as infection, drug, food, insect sting may be identifiable in some patients. But, no specific cause is found in many cases. In this article, we aimed summarize current knowledge on this issue.

### Giriş

Ürtiker, her yaşta görülebilen ani başlangıçlı bir cilt hastalığıdır. Deriden kabarıklık, kızarıklık, kaşıntılı, keskin kenarlı, ortası soluk plaklar şeklinde karşımıza gelir. Anjiyoödem ise damar permeabilitesinin artması ve dokulara sıvı kaçağı neticesinde oluşan dermisin alt katmanları, subkutan ve submukozal dokuda meydana gelen ani şişliktir. Ürtiker tüm cilt alanlarında görülebilirken, anjiyoödem daha ziyade; dudaklar, göz çevresi, genital bölge, el ve ayakta görülür. Ürtiker olgularının yaklaşık yarısına anjiyoödem de eşlik eder (1).

Anjiyoödem eşlik etsin veya etmesin ürtiker kronisitesine göre sınıflandırılmaktadır. Eğer bir ürtiker atağı 6 haftadan kısa sürede geçiyorsa akut ürtiker (AÜ) olarak adlandırılır. Fakat ürtiker tablosu 6 haftadan uzun süre devam ediyorsa bu durumda kronik ürtikerden (KÜ) bahsedilir (2). İlk bakışta akut ve kronik ürtiker aynı hastalığın sadece ufak farklılıklar içeren klinik yansımaları gibi algılansa da etyopatogenez, hastaların izlemi ve tedavilerinde ciddi farklılıklar vardır. Bu nedenle, AÜ ve KÜ ayrı başlıklar altında tartışılacaktır.

### Dr. Fatih DİLEK

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Alerji ve İmmünoloji Bilim Dalı

### Yazışma Adresleri /Address for Correspondence:

Dr. Fatih DİLEK  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Alerji ve İmmünoloji Bilim Dalı

Tel/phone: +90 533 525 12 34  
mail: drfatihdilek@yahoo.com

### Anahtar Kelimeler:

Akut Ürtiker, Anjiyoödem, Çocukluk Çağı, Tanı, Tedavi

### Keywords:

Acute Urticaria, Angioedema, Childhood, Diagnosis, Treatment

Geliş Tarihi - Received  
15/01/2018  
Kabul Tarihi - Accepted  
09/02/2018

## Epidemiyoloji

Akut ürtiker, toplumun %20' sinde yaşamın bir döneminde görülen yaygın bir hastalıktır (1,3). Çocukluk çağında AÜ prevalansı ise %2,1-6,7 arasında bildirilmektedir (1,4).

## Klinik Özellikler

Akut ürtiker plakları yuvarlak, oval veya girinti- çıkıntılar içeren farklı şekillerde olabilir (Şekil-1). Plakların büyüklükleri 1 cm'den küçük olabileceği gibi onlarca santim büyüklüğüne ulaşabilir ve genellikle birleşme eğilimindedir. Kaşıntı; hastanın hayat kalitesini ciddi olarak etkiler, geceleri genellikle artar, uyku kalitesi ve okul devamını bozalabilir (5).

Lezyonlar ciltte herhangi bir yerde dakikalar içinde ortaya çıkabilirler, ağrısızdırlar ve en geç 24 saat içinde iz bırakmadan kaybolurlar. Eğer lezyonlar aynı yerde 24 saatten fazla sebat ediyor, ağrılı veya geçtikten sonra peteşiyal/ekimotik karakterde iz bırakıyorsa ürtikeryal vaskü-



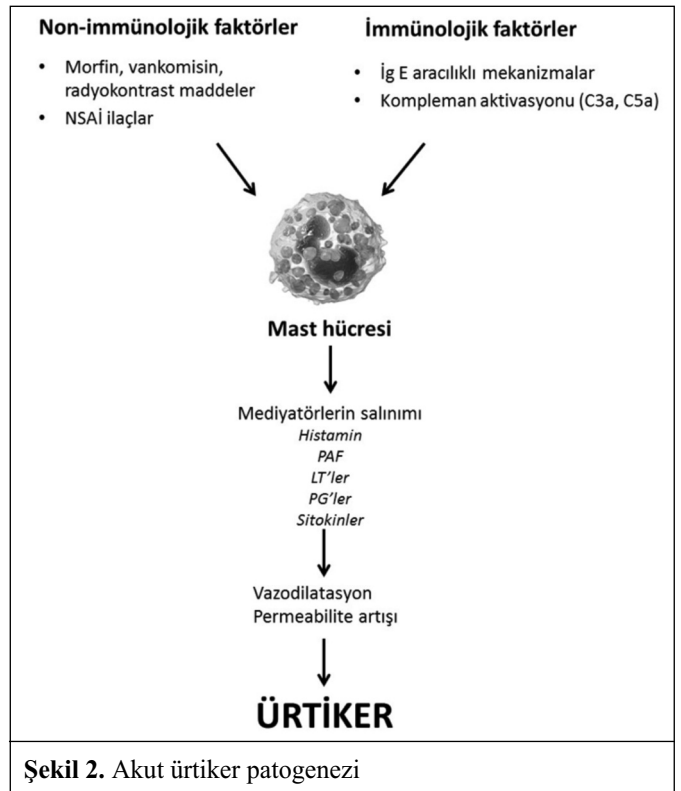
Şekil 1. Yüzünde ürtiker plakları bulunan akut ürtiker tanılı hastamız.

lit ayırıcı tanıda düşünülmelidir (5). Anjiyoödemde sıklıkla mukozalar tutulur kaşıntıdan ziyade gerginlik, yanma ve ağrı hissedilebilir. Anjiyoödemin geçmesi ürtiker plaklarına göre daha uzun zaman alır, 72 saate kadar uzayabilir (2). Ürtiker olmaksızın tekrarlayan anjiyoödem atakları ayırıcı tanıda herediter anjiyoödemi düşündürmelidir (5).

## Patofizyoloji

Ürtiker, patogenezinde mast hücrelerinin kilit rolü oynadığı bir hastalıktır (2). Bir ürtiker plağı histopatolojik olarak değerlendirildiğinde; dermisteki mast hücrelerinin degranüle olduğu, lezyonda nötrofiller, lenfositler, eozinofiller ve bazofillerden yoğun bir hücresel infiltrasyonun bulunduğu gözlenir. Bazofiller ve mast hücreleri degranüle olduklarında başta histamin olmak üzere platelet aktive edici faktör (PAF), lökotrienler (LT) ve prostoglandinler (PG) gibi vazoaaktif mediyatörler ortama salınırlar. Bu mediyatörler damar geçirgenliğini arttırlar ve damar içinden dokuya sıvı geçişi meydana gelir. Bu süreç klinikte ürtiker plağı ve anjiyoödem olarak izlenir (5). Kaşıntının tek değil, fakat en önemli mediyatörü de histamindir. Anjiyoödemde ise yukarıda bahsedilen değişimler dermisin alt katmanları ve subkutan dokuda meydana gelir.

İmmünglobulin E (İg E) aracılıklı alerjik reaksiyonlar AÜ'de sıklıkla gösterilebilmektedir. Bu tip reaksiyonlarda alerjenle temastan dakikalar sonra ürtiker plakları



Şekil 2. Akut ürtiker patogenezi

belirebilmektedir. İlaçlar, gıdalar, lateks, kan ürünleri ve böcek ısırılmaları sonrası görülen AÜ İg E aracılıklı mekanizmaya örnektir. Narkotikler, vankomisin, radyokont rast maddeler gibi bazı ilaçlar ise vucutta spesifik İg E oluşturmaksızın direkt olarak mast hücre aktivasyonuna ve degranülasyonuna neden olabilmektedirler. Non-steroid antiinflatuvar ilaçlar ise İg E aracılıklı reaksiyonların yanı sıra siklooksijenaz-1 enziminin inhibisyonuna neden olmaları nedeniyle, genetik olarak yatkın bireylerde non-immünolojik mekanizmalar ile de AÜ' ye yol açabilirler (Şekil-2).

### Etyoloji

Çocuklarda AÜ' ye yol açan neden çoğunlukla saptanamamaktadır (4). Başta enfeksiyonlar olmak üzere birçok etken farklı mekanizmalarla mast hücre degranülasyonuna neden olabilmektedir (5).

**1. Enfeksiyonlar:** Viral, bakteriyel ve parazitik enfeksiyonlar AÜ' nün çocuklarda önde gelen sebeplerindedir. Enfeksiyonların hangi yolla ürtikere yol açtıkları tam olarak anlaşılamamış olsa da; immün komplekslerin oluşumu veya kompleman aktivasyonu altında yatan nedenler olabilir (5). En sık üst solunum yolu enfeksiyonları olmak üzere; gastroenteritler, üriner sistem enfeksiyonları ve hepatitlerin seyrinde AÜ görülebilmektedir. Bu konuda yapılan sistematik bir derlemede çocukluk çağında AÜ'ye en sık neden olan viral enfeksiyonların herpesvirüs enfeksiyonları, erişkinlerde ise hepatit virüs enfeksiyonları olduğu bildirilmektedir (6).

*Strongyloides, Echinococcus, Toxocara, Fasciola* gibi parazitler de AÜ nedenlerindedir (4,5).

- 2. İlaçlar:** Başta antibiyotikler ve non-steroid antiinflatuvarlar (NSAİ) olmak üzere ilaçlar, AÜ nedenleri arasındadır. Narkotikler, kas gevşeticiler, vankomisin, radyokont rast maddeler de AÜ'ye yol açabilirler (5).
- 3. Gıdalar:** İnek sütü, yumurta, soya, buğday, deniz ürünleri, fıstık ve kuruyemişler en sık rastlanan gıda alerjenleridir ve AÜ' ye neden olabilirler.
- 4. Böcek sokmaları:** Venom alerjisi olan bireylerde izlenen sistemik reaksiyonlar klinikte en sık AÜ tablосunda karşımıza çıkar.
5. Lateks alerjisi.

### Tanı

Akut ürtiker tanısı detaylı anamnez ve ayrıntılı fizik muayene sonrası klinik olarak konulur. Tablonun izole AÜ mü, yoksa sistemik bir alerjik reaksiyon veya

anafilaksin bir parçası mı olduğu dikkatle değerlendirilmelidir. Hasta; nefes darlığı, ses kısıklığı, bulantı, kusma, bayılma gibi anafilaksin diğer sistem bulguları açısından dikkatle sorgulanmalıdır. Özellikle bulgular çok belirgin değilse hasta bu şikayetlerini dile getirmeyebilir (5). Hastaya; bilinen bir alerjisinin olup olmadığı, ürtiker ortaya çıkmadan önce aldığı gıda maddeleri ve ilaçlar sorulmalıdır. Akut ürtiker başlangıcı ile şüpheli gıda veya ilacın alımı arasında geçen süre belirlenmelidir. Bazı nadir tablolar dışında bu sürenin 1-2 saati geçmemesi gerekir.

### Laboratuvar İncelemeleri

Akut ürtiker tanısı için laboratuvar tetkiklerine ihtiyaç yoktur. Etyolojide enfeksiyon düşünülüyorsa, bu enfeksiyona yönelik laboratuvar tetkikleri planlanmalıdır. Gıda, ilaç, venom veya lateks alerjisinden şüpheleniliyorsa hasta tedavisi ardından bir çocuk alerji polikliniğine sevk edilmelidir. Bu hastalara ne zaman, hangi testin yapılacağı ve testin nasıl yorumlanacağı deneyim gerektirmektedir.

### Ayrırcı Tanı

- 1. Ürtikeryal vaskülit:** Ürtiker plaklarına benzer lezyonlar aynı yerde 24 saatten fazla kalıyor ve/veya kaybolurken ardında purpurik, ekimotik veya hiperpigmente alanlar bırakıyorlarsa ürtikeryal vaskülitte şüphelenilmelidir. Hastalarda ateş, artrit, artralji, sedimentasyon yüksekliği, hipokomplementemi ve histopatolojide lökositoklastik vaskülit görünümü saptanır (7). Ürtikeryal vaskülit izole bir cilt hastalığı olabilir veya sistemik bir hastalığa eşlik ediyor olabilir (5).
- 2. Ürtikerya pigmentosa:** Bu hastalık ciltte mast hücrelerinin proliferasyonu ile karakterize lokal mastositozdur. Deride pembe- kahverengi papüller şeklinde görülür (4).
- 3. Hipereozinofilik sendrom:** Eozinofillerin aşırı üretimi, periferik kan ve dokularda eozinofil birikimi ve devamında organ hasarlanması ile seyreden bir grup hastalıktır. Tekrarlayan ürtiker ve anjiyoödem atakları ile seyredebilir (3).
- 4. Otoinflatuvar hastalıklar:** Tekrarlayan ürtiker atakları ile birlikte periyodik ateş, artrit, göz bulguları(üveit), işitme kaybı, soğuk teması sonrası kas ve ciltte hassasiyet gibi bulguların varlığında doğumsal kriyopirin ilişkili sendromlar akla gelmelidir (3).
- 5. Hereditör anjiyoödem:** Ürtiker olmaksızın tekrarlayan anjiyoödem atakları geçiren, tekrarlayan şiddet-

li karın ağrıları olan, ailede benzer şikayetleri olan bireyler olduğunda akla bu hastalık gelmelidir.

Yukarıda sayılan hastalıklar dışında; viral döküntüler, ilaç erupsiyonları, eritema multiforme minör, serum hastalığı benzeri reaksiyonlar gibi birçok döküntü AÜ ile ayırıcı tanıya girebilmektedir.

### Tedavi

Akut ürtiker olgularının üçte ikisi kendini sınırlar ve kendiliğinden düzelir. Tedavi gerektiren olgularda antihistaminikler ilk tercihtir. Yan etki profilleri daha iyi, ilaç etkileşimleri daha az, günde tek doz kullanım kolaylıkları nedeniyle çocukluk çağında ikinci kuşak antihistaminikler tercih edilmelidir (5). Acil durumlarda birinci kuşak antihistaminiklerin parenteral formları (feniramin maleat veya difenhidramin) kullanılabilir. Akut ürtiker tedavisinde H2 antihistaminiklerin yeri yeterince araştırılmış bir konu değildir. Erişkinlerde yapılan bir çalışma, H1 antihistaminikler ile kombine olarak kullanıldıklarında tedaviye ek katkı sağladıklarını göstermiştir (8). Belirgin anjiyoödemli olan ya da semptomları antihistaminiklerle kontrol altına alınamayan hastalarda kısa süreli sistemik steroid tedavisi verilebilir (5). Antihistaminiklerin 3-4 hafta düzenli olarak kullanılması önerilmektedir (7).

### Kaynaklar

1. Tsakok T, Du Toit G, Flohr C. *Pediatric Urticaria*. *Immunol Allergy Clin North Am* 2014;34(1):117-39.
2. Zuberbier T, Aberer W, Asero R, Bindslev-Jensen C, Brzoza Z, Canonica GW, et al. *The EAACI/GA(2) LEN/EDF/WAO Guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria: the 2013 revision and update*. *Allergy* 2014;69(7):868-87.
3. Sarbjit S. Saini. *Urticaria and Angioedema*. In: Adkinson, N. Franklin, MD; Bochner, Bruce S., MD; Burks, A. Wesley, MD; Busse, William W., MD; Holgate, Stephen T., MD, DSc, FMedSci; Lemanske, Robert F., MD; O'Hehir, Robyn E., FRACP, PhD Frcp, editor. *Middleton's Allergy: Principles and Practice* 2014. p. 575-87.
4. Tamay Z. *Ürtiker Anjiyoödem*. In: Şekerel BE, editor. *Çocukluk Çağında Astım Alerji İmmünoloji*. 2015. p. 523-31.
5. Riccardo Asero M. *New-onset urticaria* [Internet]. [cited 2018 Jan 16]. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/new-onset-urticaria?search=urticaria&source=search\\_result&selectedTitle=1~150](https://www.uptodate.com/contents/new-onset-urticaria?search=urticaria&source=search_result&selectedTitle=1~150)
6. Imbalzano E, Casciaro M, Quartuccio S, Minciullo PL, Cascio A, Calapai G, et al. *Association between urticaria and virus infections: A systematic review*. *Allergy asthma Proc* 2016;37(1):18-22.
7. Kocatürk Göncü E, Aktan Ş, Atakan N, Bülbül Başkan E, Erdem T, Koca R, et al. *The Turkish Guideline for the Diagnosis and Management of Urticaria-2016*. *Turkderm* 2016;50(3):82-98.
8. Lin RY, Curry A, Pesola GR, Knight RJ, Lee HS, Bakalchuk L, et al. *Improved outcomes in patients with acute allergic syndromes who are treated with combined H1 and H2 antagonists*. *Ann Emerg Med* 2000;36(5):462-8.