

ALLERJİK RİNİT

Doç. Dr. Ömür AYDIN

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İmmünoloji ve Allerji Bilim Dalı

Allerjik rinit (AR) en sık enfeksiyöz olmayan rinit formudur. burun mukozasında IgE-aracılıklı bir inflamasyonun varlığında, burnun alerjenle karşılaşma sonrası ortaya çıkan ve kendiliğinden veya tedaviyle gerileyen semptomlarla karakterize alerjik hastalıdır

Burun akıntısı, hapşırık, tıkanıklık ve kaşıntı gibi semptomlarla seyreder. Tüm dünya nüfusunun %20-40'ını etkilemektedir. Dünyada alerjik rinit sıklığı Avrupa Topluluğu Solunum Sağlığı Çalışmasına (ECRHS) göre erişkinlerde %9,5-40,9 arasında bulunmuştur. Çocuklarda ise ISAAC yöntemiyle yapılan çalışmalarda yaş gruplarına göre değişmekle birlikte %0,8-39,7 arasında saptanmıştır. Ülkemizde ise bugüne kadar yapılan çalışmalarda erişkinlerde %1,6-27,5, çocuklarda %2,9-39,9 oranında görüldüğü saptanmıştır. Son 10 yılda sıklığın giderek arttığı düşünülmektedir.

AR gelişiminde risk faktörleri

AR, gen-çevre etkileşimi tarafından tetiklenen multifaktöryel bir hastalıktır. Erkek cinsiyet, ailede alerjik hastalık varlığı, nemli ve küflü ev ortamı, çocuklukta kendisinden büyük kardeş sayısının azlığı, bahar mevsiminde doğmuş olma rinit gelişimi için risk faktörleridir. İç ve dış ortam alerjenleri AR'e neden olabilir. En sık sorumlu dış ortam alerjenleri polenler ve mantarlar iken, iç ortam alerjenleri ise akarlar, hayvan tüyleri, mantarlar ve böceklerdir. Mesleki ajanlar alerjik ya da non-allerjik mekanizmalarla rinite neden olabilirler. Hava kirliliğinin fazla olması da risk oluşturmaktadır. İç ortam hava kirliliğine neden olarak sigara başta olmak üzere, kullanılan yakıtlar, biyolojik kirleticiler ve nem sayılabilir. Dış ortamda ise dizel egzoz partikülleri, NO₂, ozon, SO₂, CO₂ ve metaller riski artıran maddelerdir.

AR patogenezi

AR, klasik olarak farklı yoğunlukta nazal inflamasyonun eşlik ettiği IgE aracılı bir tablodur. İnhal edilen alerjene karşı gelişen tip 1 hipersensitivite reaksiyonu olarak tanımlanabilir. IgE oluşumu sistemik olabildiği gibi nazal mukozada lokal olarak da yapılabilir. Nazal semptom ve nazal hiperreaktivitenin ortaya çıkmasına hücreler, mediatörler, sitokinler, kemokinler ve

nöropeptidler aracılık eder. T ve B hücreleri arasındaki etkileşim sonucu IgE sentezi uyarılır ve efektör fonksiyon gösterecek hücrelerin maturasyonu sağlanır. IgE-aracılı olmayan mekanizma ile alerjenler nörojenik yolla epitel hücrelerini doğrudan aktive edebilirler. Sonuçta IgE den bağımsız bir mekanizma ile Th2 yanıtı oluşarak havayolu inflamasyonu gelişebilir.

İnflamasyona yol açan inflamatuvar hücreler çok çeşitlidir. Mast hücre, bazofil ve eozinofil gibi hücrelerin yanı sıra T lenfositler, makrofajlar ve fibroblastlar bu inflamasyona iştirak eder. Tüm bu hücrelerin uyarılmaları sonucunda ortama salınan mediyatörler oluşan inflamatuvar yanıtta rol oynar. Histamin klasik IgE aracılı tip 1 immün yanıtın temel mediatörlerindendir. AR in erken fazında ortaya çıkar ve hapşırma, burun akıntısı ve kaşıntısından sorumludur. Erken fazda salınan diğer mediyatörler mast hücrelerinden salınan lökotrienler ve bradikininidir. Eozinofil ve nötrofillerden salınan eozinofilik katyonik protein ve proteazlar ise geç fazda rol alırlar. IgE aracılı olmayan inflamasyonda duyu sinirleri alerjenler, kimyasallar ve fiziksel iritanlarla uyarılırlar. Oluşan akson refleksi ile salınan mediatörler semptomların ortaya çıkmasına neden olur. Sonuç olarak AR patogeneğinde inflamatuvar ve nöral mekanizmalar arasındaki etkileşim önemli yer tutmaktadır.

Allerjik rinitte semptom ve klinik bulgular

Burun akıntısı, kaşıntı, hapşırık ve tıkanıklık allerjik rinitte en sık görülen semptomlardır. Kulak ve damakta kaşıntı yakınması da eşlik edebilir. Ayrıca gözlerde kaşıntı, sulanma ve kızarma gibi konjonktivit semptomları da görülebilir. Burun akıntısı genellikle serözdür. Zamanla akıntının yerini burun tıkanıklığı alabilir. Burunda tıkanıklık geceleri artar ve hastaların uyku kalitesini etkileyebilir. Tüm bu semptomlar yıl boyu ya da mevsimsel olarak görülebilir. Duyarlı olunan alerjene temas ile semptomlar tipik olarak artış gösterir. Rinite eşlik eden durumlara bağlı olarak bazı ek semptomlar da görülebilir. Örneğin sinüzit eşlik ediyorsa geniz akıntısı, öksürük görülebilirken, hastanın birlikte astımı da varsa nefes darlığı, hırıltı ve öksürük yakınmaları da bulunabilir. Rinite bağlı tüm bu semptomlar hastanın uyku düzenini, gün içerisindeki konsantrasyonunu bozarak, ev-iş-okul hayatını olumsuz yönde etkileyebilir.

AR intermittan ve persistan rinit olarak ikiye ayrılabilir. Şiddetine göre ise hafif ve orta-ağır olarak sınıflandırılır (Tablo 1)

Tablo 1. Allerjik rinitin semptom sıklığı ve şiddetine göre sınıflandırılması

İntermittan	Persistan
Semptomlar <4 gün/hafta Veya <4 hafta	Semptomlar >4 gün/hafta Veya >4 hafta
Hafif	Orta-ağır
Uyku: Normal Günlük aktiviteler: Normal İş-okul aktiviteleri: Normal Şiddetli semptomlar: Yok	Uyku: Bozuk Günlük aktiviteler: Kısıtlı İş-okul aktiviteleri: Bozuk Şiddetli semptomlar: Var

AR'de tanı

AR tanısı tipik alerjik semptom öyküsü ve tanısal testler arasındaki uyum ile konulmaktadır. Öykü gerektiğinde tek başına tanı koydurabilir. İyi bir öykü ile semptomların sıklığı, süresi, tetikleyen faktörler, çevresel faktörlerle ilişkisi öğrenilebilir. Fizik muayenede burun mukozasında ödem, solukluk, eritem, burun salgısı, polip, septumda deviasyon görülebilir. Yüzde burun üzerinde yatay çizgi ve gözaltılarında alerjik parıltı işareti bulunabilir. Burun muayenesi yanı sıra ek olarak kulak, göz, deri ve solunum sistemi muayenesi de tam olarak yapılmalıdır. Böylelikle eşlik eden otit, konjonktivit, astım veya atopik dermatit bulguları saptanabilir.

Allerjik hastalıkların tanısında serbest ya da bağlı IgE'nin tespitini hedefleyen in vivo ve in vitro testler kullanılmaktadır. IgE aracılı immünolojik reaksiyonu göstermede erken hipersensitivite deri testleri yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu test ana tanı yöntemidir. En sık kullanılan test deri prik testidir. Semptomlar ve provokasyon testleriyle korelasyonu ve negatif prediktif değeri yüksektir. Diğer deri testi yöntemleri, intradermal test, prik to prik test ve atopi yama testidir. Deri prik testinde kullanılması önerilen alerjenler polenler, ev tozu akarları, hayvan epitelleri ve mantarlardır. Test yorumlanırken testi etkileyen teknik, fizyolojik faktörler ve ilaç alımına dikkat edilmelidir. Yalancı pozitif ve yalancı negatif sonuçlar dikkate alınmalıdır.

In vitro olarak allerjene spesifik serum IgE düzeyi ölçümü de yapılabilir ve deri testlerine yakın tanısal değeri mevcuttur. Total IgE düzeyi alerjik hastalıklar dışında başka hastalıklara bağlı da yükselebilir bu nedenle tanı değeri düşüktür.

Nazal ve oküler provokasyon testleri pratikte daha az kullanılan testlerdir. Burun içine uygulanan alerjene karşı oluşan rinit semptomları ile alerjik rinit tanısı konulur. Spesifik

immunoterapinin etkinliğini izlemeye yararlıdır. Araştırma amaçlı ya da mesleksi rinit tanısında da kullanım alanları mevcuttur.

AR ‘de tedavi

AR klinik olarak başladıktan sonra farmakolojik tedaviyle kontrol altına alınır. Ancak yakınmaların tamamen kontrol altına alınması için bu yeterli olmayabilir. Semptomları tetikleyen etkenlerden uzak durmak gerekir.

a) Çevresel korunma:

Doğada bulunan çayır, ağaç ve ot polenleri AR etkeni olabilir. Hastalardaki polen duyarlılığı bölgesel farklılık gösterebilir. Polen salınımının yoğun olduğu dönemlerde açık havada uzun süre kalınmamalıdır. Evler akşam saatlerinde havalandırılmalı, diğer saatlerde pencereler kapalı tutulmalı ve her akşam duş alınmalıdır.

Ev tozu akarları da sık karşılaşılan iç ortam tetikleyicilerindendir. Evlerde nem oranı %50’nin altında olmalı, yerler halı ile kaplanılmamalıdır. Çarşaf ve nevresimler 60⁰ de yıkanmalıdır. Küfler için evlerde nem oranı azaltılması, yerlerin halı ile kaplanmaması ve evlerin sık sık havalandırılması önerilmektedir. Evcil hayvanlara duyarlılık varlığında hayvanlar evden uzaklaştırılmalıdır.

b) Farmakolojik tedavi

H₁ antihistaminler, H₁ reseptörüne bağlanarak histamin salınımını engeller. Histamine bağlı gelişen semptomlar (kaşıntı, akıntı, hapşırık) üzerine oldukça etkilidir. Ancak burun tıkanıklığı üzerine olan etkisi kortikosteroidlerden daha azdır. Birinci kuşak antihistaminlerin semptomlar üzerine güçlü etkileri olmasına karşın yan etkileri nedeniyle kullanımları kısıtlıdır. Bu nedenle ikinci kuşak antihistaminler tercih edilmektedir. İntranazal olarak da çocuklarda mevsimsel AR’de kullanılabilir.

Nazal steroidler rinit semptomlarını etkili bir şekilde azaltan güçlü ilaçlardır. Persistan ve ağır riniti olan hastalarda ilk tercih olarak kullanılırlar. Klinik etkinliğe günler-haftalar boyu kullanıldığında ulaşılır. Çoğu zaman tek başına etkili ilaçlardır. Hem rinit hem de konjontivit semptomlarını etkili bir şekilde giderirler. Nazal steroidlerin bazı yan etkileri vardır. Lokal olarak burunda kuruluk, yanma hissi ve kanama yapabilir. Çok nadiren septum perforasyonu görülebilir. Sistemik steroidler AR tedavisinde ilk seçenek ilaçlar değildir, ancak diğer tedavilerle fayda sağlanamadığında denenebilirler.

Antilökotrienler ile ilgili yapılan çalışmalarda mevsimsel AR'ı olan hastalarda semptomlar üzerine antihistaminlerle benzer etkinlik gösterdiği bildirilmiştir. AR ile ilgili temel rehber olan ARIA kılavuzunda antilökotrienlerin mevsimsel AR olan erişkinler ve çocuklar ile persistan rinitli okul çağı öncesi çocuklarda kullanılması önerilmiştir. Ancak persistan rinitli erişkinlerde kullanılmaması belirtilmiştir. Tedaviye eklenecekleri zaman antihistaminler ve kortikosteroidlerden sonra tercih edilmeleri önerilmektedir. Astım ve AR birlikteliği olan hastalarda inhale steroidlere eklenmesi de bir tedavi seçeneğidir.

Dekonjestanlar nazal konjesyonu gidermek amacıyla topkal olarak AR de kullanılabilir. Antikolinerjik ajanlar çok sulu burun akıntısı varlığında düşünülebilir. Mast hücre stabilizatörleri kılavuzlarda ilk tercihler arasında aolmasa da bazı hasta gruplarında tercih edilebilir.

Allergen spesifik immünoterapi, AR in astıma gidişini durdurabilme potansiyeli olan bir tedavi seçeneğidir. Mevsimsel alerjenlerle yapılan immünoterapi, perennial alerjenlerle yapılan immünoterapiden daha fazla etkinliğe sahiptir. Subkutan, sublingual ve oral olarak uygulanabilir. Tedavi başlangıcından itibaren 2 yıl içerisinde klinik düzelme görülmediğinde immünoterapi kesilmelidir.

AR 'li bir hastada tedavi seçimi semptomların şiddetine göre yapılmalıdır. Tedavi yaklaşımının basamaklı olarak yapılması ve semptom şiddetine göre ilaç tercih edilmelidir. ARIA kılavuzuna göre AR tedavisi şekil 1 de verilmiştir. Tedavi ile elde edilen kontrol düzeyine göre antihistaminler, intranazal kortikosteroidler, antilökotrienler ve alerjen spesifik immünoterapi sırasına göre basamak inerek yada çıkarak tedaviye devam edilmelidir.

Şekil 1. ARIA kılavuzuna göre AR tedavisi



AR'de cerrahi tedavinin yeri yoktur. Ancak septum deviasyonu ya da polip gibi durumların varlığında nazal pasajın açıklığını sağlamak amacıyla düşünülebilir.

KAYNAKLAR

1. Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma Guideline 2010 güncellemesi, <http://www.whiar.org/Documents&Resources.php>
2. Allerjik rinit tanı ve tedavi rehberi. Türkiye Ulusal Allerji ve Klinik İmmunoloji Derneği, 2012