



Türkiye Milli Pediatri Derneği
1958

ALLERJİK RİNİT ve TEDAVİSİ

Prof. Dr. Bülent E. ŞEKEREL

Hacettepe Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Allerji ve Astım Ünitesi, Ankara.

Rinit nazal kaviteyi döşeyen epitelin inflamasyonu sonucu oluşur. Bu inflamasyon; burun tıkanıklığı, rinore, aksırık ve burunda kaşıntı gibi nazal semptomların bir ya da daha fazlasına yol açar. Rinit tanısı koyabilmek için bu semptomların bir gün içinde bir saatten fazla ve birbirini izleyen en az iki gün süre ile gözlenmesi gereklidir.

Allerjik rinit (AR) ise burun mukozasında allerjen teması ile ortaya çıkan IgE aracılı inflamasyonun klinik sonucudur. IgE dominant mekanizma olmakla birlikte semptomların oluşmasından sorumlu tek mekanizma değildir.

Hastalık geleneksel olarak allerjik rinit ismiyle anılmakla birlikte, sıklıkla üst solunum yolunun tamamını ve konjonktivayı, bazen de alt solunum yollarını kapsar. AR tanısı; tipik öyküye, risk faktörlerine (kişisel ya da ailesel atopik hastalık öyküsü vs), fizik muayene bulgularına, deri testlerine ve/veya serum spesifik IgE ölçümlerine dayanır. IgE aracılı bir mekanizmanın baskın olduğu allerjik hastalık tanısı konmasında izlenen yöntemler şunlardır;

- A – Ayrıntılı klinik öykü ile allerjenin saptanması,
- B - Allerjen spesifik IgE' nin deri testleri ya da in vitro testlerle gösterilmesi, ya da
- C – Allerjen teması ile semptomların ortaya çıkması arasındaki ilişkinin klinik olarak ya da provokasyon testleri ile gösterilmesi.

Tanıda allerji testleri önem taşır. Ancak, tanı koymak için tek başına yeterli değildir. Pozitif test (deri ya da in vitro) klinik öykü ile mutlaka desteklenmeli ve uyumlu

olmalıdır. Bazı durumlarda test sonucu negatif ise, provokasyon ile doğrulamak gerekir.

AR çocuklukta 2 yaşından önce nadir görülür. Özellikle okul çağında sık görülür. Özellikle orta-ağır riniti olan hastalar astım açısından sorgulanmalıdır. AR'in astımla birlikte olması astım kontrolünü bozabilir. AR ayrıca özgül olmayan bronş aşırı duyarlılığı ile ilişkilidir. Her iki hastalığın birarada bulunması ortak tedavi yaklaşımlarını gündeme getirir.

Son yıllarda alt ve üst hava yollarının inflamasyon mekanizmalarını daha iyi aydınlatılması, AR tedavisinde daha gelişmiş stratejilerin kullanılmasına olanak sağlamıştır. AR'li birçok hasta doktora başvurmaz ve kendi kendilerine tedavi olmaya çalışırlar, etkinliği kanıtlanmamış yöntemlere başvururlar.

AR tedavisi hasta eğitimi, allerjenden korunma, farmakolojik tedavi ve spesifik immünoterapiden oluşur. Semptomların zamanı ve şiddeti, günlük yaşam üzerine yaptıkları kısıtlamalar uygulanacak tedaviyi belirler. Çocuklarda AR tedavi prensipleri erişkinlerdekine benzerdir fakat kortikosteroidlerin yan etkileri açısından daha dikkatli olunmalıdır.

Allerjik rinit tedavisinde hasta-hekim işbirliği esastır. Eğitim, sağlık çalışanları ve hastalar arasındaki ilişkilerin bütünleyici bir parçası olmalıdır. Amaçlar ortak belirlenmeli, durumun kronik bir süreç olduğu kabul edilmeli, tedaviden beklentileri tartışılmalı, hastanın durumuna göre düzenli aralıklarla kontroller yapılmalı ve tedavi planı gözden geçirilmelidir. İlaç kullanım teknikleri değerlendirilmeli ve uygun değilse düzeltilmelidir. Tedaviye uyumsuzlukta rol oynayan faktörler belirlenmelidir. Ağır AR'li hastalarda yazılı eylem planı düzenlenmesi de önemlidir. Allerjiden sakınma önlemlerinin uygulanması özellikle kedi veya köpek duyarlı çocuklarda allerjik rinitin semptomlarını kontrol altına almada oldukça etkin olmaktadır. Oysa ev tozu akarı veya ev içinde yaşayan küf mantarlarına duyarlı çocuklarda ise bir dereceye kadar etkin olabilmektedir. Bununla birlikte, korunma yöntemleri, tek başlarına, çoğu vakada yetersiz kalmaktadır.

Allerjik rinitte farmakolojik tedavinin düzenlenmesinde etkinlik, güvenilirlik gibi faktörler göz önünde bulundurulmalıdır. Tedavi seçenekleri oral veya topikal

antihistaminler, oral ve topikal dekonjestanlar, topikal kromonlar, topikal antimuskarinikler, topikal veya nadiren sistemik kortikosteroidlerden oluşur. (Tablo 1) Rinit tedavisinde kullanılan ilaçlar genellikle, intranazal veya oral yoldan uygulanır. İlaçların etkinliği hastadan hastaya değişebilir. İlaçların uzun süre etkileri yoktur ve bırakıldıkları zaman semptomlar tekrar ortaya çıkabilir. Bu nedenle persistan rinitte idame tedavisi gereklidir. Uzun süreli tedavide taşıfilaksi gözlenmez.

İntranazal ilaç kullanımının birçok avantajı vardır çünkü yüksek konsantrasyonlar, sistemik yan etkilere neden olmadan, direkt burun içine verilebilir (Tablo 2). Bazen kanama, kabuk oluşumu gibi yan etkiler görülebilir. Hastanın burun pasajı tam obstrükte ise ilaç uygulanamayabilir.

Oral antihistaminler: Allerjik hastalıkların tedavisinde kullanılan en eski ilaçlardır. Birinci jenerasyon antihistaminler kan-beyin bariyerini geçtikleri için önemli sedatif ve antikolinerjik etkiler oluştururlar, bu nedenle AR tedavisinde tercih edilmemelidirler. İkinci jenerasyon antihistaminlerin etki süreleri daha uzundur, sedatif özellikleri preparatlar arasında değişiklik gösterir. Feksofenadin, loratadin ve desloratadin önerilen dozlarda sedasyon yapmaz, loratadin ve desloratadin günlük dozdan daha yüksek dozlarda sedasyon yapabilir, setirizin ve intranazal azelastin önerilen dozlarda sedasyon yapabilir. Burun kaşıntısını, hapşırığı ve rinoreyi engellerler fakat nazal obstrüksiyon üzerine etkileri yok gibidir. Yeni antihistaminlerin hiçbiri semptomları kontrol altına almada diğerlerinden daha üstün değildir.

Topikal antihistaminler: Intranazal antihistaminler (azelastin), burun kaşıntısı, aksırık, ve rinoreyi gidermede etkilidir. Günde 2 kez uygulanmaları gerekir. Mevsimsel AR tedavisinde oral antihistaminlerle eşit oranda etkindirler.

İntranazal kortikosteroidler: AR'in tüm semptomlarını kontrol altına almada en güçlü ilaçlardır. Göz semptomları üzerinde de etkililerdir. Etki mekanizması nedeniyle 7-8 saat sonra semptomlarda azalma başlar, bazı hastalarda 2 saat sonra dahi iyileşmenin başladığını bildirilmiştir. Maksimum etkinliğe 2 haftada ulaşılır. Her ne kadar etki devamlı verilme ile artarsa da ihtiyaç halinde kullanım da etki sağlamaktadır.

Lökotrien antagonistleri: AR tedavisinde etkili oldukları kanıtlanmıştır, tüm rinit semptomlarında azalma gözlenir. Oral antihistaminlerden ve intranazal kortikosteroidlerden daha zayıf ilaçlardır. O yüzden allerjik rinit tedavisinde antihistamin ve intranazal kortikosteroidler ile yeterince kontrol edilemeyen hastalarda bir sonraki basamak olarak akla gelmelidirler. Nazal ödemi bir derece azaltabildiklerinden etki spektrumu antihistaminlerden daha geniştir. Özellikle astım

ile birlikteliğinde tercih edilebilecek bir ilaçtır. Tek başlarına veya oral antihistaminlerle birlikte kullanılabilirler.

Kromonlar: (Kromoglikat, nedokornil): Mast hücre stabilize edici özelliği ile alternatif tedavi olanağı sağlar fakat etki süreleri kısa olduğundan sık uygulama gerektirir ve zayıf etkilidirler.

Dekonjestanlar: (Efedrin, fenilefrin, psödoefedrin) Sempatomimetik ilaçlardır, vazokonstriksiyon oluşturarak nazal konjesyonun tedavisinde etkilidir fakat kaşıntı, hapşırık ve rinorede etkisizdirler. İntranazal veya oral kullanılabilir. İntranazal olarak 10 günden fazla kullanılması rinitis medikamentoza olarak adlandırılan nazal mukozada ödemin tekrar gelişmesine yol açabilir.

İntranazal antikolinerjikler (Ipratropium): Rinoreyi bloke eder, diğer semptomlar üzerine etkisi yoktur. Lokal ve sistemik yan etkileri çok azdır.

Allerjik rinit tedavisinde kullanılan ilaçların özellikleri tablo 3'de özetlenmiştir.

Spesifik İmmünoterapi: IgE aracılı allerjinin doğru tanısını gerektirir. Subkutan immünoterapi, çocuklarda ve erişkinlerde polen ve ev tozu akarı allerjilerinin tedavilerinde etkindir. Sublingual immünoterapi, erişkin ve çocuklarda özellikle polen allerjisinin tedavisinde önerilebilirse de etkinliğinin subkutan enjeksiyona göre daha düşüktür. Allerjen spesifik immünoterapi allerjik hastalıkların doğal seyrini değiştirme potansiyeli olan tek tedavidir.

Anti-IgE: Rekombinan, insan, monoklonal anti-IgE antikoru (omalizumab), serbest IgE ile kompleksler oluşturarak mast hücreleri ve bazofillere bağlanmasını engeller ve dolaşımdaki serbest IgE seviyelerini düşürür. AR'li adölesan ve erişkinlerde nazal semptomları azalttığı ve hayat kalitesini artırdığı gösterilmiştir. Nadiren ciddi anafilaksi yapma potansiyeli vardır. Çok pahalı olmasından dolayı AR'de kullanımı tartışmalıdır.

Diğer tedaviler: Burnun serum fizyolojik ile yıkanması basit ve ucuz bir yöntemdir ve bir dereceye kadar etkinliği vardır. Polen inhalasyonunu engellemek için yüz maskesi ve gözlük takmak, şiddetli rüzgar yoksa veya polen mevsiminin zirve yaptığı zaman dışında etkilidir.

Cerrahi tedavi: Nadiren gereksinim olur. Endikasyonları arasında alt konka hipertrofisi, septal deviasyon, kemik piramidinin anatomik varvasyonları, ikincil kronik sinüzit, dirençli polip, mantar hastalıkları sayılabilir.

Allerjik rinit tedavisinde hastanın semptomlarının ağırlığı ve sıklığına göre basamaklı bir tıbbi tedavi protokolü önerilmiştir (Şekil 1). Hafif AR'de oral veya intranazal H1 antihistaminler ve/veya dekonjestanlar önerilir. Orta-ağır ve persistan AR'de

intranazal kortikosteroidler veya oral/intranazal H1 antihistaminlerin dekonjestanlar ile kombinasyonu verilebilir. Orta-ağır ve persistan AR'de ilk seçenek intranazal kortikosteroid olmalıdır, ikinci seçenek H1 blokörler veya LTRA'leri olabilir. Hastalar semptomlarının persistan olması durumunda, tedavi başlandıktan 2-4 hafta sonra tekrar değerlendirilmeli ve tedaviye yanıtı gözden geçirilmelidir. Eęer hastaların semptomları kontrol altına alınamazsa allerji uzmanına yönlendirilmelidir (Tablo 3).

Tablo 1. Allerjik rinit tedavisinde kullanılan ilaçlar ve özellikleri

	Oral H1	Nazal H1	İntranazal KS	Nazal dekonjestan	İpratropium	LTRA
Rinore	++	++	+++	0	+++	+/**
Aksırık	++	++	+++	0	0	+/**
Kaşıntı	++	++	+++	0	0	+
Tıkanıklık	-	-	+++	++/++++	0	+
Göz	++	0	++	0	0	++
Etki başlangıcı	1 saat	15 dk	7-8 saat	5-15 dk	15-30 dk	48 saat
Etki süresi	12-24 saat	6-12 saat	12-48 saat	3-6 saat	4-12 saat	24 saat

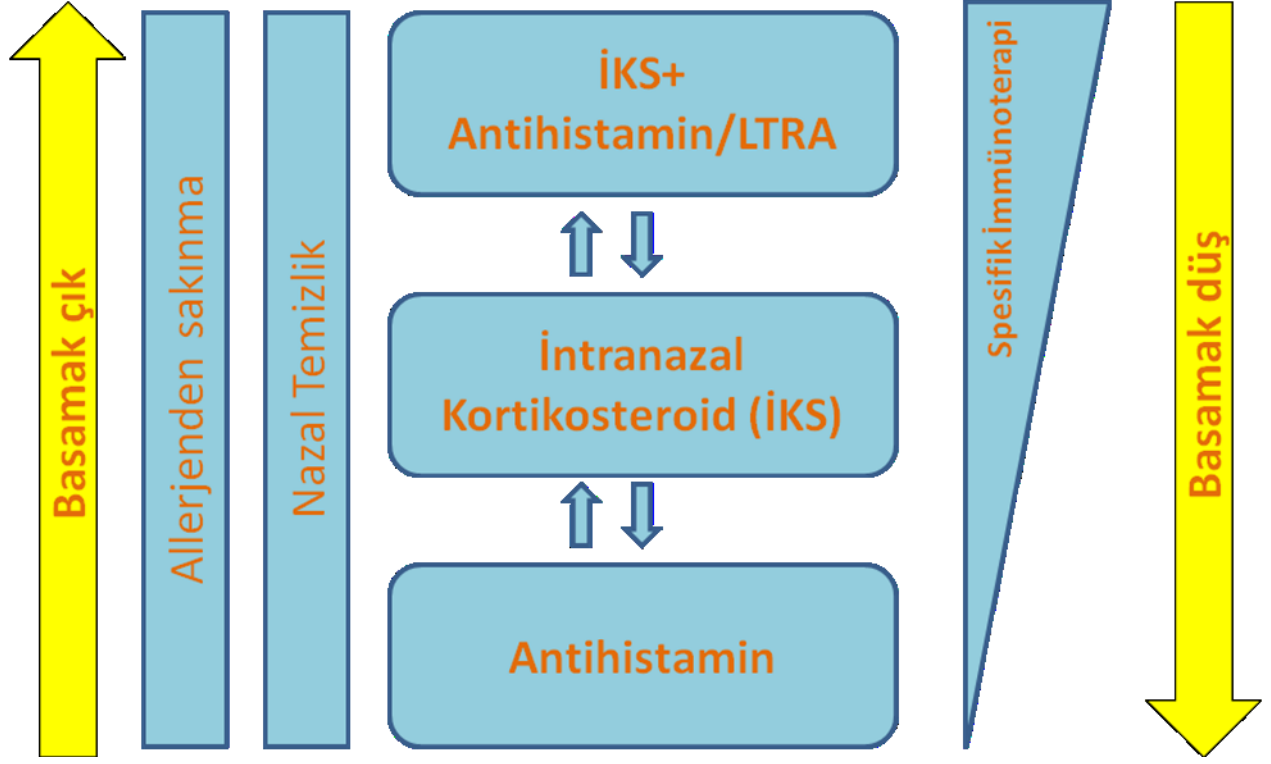
Tablo 2. İntranazal ilaç kullanımının avantajları

-
- İstenmeyen sistemik etkilere neden olmadan yüksek konsantrasyonlar hedef organa ulaştırılabilir
 - Bazı ilaçlar (örn. kromonlar) oral alındıklarında yeterince emilemezler
 - Bazı ilaçlar oral kullanıldıklarında (örn. kortikosteroidler) istenmeyen sistemik etkilere neden olabilirler
 - İntranazal uygulanan ilacın etki başlama süresi oral ilaçtan daha kısadır
-

Tablo 3. Allerjik rinit tedavisinde allerji uzmanına sevk gerektiren durumlar

-
- Semptomlar kontrol altında deęil
 - Düşük hayat kalitesi
 - İlaçlara bağlı istenmeyen etkilerin gözlenmesi
 - Hastanın duyarlı olduğu antijeni bilme ve çevre önlemlerini alma isteği
 - Eşlik eden durumlar (astım, tekrarlayan sinüzit)
 - Spesifik immünoterapi gereklilięi
-

Şekil 1. Allerjik rinit tedavi algoritması



Referanslar

1. Şekerel BE. Allerjik Rinit. 2009. Bilimsel Tıp Yayınevi. Ankara.
2. Bousquet J, Khaltaev N, Cruz AA, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 update (in collaboration with the World Health Organization, GA(2)LEN and AllerGen). *Allergy*. 2008; 63 Suppl 86:8-160.
3. Wallace DV, Dykewicz MS, Bernstein DI, et al. The diagnosis and management of rhinitis: an updated practice parameter. *J Allergy Clin Immunol*. 2008; 122(2 Suppl):S1-84.
4. Bousquet J, Van Cauwenberge P, Khaltaev N; Aria Workshop Group; World Health Organization. Allergic rhinitis and its impact on asthma. *J Allergy Clin Immunol*. 2001; 108(5 Suppl): S147-334.
5. Kaliner MA. Physician prescribing practices: the role of patient preference in the selection of nasal steroids. *Allergy Asthma Proc*. 2001; 22(6 Suppl 1): S17-22.
6. Philip G, Malmstrom K, Hampel FC, et al. Montelukast for treating seasonal allergic rhinitis: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial performed in the spring. *Clin Exp Allergy*. 2002; 32: 1020-8.
7. LaForce C, Dockhorn RJ, Prenner BM, et al. Safety and efficacy of azelastine nasal spray (Astelin NS) for seasonal allergic rhinitis: a 4-week comparative multicenter trial. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 1996; 76: 181-8.
8. Meltzer EO, Berger WE, Berkowitz RB, et al. A dose-ranging study of mometasone furoate aqueous nasal spray in children with seasonal allergic rhinitis. *J Allergy Clin Immunol*. 1999; 104: 107-14.
9. Meltzer EO. Intranasal anticholinergic therapy of rhinorrhea. *J Allergy Clin Immunol*. 1992; 90(6 Pt 2): 1055-64.
10. Holgate ST, Canonica GW, Simons FE, et al. Consensus Group on New-Generation Antihistamines (CONGA): present status and recommendations. *Clin Exp Allergy*. 2003; 33: 1305-24.
11. Yáñez A, Rodrigo GJ. Intranasal corticosteroids versus topical H1 receptor antagonists for the treatment of allergic rhinitis: a systematic review with meta-analysis. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2002; 89: 479-84.
12. Chervinsky P, Casale T, Townley R, Tripathy I, Hedgecock S, Fowler-Taylor A, Shen H, Fox H. Omalizumab, an anti-IgE antibody, in the treatment of adults and adolescents with perennial allergic rhinitis. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2003; 91: 160-7.
13. Taccariello M, Parikh A, Darby Y, Scadding G. Nasal douching as a valuable adjunct in the management of chronic rhinosinusitis. *Rhinology*. 1999; 37: 29-32.
14. Brown JL, Behndig AF, Sekerel BE, et al. Lower airways inflammation in allergic rhinitis: a comparison with asthmatics and normal controls. *Clin Exp Allergy*. 2007; 37: 688-95.
15. Kocabas CN, Civelek E, Sackesen C, et al. Burden of rhinitis in children with asthma. *Pediatr Pulmonol*. 2005; 40: 235-40.
16. Civelek E, Yavuz ST, Boz AB, Orhan F, Yuksel H, Uner A, Cakir B, Sekerel BE. Epidemiology and burden of rhinitis and rhinoconjunctivitis in 9- to 11-year-old children. *Am J Rhinol Allergy*. 2010 Sep-Oct;24(5):364-70.
17. Dizdar EA, Sekerel BE, Keskin O, Kalayci O, Adalioglu G, Dogan C, Tuncer A. The effect of regular versus on-demand desloratadine treatment in children with allergic rhinitis. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2007 Jun;71(6):843-9.
18. Keskin O, Alyamac E, Tuncer A, Dogan C, Adalioglu G, Sekerel BE. Do the leukotriene receptor antagonists work in children with grass pollen-induced allergic rhinitis? *Pediatr Allergy Immunol*. 2006 Jun;17(4):259-68.