



Prematüre doğumun nadir bir nedeni: Gebeliğin idiyopatik anaflaksisi

Emrah Can, Sinan Uslu, Ali Bülbül, Muhittin Çelik, Fatih Bolat, Serdar Cömert

ÖZET:

Prematüre doğumun nadir bir nedeni: Gebeliğin idiyopatik anaflaksisi

Anafilaksi gebelik döneminde anne ve fetüs için ciddi etkileri olabilen, nadir bir prematüre doğum nedenidir. Gebelik sırasında anafilaksi nadirdir ancak potansiyel olarak anne ve bebek için yaşamı tehdit eden bir olaydır. Anaflakside, maternal ve fetal mortalite ve morbidite, uygun resusitasyon uygulaması ve sezaryen doğumla engellenebilmektedir. Epinefrin gebe olmayan kişilerde anaflakside vazopressör ajan olarak iyi bir seçim olmasına karşın, gebelikte fetal-plasental dolaşım için risk oluşturabilmektedir. 28 yaşında anne, anaflaktik reaksiyon ve fetal distres tanıları ile yatırıldı. Acil tedavisi epinefrin ve steroid ile yapılan annenin, otuzüç gebelik haftasındaki bebeği acil sezaryenle doğurtuldu. Annede doğumu indükleyen anaflaktik reaksiyonun etiyojisi tespit edilemedi. Gebelikteki idiyopatik anaflaksi olgularında, doğum zamanı ve doğum yöntemi günümüzde tartışmalı olmakla birlikte hızlı ve etkin bir yönetim uygulanması yenidoğan ve anne sağlığını olumlu etkileyebilir.

Anahtar kelimeler: Anaflaksi, prematüre, yenidoğan

ABSTRACT:

A rarely cause of premature birth: idiopathic anaphylaxis of pregnancy

Anaphylaxis is a rare cause of prematurity at during pregnancy period. It can have serious effects for both mother and fetus. Anaphylaxis is a rare but potentially life-threatening event for mother and baby in during pregnancy. Anaphylaxis can be prevented maternal and fetal mortality and morbidity by cesarean section application and appropriate resuscitation by epinephrine. Anaphylaxis is a good choice vasopressor agents, although it can pose a risk in pregnancy for placental-fetal circulation in non-pregnant person. 28 year old mother was hospitalized with the diagnosis of anaphylactic reaction and fetal distress. Emergency treatment with epinephrine and steroids to the mother, cesarean delivery was in the 33 weeks of gestation for fetal distress. Mother's induce anaphylactic reactions caused by the birth was not found. In patients with idiopathic anaphylaxis during pregnancy, delivery time, delivery method continues to be controversial today, but in cases can affect the newborn and maternal survival positive of rapid and effective management practices.

Key words: Anaphylaxis, prematurity, newborn

Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni 2011;45(1):24-26

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Yenidoğan Kliniği, İstanbul-Türkiye

Yazışma Adresi / Address reprint requests to:
Uzm. Dr Emrah Can, Şişli Etfal Eğitim ve
Araştırma Hastanesi Yenidoğan Kliniği,
İstanbul-Türkiye

Telefon / Phone: +90-212-373-5000/6352

E-posta / E-mail: emrah.can@sislietfal.gov.tr

Geliş tarihi / Date of receipt:
2 Şubat 2011 / February 2, 2011

Kabul tarihi / Date of acceptance:
24 Şubat 2011 / February 24, 2011

GİRİŞ

Anafilaksi hızlı başlangıçlı, ani gelişen ve ölüme neden olabilen ciddi bir alerjik reaksiyon olarak tanımlanmaktadır (1). Anafilaksi tanısı, kişilerin daha önceki dönemlerde; özellikle de çocukluk dönemindeki geçmişinin ayrıntılı irdelenmesine dayanmaktadır (2). İdyopatik anafilaksi tanısında; belirti ve bulgular anafilaksi ile uyumlu ise; diğer kronik hastalıkların dışlanarak ve bazı spesifik tetiklerin yapılması gerekmektedir (3). İdyopatik anafilaksi erişkinlerde pediatrik olgulara göre daha yaygın olarak görülmektedir (4). Olguların %70'i kadındır ve %50'sinde atopi hikayesi bulunmaktadır (2,5). Hastalardaki anafilaksi; gıda, ilaç ve egzersiz ile tetiklenebilmektedir (2).

Amerika Birleşik Devletleri'nde idiyopatik anafilaksi sıklığı 1/10.000 olarak bildirilmektedir (6). Genel olarak idiyopatik anafilaksinin klinik tablosu ürtiker ile karakterizedir. Ancak bazı olgularda anjiödem ve ciddi sistemik belirtilerin (kalp damar, solunum sistemi semptomları ve/veya gastrointestinal) eşlik ettiği klinik bir tablo da gelişebilmektedir (5).

Bu yazıda prematüre doğumun nadir bir nedeni olarak gebeliğin idiyopatik anaflaksisi olgusu sunulmuştur.

OLGU

Yirmisekiz yaşında 33.gebelik haftasındaki anne, sancılarının başlaması üzerine getirildiği acil poliklinikte anaflaktik reaksiyon ve fetal distres tanıları ile

yatırıldı. Anne anamnezinde, alerji ve atopi öyküsü ile ilaç alım öyküsünün olmadığı, yeni bir madde kullanmadığı, farklı ve yeni bir yiyecek yemediği, gebeliğinde düzenli takip edilmediği, günde bir paket sigara içtiği, gebelik boyunca enfeksiyon geçirmediği, ailesinde kronik hastalık öyküsünün bulunmadığı ve eşi ile arasında akrabalık olmadığı öğrenildi. Annenin fizik muayenesinde dispneik, taşipneik, tansiyon arteryel 80/50 mmHg, soluk, terli, KTA 120/dakika ritmik, kapiller dolum zamanı >2sn bulundu. Oksijen saturasyonu %88 idi. Hastaya damar yolu açılarak 20 cc/kg serum fizyolojik verildi, ardından epinefrin (0,01mg/kg subkutan) ve steroid (1mg/kg metilperdnisonon IV) uygulandı. Bu sırada annenin uterus kontraksiyonlarının artması nedeniyle bakılan fetal kalp atımlarında düzensizlik saptanması üzerine bebekte fetal distres düşünülerek bebeğin acil sezaryen ile doğurtulmasına karar verildi. Otuzüçüncü gebelik haftasında 1750g olarak doğurtulan bebeğin fizik muayenesinde spontan solunumunun yetersiz olması nedeniyle 30 sn süre ile maske kese ile pozitif basınçlı ventilasyon uygulandı. Ardından spontan solunumun yeterli düzeyde olmaması sebebiyle bebek entübe edilerek yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Bebeğin sistem muayenelerinde patolojik bulgu saptanmadı. PA akciğer grafisinde ve kan gazında patolojik özellik saptanmadı. Olgu mekanik ventilatörde SIMV (senkronize intermitten mandatory ventilation) modunda düşük parametreler ile iki gün takip edildi. Spontan solunumu güçlenen ve oksijen saturasyon takipleri normal olan olgu önce CPAP (continue positive airway preassure) daha sonra kuvöz içi oksijen tedavisine alındı. Biyokimyasal parametrelerinde ve enfeksiyon belirteçlerinde özellik saptanmaması ve hemokültüründe üreme olmaması üzerine ilk gün başlanan antibiyotik tedavisi postnatal 3.gününde kesildi.

Enteral beslenmesinin düzenlenmesi amacıyla postnatal 10.güne kadar yenidoğan servisinde tedavisiz izlenen bebek, salah ile taburcu edildi. Annede doğumu indükleyen anaflaktik reaksiyonun nedeni bulunamadı.

TARTIŞMA

İdiyopatik anafilaksi mast hücrelerinin olayı başlatan bir uyaran karşısında artmış aktivasyonu ile iliş-

kilidir (6). Olgularda lenfosit aktivasyonu artmasına rağmen bu durumun klinik olarak önemi açık olarak gösterilememiştir (5). İdiyopatik anafilaksili hastalarda akut ataklar sırasında plazma ve idrar histamin düzeyleri, serum veya plazma triptaz düzeyleri gibi mast hücre mediyatörleri artmış olarak tespit edilmektedir (7). Literatürde idyopatik anaflaktik hastaların bir gurubunda mutasyona bağlı klonal mast hücre sayısında artış bildirilmiş; ayrıca bu kişilerde T ve B hücre seviyelerinin akut atak sırasında ve remisyonunda daha yüksek aktivitede oldukları gösterilmiştir (8). Başka bir olgu serisinde ise, olguların dermis tabakasındaki mast hücrelerinin sayısında artış olduğu tespit edilmiştir (9). Bununla birlikte mikroanaliz çalışmalarda, IA farklılaştırıcı ekspres genlerin ürettikleri CD203c'nin, bazofil aktivasyonun bir göstergesi olduğu gösterilmiştir (9).

İdiyopatik anafilaksi tanısı diğer mast hücresi hastalıklarının dışlanması ile konulmaktadır (7). Bir anafilaksi olgusunda histamin ve triptazın akut dönemde ölçümüyle, mast hücre aktivasyonunun artan aktivitesi teyit edilebilmektedir (8). Ancak ısrarla yüksek düzeylerde devam eden triptaz düzeyi; sistemik mastositoz veya klonal mast hücre bozukluğunu da gösterebilmektedir (6). Bu sebeple bu olgularda mast hücre hastalığı için daha ileri tetkiklerin yapılması gerekmektedir. Olgumuzun annesinde mast hücre aktivitesini gösteren testler ve triptaz düzeyi ailenin sosyoekonomik koşulları nedeniyle bakılmadı. Ancak anne, doğum sonrasında daha ileri değerlendirme için erişkin hematoloji ve alerji bilim dallarına yönlendirildi.

Anafilaksi tedavisinde kullanılan ilaçlar arasında epinefrin, glikokortikoidler ve antihistaminikler bulunmaktadır. Epinefrin sıklıkla tercih edilen ilk ilaçtır (9). Epinefrin brokospazm ve kardiyovasküler kollapsı önleyerek hayatı tehdit edici sonuçların ortaya çıkmasını engellemektedir (8). Glukokortikoid tedavisi ise akut atak anında ve daha sonraki atakların engellemesi için ampirik olarak başlatılabilir (9). Olguların tedavisinde steroid ile bir hafta ya da hastanın semptomları kayboluncaya kadar tedaviye devam edilmesi önerilmektedir (7). Bu tedavinin ardından steroid tedavisi alternatif günlerde iki hafta daha süre verilmekte ve azaltılarak kesilmektedir (4). Antihistaminik ilaçlar ise steroid ile birlikte tedavide

kullanılabilmektedir (8). Ancak sadece birinci kuşak antihistaminikler, anafilaksi tedavisi için araştırılmış olmasına rağmen Setirizin gibi ikinci kuşak antihistaminikler de , ilk basamak tedavide yüksek başarı oranı nedeniyle günümüzde tercih edilmektedir (6). Antihistaminik ilaç tedavisine genellikle steroid tedavisinin tamamlanmasından sonra da devam edilmektedir.

Anafilaksi gebelikte görüldüğünde sistemik etkilenme, hipotansiyon ve hipoksi bebeği etkileyerek bebeğin hayatını kaybetmesine neden olabilmektedir (5,6). Bu sebeple bazı gebelerde yapılan tedavi girişimlerine rağmen prematüre doğum engellenememektedir (9). Doğan bebek sıklıkla mevcut tablodan etkilenmekte; özellikle anafilaksi sonrası doğan bebekte geçici bir iskemi meydana geldiğinden bebeğin etkilenmesi ve sonuçları daha ağır olabilmektedir (8). Olgumuzda anneye yapılan tedavi girişimlerine karşın bebeğin 33.gebelik haftasında prematüre olarak doğması engellenememiş ve bebeğe resusitasyon uygulaması gerekli olmuştur.

Sonuç olarak gebelerde ani gelişen anafilaksi reaksiyonları prematüre doğumun nedeni olabilmektedir. Bu nedenle anafilaksinin erken tanı ve tedavisi anne ve prematüre bebeğin sağkalımını olumlu yönde etkileyebilir.

KAYNAKLAR

1. Sampson HA, Muñoz-Furlong A, Campbell RL ve arkadaşları: Second symposium on the definition and management of anaphylaxis: summary report--second National Institute of Allergy and Infectious Disease/Food Allergy and Anaphylaxis Network symposium. *Ann Emerg Med* 2006;47(4): 373-80.
2. Ditto AM, Harris KE, Krasnick J, Miller MA, Patterson R: Idiopathic anaphylaxis: a series of 335 cases. *Ann Allergy Asthma Immunol* 1996;77(4):285-91.
3. Ditto AM, Krasnick J, Greenberger PA, Kelly KJ, McGrath K, Patterson R: Pediatric idiopathic anaphylaxis: experience with 22 patients. *J Allergy Clin Immunol* 1997;100(3):320-6.
4. Greenberger PA: Idiopathic anaphylaxis. *Immunol Allergy Clin North Am* 2007; 27(2):273-93.
5. Tejedor Alonso MA, Sastre DJ, Sanchez-Hernandez JJ, Perez FC, de la Hoz Caballer B: Idiopathic anaphylaxis: a descriptive study of 81 patients in Spain. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2002; 88(3):313-8.
6. Greenberger PA, Rotskoff BD, Lifschultz B: Fatal anaphylaxis: postmortem findings and associated comorbid diseases. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2007; 98(3): 252-7.
7. Shanmugam G, Schwartz LB, Khan DA: Prolonged elevation of serum tryptase in idiopathic anaphylaxis. *J Allergy Clin Immunol* 2006;117(4):950-1.
8. Akin C, Scott LM, Kocabas CN, Kushnir-Sukhov N, Brittain E, Noel P, Metcalfe DD: Demonstration of an aberrant mast-cell population with clonal markers in a subset of patients with "idiopathic" anaphylaxis. *Blood* 2007;110(7):2331-3.
9. Howell DL, Jacobs C, Metz G ve arkadaşları: Molecular profiling distinguishes patients with active idiopathic anaphylaxis from normal volunteers and reveals novel aspects of disease biology. *J Allergy Clin Immunol* 2009;123(3):150.