

Akut Ürtikerli Yatan Hastaların Klinik Olarak Değerlendirilmesi

Clinical Evaluation of Inpatients with Acute Urticaria

Ayşe Serap Karadağ, Serap Güneş Bilgili, Ömer Çalka, Necmettin Akdeniz*,
Hatice Uce Özkol**, Sıraç Aktar

Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Van, Türkiye

*Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Erzurum, Türkiye

**Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Bölümü, Van, Türkiye

Özet

Amaç: Yatırarak takip ettiğimiz akut ürtikerli ve anjioödemli hastaların klinik ve etyolojik özelliklerinin belirlenmesi ve laboratuvar tetkiklerinin gerekliliğinin değerlendirilmesi.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmaya yatırarak tedavi ettiğimiz 105 akut ürtiker ve anjioödemli hasta alındı. Lezyonların özellikleri ve hastaların klinik özellikleri sorgulandı. Ayrıca lezyon sayısı, şiddeti ve ürtika plak çapı kaydedildi. Hastalardan rutin hematolojik ve biyokimyasal tetkikler, tiroid fonksiyon testleri, hepatit belirteçleri, gaytada parazit, total IgE, kültürler, eritrosit sedimentasyon hızı, C-Reaktif protein, antinükleer antikor, PA akciğer grafisi ve gerekli hastalarda psikiyatri konsültasyonu istendi. Bulgular SPSS 15,0 istatistik programına kaydedildi ve yüzde (%) verilerek yazıldı.

Bulgular: Hastalarımızın 28'i sadece ürtiker (%26,7), 7'si sadece anjioödem (%6,7), 70'i ürtiker ve anjioödemli (%66,7). Eşlik eden en sık semptom kaşıntı (%91,4) ve yanma hissi (%34,3) idi. En sık sistemik semptom olarak %15,2'sinde halsizlik ve %12,4'ünde baş ağrısı görüldü. Lezyonlar sıklıkla akşam saatlerinde (%24,8) oluşuyordu. Kaşıntı 25 hastada (%23,8) gece uyandırıyor. Hastaların bir kısmında lezyonların fiziksel aktiviteyle ilişkisinin olduğu gözlemlendi. Hastaların 12'sinde (%11) eşlik eden sistemik hastalık bulunmaktaydı. Etiyolojik faktörler incelendiğinde 33 hastada başvurduğu esnada infeksiyon tesbit edildi (%31). Gıda anamnezi sorgulandığında hastaların 14'ünde (%13) gıda suçlandı. Hastaların 30'unda (%28,5) ilaç anamnezi vardı. Hastalarımızdan %37,1'inde stres ve 3 hastada (%3) anksiyete bozukluğu tesbit edildi. On hastada (%9) gaytada değişik türde parazit saptandı.

Sonuç: Akut ürtiker benin bir hastalıktır. Altta yatan neden her zaman bulunamasa da en sık tetikleyici faktörler infeksiyonlar ve ilaçlardır. Hastaların ayrıntılı olarak anamnezlerinin alınması ve takip altına alınması oldukça önemlidir. Anamnezde bildirilen ve provakatif olduğu düşünülen faktörlerin tesbitine yönelik tetkiklerin yapılması genellikle yeterli olmaktadır. Diğer tetkikler zaman kaybına yol açmakta ve gereksiz bir maliyete neden olmaktadır. (Türkderm 2011; 45: 179-83)

Anahtar Kelimeler: Anjioödem, infeksiyon, ürtiker

Summary

Background and Design: To determine the clinical and etiological features of inpatients with acute urticaria and angioedema and to assess the need for laboratory tests.

Material and Methods: We recruited 105 patients with acute urticaria and angioedema who were admitted to our inpatient unit. The lesions and the characteristics of the patients were analyzed. Routine diagnostic tests including complete blood count, thyroid function tests, hepatitis panel, stool parasite, total IgE levels, cultures, erythrocyte sedimentation rate, C-reactive protein, anti-nuclear antibody, and posterior anterior lung X-ray were ordered. A psychiatric consultation was obtained, when needed. The results were analyzed with SPSS 15.0 statistical software.

Results: Among 105 patients, 28 (26.7%) had urticaria, 7 (6.7%) had angioedema, and 70 (66.7%) suffered from both urticaria and angioedema. The most common accompanying symptoms were itching (91.4%) and burning (34.3%). The most common systemic symptoms were fatigue (15.2%) and headache (12.4%). The lesions usually appeared in the evening hours (24.8%). Twenty-five patients were waking up due to itching during the night. Some lesions were associated with physical activities.

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Ayşe Serap Karadağ, Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Van, Türkiye
Tel.: +90 432 214 64 68 E-posta: drayserem@yahoo.com **Geliş Tarihi/Received:** 12.12.2010 **Kabul Tarihi/Accepted:** 06.06.2011

Türkderm-Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından basılmıştır.
Türkderm-Archives of the Turkish Dermatology and Venerology, published by Galenos Publishing.



Systemic diseases accompanied the lesions in 12 patients (11%). In terms of etiological factors, 33 patients (22.5%) had infections. Food-related lesions were encountered in 14 (13%) patients. Thirty patients (28.5%) had history of medication use. Stress was detected in 37.1% of the patients; anxiety was diagnosed in 3% of patients. The stool was positive for parasites in 10 (9%) patients.

Conclusion: Acute urticaria is a benign disorder. Although the underlying cause of urticaria can not always be identified, infections and medications are the most common causes. A comprehensive and detailed history is very important to discover the underlying cause. The diagnostic tests should be ordered according to the patient's history. Conducting diagnostic tests without considering the medical history of the patient leads to waste of time and resources. (Türkderm 2011; 45: 179-83)

Key Words: Angioedema, infection, urticaria

Giriş

Ürtiker eritemli, ödemli, kaşıntılı kendiliğinden kaybolan ürtika lezyonlarıyla karakterize bir deri hastalığıdır. Lezyonların boyutları 1 mm. den birkaç cm. ye kadar değişebilmektedir. Mast hücrelerinden salınan histamin başta olmak üzere çok sayıda mediyatör aracılığıyla oluşmaktadır. Ürtikerlerin çeşitli sınıflamaları bulunmaktadır. En yaygın kullanılan sınıflama hastalığın süresine göre yapılandır. Altı haftadan kısa sürede gerileyen lezyonları olanlara akut ürtiker, 6 haftadan uzun süreli olanlara kronik ürtiker denilmektedir.^{1,2}

Akut ürtiker kronik ürtikere göre 10-100 kat daha fazla görülür. Hayat boyunca akut ürtiker görülme riski %10-25 kadardır. En sık görülen deri hastalıklarından olup en sık acile başvurma nedenidir. Hastaların çoğu hastalıklarının bir yiyecek, ilaç alımı veya stres sonucu ortaya çıktığını öne sürmektedirler, ancak çoğu olguda presipitan faktör bulunamamaktadır. Akut ürtikerin erişkinde en sık nedenleri akut enfeksiyonlar (%40) ve ilaç alımıdır (%10). Çocuklukta ise enfeksiyonlar en fazla sorumlu olan etkenlerdir. Yiyecek alerjileri de (özellikle inek sütü) erişkinlere göre çok daha yaygın bir sebeptir.^{3,4}

Akut ürtikerde atakların kısa sürmesi ve kendini sınırlayan tek bir atak olması nedeniyle bazı otörler etyolojiyi araştırmak için geniş tetkikler yapılmasını önermemektedir.⁵

Bu çalışmada akut ürtiker hastalarının ayrıntılı klinik ve demografik özellikleri incelenmektedir. Ayrıca etyolojiye yönelik sık kullanılan tetkikler ve sonuçları verilerek bunların gerekliliği gözden geçirilmektedir.

Gereç ve Yöntem

Çalışmaya dermatoloji polikliniğine başvuran ve yatırılarak tedavi edilen, akut ürtiker ve/veya anjiödemli olan hastalar alındı. Hastaların lezyonları 6 haftadan kısa süreliydi. Anjiödemli hastaların aile hikayesi yoktu ve ilk ataklarıydı. Herediter anjiödem anamnez ile ekarte edildi. Lezyonların lokalizasyonu, eşlik eden semptomlar, sistemik semptomlar, lezyonların ortaya çıkış saati, etyolojide hastaların bildiği etkenlerin varlığı, kaşıntıyla zamansal ilişki, mevsimsel ilişki, fiziksel faktörlerle ilişki (sıcak, soğuk, basınç, güneş, stres gibi), temas öyküsü (fiziksel maddeler, hayvan, vb), aile hikayesi, alerji hikayesi, meslek, protez varlığı ve kullandıkları ilaçlar sorgulandı. Ayrıca lezyon sayısı, şiddeti ve ürtika plak çapı kaydedildi. Hastalardan istenilen laboratuvar tetkikler Tablo 1'de gösterilmektedir. Gerekli hastalarda psikiyatri konsültasyonu istendi. Bulgular SPSS 15,0 istatistik programına kaydedildi ve yüzde (%) verilerek yazıldı.

Sonuçlar

Hastalarımızın demografik özellikleri Tablo 2'de verilmektedir. Hastaların ve lezyonların klinik özellikleri Tablo 3'de gösterilmektedir.

Tablo 1. Hastalara uygulanan laboratuvar tetkikler

TETKİKLER
Tam kan tetkiki
Rutin Biyokimya: Glukoz Karaciğer fonksiyon testleri(ALT,AST) Böbrek fonksiyon testleri (Üre, kreatinin)
Tam idrar tetkiki
Tiroid fonksiyon testleri: ST3 ST4 TSH Tiroid otoantikörleri
Hepatit belirteçleri: HbsAg Anti HCV
Gaytada parazit
Total IgE
Kültürler (septomaya göre): Boğaz kültürü İdrar kültürü Gayta kültürü
Eritrosit Sedimentasyon hızı
C-Reaktif protein
Antinükleer antikor
PA akciğer grafisi

Tablo 2. Hastaların demografik özellikleri

Tanı	Akut ürtiker: 28 (%26,7) Anjiödem: 7 (%6,7) Akut ürtiker+anjiödem: 70 (%66,7)
Cinsiyet	Kadın:82 (%78) Erkek:23 (%22)
Bireysel alerji	10 (%9,5)
Aile hikayesi	Ailede ürtiker: 10 (%9,5) Saman nezlesi: 8 (%7,6) Alerjik konjonktivit: 2 (%1,9) Alerjik astım: 8
Temas Hikayesi	82 (%78,0) Yünlü kıyafet: 9 (%8,6) Kozmetik: 3 (%2,8) İlaç-gıda: 9 (%8,6) Hayvan teması: 20(%19) Temizlik maddesi: 34 (%32,4) Bitki teması: 7 (%6,7)
Meslek	Ev hanımı: 60 (%57,1) Öğrenci:16 (%15,2) İnşaat işçisi: 1 (%0,9) Çiftçi: 2 (%1,9) Memur: 3 (%2,8)
Sistemik Hastalık	Hipertansiyon: 4(%3,8) Diyabetes mellitus: 3 (%2,8) Hipotiroidi: 2 (%1,9) Karaciğer hastalığı: 1 (%0,9)

Laboratuvar Bulguları:

Hastalarımızın laboratuvar tetkik sonuçları Tablo 4’de gösterilmektedir. Hastaların hemoglobin değerlerinin ortalaması 12,3 g/dL, trombosit değerinin ortalaması 220,000/mm³ olarak bulundu. Beyaz küre infeksiyonu olan hastalarda 12,000-19,000/mm³ arasında değişmekteydi. Total IgE 15 hastada (%14,2) yüksek olup 109-4390IU/mL arasında değişmekteydi. Rutin biyokimya tetkikleri incelendiğinde 1 hastada karaciğer fonksiyon testlerinde bozukluk, 3 hastada açlık kan şekeri yükseklik tesbit edildi. Eritrosit sedimentasyon hızı 20-45/sa arasındaydı. C reaktif protein normal sınırlardayken antinükleer antikor sadece 3 hastada pozitif olarak saptandı.

Hastalarda rutin olarak hepatit infeksiyonu araştırıldı. Sadece 1 hastada (%0,9) aktif hepatit infeksiyonu vardı, 2 hasta hepatit B infeksiyonu açısından taşıyıcıydı (%1,9).

Tüm hastalarda tiroid fonksiyon testleri ve otoantikoları değerlendirildi. Hastaların 2’sinde hipotiroidi tesbit edilirken (%1,9), tiroid otoantikoları (tiroglobulin, anti TPO) 3 hastada (%2,8) pozitif bulundu. PA Akciğer grafisinde patolojiye rastlanmadı.

Şüphelenilen 14 akut ürtikerli hasta için psikiyatri konsültasyonu istendi ve bu hastalardan 3’ünde (%3) anksiyete bozukluğu tesbit edildi. Hastalarımıza rutin olarak sedatif olmayan yeni kuşak antihistaminikler (levosetizin, desloratadin, feksofenadin veya rupatadin) başlandı. Ancak lezyonların yaygınlığı, anjioödem varlığı veya antihistaminiklere yetersiz cevap nedeniyle olgularımızın 72’sinde (%68) kısa süre-

li parental antihistaminik (feniramin maleat) tedavisi verildi (Ortalama 3-9 gün). Hastaların bir kısmında verilen sedatif olmayan antihistaminiklerin dozu arttırılırken (56 hasta, %53), bir kısmına oral sedatif antihistaminikler (feniramin maleat veya hidrosizin) eklendi (32 hasta, %30). Ancak antihistaminiklere yetersiz cevap nedeniyle olgularımızın %68’ine kısa süreli sistemik kortikosteroid tedavisi eklendi (Ortalama 3-9 gün). Olgularımızın tamamı tedaviye iyi yanıt verdi ve ortalama yatış süresi 2 gün ile 12 gün arasında değişti.

Tartışma

Ürtiker eritemli, ödemli papüllerden oluşan bir hastalık olup başlıca sorumlu hücreler mast hücreleri ve bunlardan salınan histaminlerdir. Degranüle olan mast hücrelerinin regranüle olması için 3-4 gün gerekirken, bu süre içinde oluşan yeni lezyonlar farklı bölgelerde oluşmaktadır. Anjioödem ürtikerden daha derin dokuları veya subkutan dokuyu etkilemesiyle ayrılır ve burada başlıca mediatör bradikininidir. Vakaların %50’sinde ürtiker tek başınayken %40’ında anjioödemle beraberdir, %10 vakada ise sadece anjioödem görülür.¹⁻³ Çalışmamızda olgularımızın %66,7’sinde ürtiker ve anjioödem, %26,7’sinde sadece ürtiker ve %6,6’sında sadece anjioödem izlendi. Olgularımızın yatan hastalar olması nedeniyle anjioödem oranının yüksek olduğunu düşünmekteyiz.

Ürtiker/anjioödem ortalama görülme yaşı 35,75±18,9 yaştır.⁶ Hastalarımızın yaş ortalaması 36,86±15,3 yaştı. Pediatrik hasta oranı %13,4’tür.⁶ Çalışmamızda pediatrik hasta oranı %15 bulundu. Ürtiker/

Tablo 3. Hastaların ve lezyonların klinik özellikleri

Lokalizasyon -Ürtiker:	Tüm vücut: 72 (%68,6) Kol-bacak: 20 (%19) Diğer: 13 (%12,4)
-Anjioödem:	Göz kapakları: 19 (%18,1) Dudak: 16 (%15,2) Birden çok yer: 42 (%40)
Lezyon Sıklığı	Hergün: 26 (%24,8) Birkaç gün aralya: 79 (%75,2)
Semptomlar	Kaşıntı: 96 (%91,4) Yanma: 36 (%34,3) Ağrı: 8 (%7,6) Gerilme hissi: 5 (%4,8)
Sistemik semptomlar	Halsizlik: 16 (%15,2) Baş ağrısı: 13 (%12,4) Aşırı yorgunluk: 11 (%10,5) Nefes darlığı: 5 (%4,8) Boğazda tıkanıklık hissi: 4 (%3,8)
Lezyonların ortaya çıkış zamanı	Akşam: 26 (%24,8) Gündüz: 20 (%19) Gece: 17 (%16,2) Sabah uyanıldığında: 12 (%11,4)
Gece uyandıran kaşıntı	25 (%23,8)
Ürtiker Aktivite Skoru	1 (Hafif): 21 (%20) 2 (Orta): 58 (%55,2) 3 (Şiddetli): 23 (%21,9)
Lezyon Sayısı	1-6: 23 (%21,9) 7-12: 17 (%16,2) ≥12: 44 (%41,9)
Ürtika Plak Çapı	<1,5 cm: 23 (%21,9) 1,6-2,4 cm: 19 (%18,1) >2,5 cm: 43 (%41)

Tablo 4. Hastalarımızda akut ürtiker nedenleri

Etken	Sayı (%)
Yiyecekler	19 (14,6)
İlaçlar	30 (28,5)
Steroid olmayan antiinflamatuvarlar:	18 (17,1)
Antibiyotik (penisilin,sefalosporin):	6 (5,7)
Kas gevşetici:	2 (1,9)
Trisiklik antidepresan:	2 (1,9)
Kaptopril:	2 (1,9)
İnfeksiyonlar:	33 (22,5)
-ÜSYE	20 (19)
-Streptococcus	12(11)
-Viral	8 (8)
-Gastroenterit	5 (4)
-Amip	2 (1,9)
-Şigella	1 (0,9)
-Salmonella	2 (1,9)
-İdrar yolu infeksiyonu	8 (7)
Gaytada parazit	10 (9)
-Giardia	2 (1,9)
-Blastokist	1 (0,9)
-Amip	5 (4,7)
-Hymenolepsis	1 (0,9)
-Ascaris	1 (0,9)
Fiziksel Etkenler:	
-Sıcak	6 (5,7)
-Soğuk	6 (5,7)
-Egzersiz	3 (2,9)
-Solar	9 (8,6)
-Basınç	10 (9,6)
İnsect bite	0
Radyokontrast madde	1 (0,9)
Aşı	2 (1,9)
Stres	36 (37,1)

anjioödem prevelansı kadınlarda oldukça yüksektir (%62,8).⁶ Çalışmamızda hastaların 82'si (%78) kadın, 23'ü (%22) erkekti ve literatürle uyumlu olarak kadınlarda daha yüksek oranda görüldü. Ürtikerin kadınlarda daha sık görülmesinin nedeni tam olarak bilinmemektedir. Özellikle kronik ürtikerin kadınlarda sık görülmesinin otoimmün mekanizmadan kaynaklanabileceği düşünülmektedir, çünkü otoimmün hastalıklar kadınlarda daha sık bildirilmektedir.⁵ Ancak akut ürtikerin kadınlarda sık görülmesinin nedeni henüz aydınlatılamamıştır.

Yapılan çalışmalarda yaşanan bölge, eğitim seviyesi, ırk, meslek ve evde hayvan beslemenin ürtiker insidansına etki etmediği görülmüştür.⁶ Ürtikerli bir hastayı değerlendirirken en önemli nokta hastanın detaylı anamnezinin alınmasıdır. Bunlar ürtikerin sıklığı, zamanı, atak süresi, eşlik eden diğer semptomların varlığı, anjioödem eşlik edip etmediği, altta yatan sistemik bir hastalığın bulgusunun olup olmamasıdır. Bazı hastalarda eşlik eden semptomlar olsa da çoğunlukla bulunmamaktadır.⁷

Ürtiker genellikle yoğun kaşıntılı iken anjioödem kaşıntılı olmayıp ağrılı olabilir. Olgularımızın %91,4'ünde kaşıntı mevcuttu. Eşlik eden diğer semptomlar yanma, ağrı ve gerilmeydi. Ürtikerde kaşıntının yanısıra batma ve yanma hissi olabilir. Semptomlar genellikle akşam saatlerinde veya geceleri kötüleşebilir. Hastaların yaklaşık yarısı uyku bozukluklarından şikayet edebilmektedir.^{9,10} Çalışmamızda hastalarımızın şikayetleri en sık akşam saatlerinde ortaya çıkmaktaydı. Hastaların %23,8'inde kaşıntı gece uyandırırken, %76,2'sinde gece uyandırmıyordu.

Ürtikerde bazen sistemik bulgular deri bulgularına eşlik edebilmektedir. Bunlar baş ağrısı, eklem ağrısı veya gastrointestinal semptomlar olabilir. Bu ekstrakutanöz bulgular başta histamin olmak üzere inflamatuvar mediatörlerin sistemik etkisinden veya ekstrakutanöz mast hücre topluluğunun aktive olması ve degranulasyonu sonucu lokal etkisinden kaynaklanabilir.⁶ Çalışmamızda hastalarımıza eşlik eden sistemik semptomlara oldukça sık rastlandı. Bu bulgular başlıca halsizlik, baş ağrısı, aşırı yorgunluk, nefes darlığı ve boğazda tıkanıklık hissi idi.

Hastaların aile anamnezleri ve kişisel alerji hikayeleri de sorgulanmalıdır. Çalışmamızda hastaların %9,5'inde ailede ürtiker hikayesi vardı. %17,1'inde ailesel alerji hikayesi (saman nezlesi, alerjik konjonktivit, alerjik astım) varken hastaların %9,5'inde bireysel alerji hikayesi bulunmaktaydı. Fiziksel etkenler de ürtikerde önemli bir nedendir. Soğuk, sıcak, egzersiz, basınç, güneş gibi faktörler ürtikerde tetikleyici olabilir.¹¹ Biz de hastalarımızın bir kısmında basınçla, soğukla, sıcakla, güneşle, heyecan ve strese ilişki saptadık.

Akut ve kronik ürtikerde hastalığın aktivitesinin değerlendirilmesi amacıyla günümüzde ürtiker aktivite skorlama (ÜAS) sisteminin kullanılması önerilmektedir.⁸ Bu yöntem rutinde kullanılmayıp daha çok çalışmalarda kullanılan bir yöntemdir. ÜAS temel olarak ürtikerin temel semptomları olan şişlik ve pruritusu esas alarak hesaplanır. Buna göre skor 0: şişlik ve pruritus yok; skor 1: şişlik: hafif (24 saatte, <20 adet), pruritus hafif; skor 2: şişlik orta derecede (24 saatte sayısı 20-50 arası), pruritus orta düzeyde ve skor 3'te şişlik yoğun (24 saatte >50 adet veya birleşerek büyük plaklar oluşturmuş) ve kaşıntı günlük aktiviteleri ve uykuyu böcek kadar şiddetlidir. Biz de çalışmamızda hastalığın şiddetini ÜAS'a göre skorladık. Buna göre hastalarımızın çoğunluğu (%55,2) skor 2 iken, %20'si skor 1 ve %24,7'si skor 3 bulundu. Hastalarımızın yatan hastalar olması nedeniyle ÜAS skorlarının yüksek olduğunu düşünüyoruz.

Ürtiker tanısı konulduğu zaman muhtemel tetikleyici veya ağırlaştırıcı faktörün bulunmaya çalışılması oldukça önemlidir. Tetikleyici faktörler olarak en sık suçlanan faktörler; gıdalar, böcek ısırığı, ilaç alımı (özellikle reçete ile alınan ve alınmayan ilaçlar; antibiyotikler,

aspirin, nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar (NSAID), kodein, laksatifler ve anjiotensin converting enzim inhibitörleri) ve enfeksiyonlardır.^{11,12} Gıda alerjenleri akut ürtiker için iyi tanımlanmış bir nedendir. Çocuklarda ve infantlarda yaygındır. Alerjiye en sık neden olan gıdalar; yer fıstığı, çilek, inek sütü, balık ve yumurtadır.^{11,12} Gıda anamnezi sorgulandığında hastaların sadece 4'ünde (%4) gıdalar suçlandı ve bu oranın düşük olduğu görüldü. Hastalarımızda böcek ısırığı anamnezi veren olmadı. Hastaların 30'unda ilaç anamnezi (%28,5) vardı. Bunlar NSAID, antibiyotikler, kas gevşeticiler, antidepresanlar ve antihipertansif ilaçlardı.

Parazitik infestasyonlar da dünyada yaygın bir ürtiker nedeni olup genellikle eozinofili ile birliktedir. Kronik ürtikerde yapılan bir çalışmada hastalarda Giardia varlığı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.¹³ Çalışmamızda hastaların %9'unda gaytada parazite rastlandı.

İnfeksiyonun neden olduğu ürtiker ile ilacın indüklediği ürtikeri ayırt etmek oldukça önemlidir. İnfeksiyonu doğrulamak için mikroorganizmanın izolasyonu veya serolojik doğrulamanın yapılması gerekmektedir. Ancak her iki yöntemde oldukça zaman alıcıdır ve klinik olarak pratik değildir. Neden olan ilacı tesbit etmek için deri testleri veya oral provakasyon testleri de yapılabilmektedir. Ancak ilaç reaksiyonlarında her zaman ilacın kendisi değil içeriğinde yer alan yardımcı maddeler de reaksiyona neden olabilmektedir.¹¹

Ürtikerle sistemik hastalıklar arasında da ilişki tanımlanmıştır.^{14,15}, ancak bu daha çok kronik ürtikerde geçerlidir. Yapılan geniş çaplı bir çalışmada malinite ile ilişki saptanmamıştır.¹⁶ Hastalarımızın %14'ünde eşlik eden sistemik hastalıklar bulunmaktaydı. Bunlar diyabet, hipertansiyon, tiroid hastalığı ve karaciğer hastalığıydı. Özellikle tiroid hastalıkları ürtikerli hastalarda tetikleyici rol oynayabilmektedir.^{14,15} Çalışmamızda hastalarımızın sadece %1,9'unda hipotiroidi tesbit edilirken, tiroid otoantiklorları 3 hastada (%2,8) pozitif bulundu. Bu nedenle sistemik hastalıkların ve tiroid hastalıklarının akut ürtikerde önemli bir neden olmadığını, ancak hasta sayısının arttırılacağı yeni çalışmalarda bu oranların değişebileceğini düşünmekteyiz.

Bazı otörler rutin tetkiklerin her hastada gerekli olmadığını, anamneze bağlı olarak başlangıçta tam kan sayımı, eritrosit sedimentasyon hızı, C-reaktif protein, rutin biyokimya, glukoz, tiroid fonksiyon testi, tiroid otoantiklorları, anti nükleer antikor, immünglobulinler, protein elektroforezi, kompleman C3, C4, kriyoglobulinler, enfeksiyon serolojisi, gaytada kist, parazit tetkiki ve tam idrar analizi yapılmasını önermektedir. Daha ileri araştırmalar başlangıç testleri anormal olan hastalara önerilmektedir.⁴ Hastalarımızda Tablo 1'de belirtilen ve rutinde sık kullanılan tetkikler istendi. Bu tetkiklerden enfeksiyon anamnezi olanlarda görülen bulgular dışında (lökositoz, sedimentasyon artışı, boğaz ve idrar kültürü, gaytada parazit) pozitif bulguya rastlanmadı ve tetkiklerin ek bir fayda sağlamadığı görüldü.

Akut ürtiker genellikle yoğun stres maruziyeti sonrası gelişebilmektedir. Yapılan çalışmalarda ürtikerin en çok kaygıya yol açan psikodermatozlerden olduğu ve hayat kalitesini etkilediği gösterilmiştir.¹⁷ Literatürde genellikle kronik ürtikerin psikiyatrik faktörlerle ilişkisi incelenmiş ve kronik ürtikeri olan hastaların yaklaşık %70'inin kaygı, depresyon ve psikosomatik belirtilere eğilimli olduğu bildirilmiştir.¹⁸ Ürtikerde, emosyonel stresin, bu bozuklukları alevlendirdiği ve seyrini etkilediği ortaya konmuştur.¹⁹ Ancak kronik ürtiker gibi kronik hastalıklarda ya da akut ürtikerde hastalığın kendisinin oluşturabileceği stres ve anksiyete de göz önüne alınmalıdır. Hastalarımızın yaklaşık 1/3'ünde emosyonel stresle ilişki saptandı. Şüphelenilen 14 akut ürtikerli hastadan psikiyatri konsültasyonu istendi. Bu hastalardan 3 hastada anksiyete bozukluğu tesbit edildi. Ancak çalışmamızın kısıtlayıcı noktası hastalarımızın

tümünden psikiyatri konsültasyonunun istenmemiş olmasıdır. Tüm hastalardan psikiyatri konsültasyonunun istenmesi halinde gerçek psikopatoloji oranının değerlendirilebileceğini düşünmekteyiz.

Akut ürtikerde sürenin kısa olması ve kendi kendini sınırlayabilmesi nedeniyle (ortalama 6 haftada remisyon olmaktadır) etyolojisini geniş bir şekilde araştırmak gerekmemektedir. Alerji testleri yapma indikasyonu yoktur. Ancak şiddetli olgularda nedeni tesbit etmek için "prick" test ve uygun hastalarda sorumlu alerjeni tesbit etmek için yapılabilir yorsa alerjene spesifik IgE düzeylerine bakılabilir⁵.

Tedavi süresi hastalığın yaygınlığına, yoğunluğuna ve semptomların süresine bağlıdır⁵. En sık kullanılan tedavi sedatif olmayan antihistaminikler ve gereken durumlarda sistemik glukokortikoidlerdir. Hastalarımıza rutin olarak sedatif olmayan antihistaminikler başlandı. Ancak antihistaminiklere yetersiz cevap nedeniyle bazı olgularda kısa süreli parenteral kortikosteroid tedavisi eklendi. Olgularımızın tamamı tedaviye iyi yanıt verdi.

Sonuç olarak akut ürtiker benin bir hastalıktır. Altta yatan neden her zaman bulunamasa da en sık nedenler infeksiyonlar ve kullanılan ilaçlardır. Hastaların ayrıntılı olarak anamnezlerinin alınması ve takip altına alınması oldukça önemlidir. İstenecek tetkikler hastanın var olan semptomlarına yönelik olmalı, gereksiz tetkik istemekten kaçınılmalıdır. Bu nedenle biz de akut ürtikerli hastada sadece anamnezde bildirilen ve provakatif olduğu düşünülen faktörlerin tesbitine (varsa infeksiyonu aydınlatacak tetkikler; hemogram, kültür, gaytada parazit tetkiki gibi) yönelik tetkiklerin yapılmasını önermekteyiz. Diğer tetkikler zaman kaybına yol açmakta ve gereksiz bir maliyete neden olmaktadır.

Kaynaklar

1. Joint Task Force on Practice Parameters: The diagnosis and management of urticaria: a practice parameter. Part II: chronic urticaria/angioedema. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2000;85:521-44.
2. Legrain V, Taieb A, Sage T, Maleville J: Urticaria in infants: a study of forty patients. *Pediatr Dermatol* 1990;7:101-7.
3. Mortureux P, Leaute-Labreze C, Legrain-Lifermann V, Lamireau T, Sarlangue J, Taieb A: Acute urticaria in infancy and early childhood: a prospective study. *Arch Dermatol* 1998;134:319-23.
4. Maurer M, Grabbe J: Urticaria: Its history-based diagnosis and etiologically oriented treatment. *Dtsch Arztebl Int* 2008;105:458-66.
5. Ferrer M: Epidemiology, healthcare, resources, use and clinical features of different types of urticaria. *Alergológica* 2005. *J Investig Allergol Clin Immunol* 2009;19:21-6.
6. Kaplan AP: Clinical practice. Chronic urticaria and angioedema. *N Engl J Med* 2002;346:175-9.
7. Clarke P: Urticaria. *Aust Fam Physician* 2004;33:501-3.
8. Zuberbier T, Asero R, Bindslev-Jensen C, Walter Canonica G, Church MK, Giménez-Arnau A, et al: Dermatology Section of the European Academy of Allergology and Clinical Immunology; Global Allergy and Asthma European Network; European Dermatology Forum; World Allergy Organization: EAACI/GA(2)LEN/EDF/WAO guideline: definition, classification and diagnosis of urticaria. *Allergy* 2009;64:1417-26.
9. Hourihane JO'B: Recent advances in peanut allergy. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2002;2:227-31.
10. Deacock SJ: An approach to the patient with urticaria. *Clin Exp Immunol* 2008;153:151-61.
11. Grattan CE, Humphreys F; British Association of Dermatologists Therapy Guidelines and Audit Subcommittee: Guidelines for evaluation and management of urticaria in adults and children. *Br J Dermatol* 2007;157:1116-23.
12. Kulthanan K, Chiawsirikajorn Y, Jiamton S: Acute urticaria: etiologies, clinical course and quality of life. *Asian Pac J Allergy Immunol* 2008;26:1-9.
13. Doğruman AI F, Adışen E, Kuştımur S, Güner MA: The role of protozoan parasites in etiology of urticaria. *Türkiye Parazit Derg* 2009;33:136-9.
14. Leznoff A, Sussman GL: Syndrome of idiopathic chronic urticaria and angioedema with thyroid autoimmunity: a study of 90 patients. *J Allergy Clin Immunol* 1989;84:66-71.
15. Greaves MW: Chronic idiopathic urticaria. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2003;3:363-8.
16. Lindelöf B, Sigurgeirsson B, Wahlgren CF, Eklund G: Chronic urticaria and cancer: an epidemiological study of 1155 patients. *Br J Dermatol* 1990;123:453-6.
17. Hashiro M, Okumura M: Anxiety, depression, psychosomatic symptoms and autonomic nervous function in patients with chronic urticaria. *J Dermatol Sci* 1994;8:129-35.
18. Koblenzer CS: Psychosomatic concepts in dermatology. A dermatologist-psychoanalyst's viewpoint. *Arch Dermatol* 1983;119:501-12.
19. Zuberbier T: Urticaria. *Allergy* 2003;58:1224-34.
20. Haas N, Birkle-Berlinger W, Henz BM: Prognosis of acute urticaria in children. *Acta Derm Venereol* 2005;85:74-5.