



T.C
ONDOKUZMAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI

ERİŞKİN ACİL SERVİSE BAŞVURAN AKUT ÜRTİKER VAKALARININ EPİDEMİYOLOJİK İNCELENMESİ

Dr. Şöhret Gizem KÜÇÜK

TIPTA UZMANLIK TEZİ

SAMSUN 2023



T.C
ONDOKUZMAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI

ERİŞKİN ACİL SERVİSE BAŞVURAN AKUT ÜRTİKER VAKALARININ EPİDEMİYOLOJİK İNCELENMESİ

Dr. Şöhret Gizem KÜÇÜK

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Celal KATI

SAMSUN 2023

TEŞEKKÜR

Öncelikle asistan eğitimim boyunca ve tez çalışma sürecimde bilgi birikimi ve deneyimlerinden faydalandığım tez danışmanı sayın hocam Prof. Dr. Celal KATI' ya teşekkür ederim. Ayrıca bu zorlu akademik eğitim sürecinde gerek sosyal yönden gerekse de bilimsel yönden bana destek olan hocalarım Acil Tıp Anabilim dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Ahmet BAYDIN'a, Sayın Prof. Dr. Latif DURAN'a, Sayın Prof. Dr. Türker YARDAN'a, Sayın Prof. Dr. H. Ufuk AKDEMİR'e, Sayın Dr. Öğrt.. Üyesi Fatih ÇALIŞKAN'a ve çalışma arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Sınav sürecimde kendisi de çok yoğun olmasına rağmen benden yardımlarını esirgemeyen bilgi birikiminden faydalandığım değerli çalışma arkadaşım Dr. Seniha KELKİTLİ'ye,

Bu süreçte beni her zaman destekleyen ve yalnız bırakmayan anneme, babama ve kardeşim İrem'e ve iyi kötü her günümde yanımda olan neşe kaynağım en yakınım Damla DAŞTAN'a ,

Sevgi ve desteklerini hep hissettiren bütün dostlarıma teşekkür ederim.

Dr. Şöhret Gizem KÜÇÜK

SAMSUN, 2023

BEYAN

“Erişkin Acil Servise Başvuran Akut Ürtiker Vakalarının Epidemiyolojik İncelenmesi” başlıklı tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, başka bir çalışmadan kopya edilmediğini, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Dr. Şöhret Gizem KÜÇÜK

SAMSUN, 2023

ÖZET

Amaç: Ürtiker, epidermiste refleks bir eritem ile çevrili değişken büyüklükte bir merkezi şişliği bulunan kaşıntılı, yanma hissinin eşlik ettiği ve ödemli papül/plaklar ile karakterizedir. Akut ürtiker (AÜ) ve anjioödem sıklıkla bir arada görülmekte, zaman zaman da hastalar ölümcül olabilen anafilaksi vakaları ile acil servise başvurabilmektedirler. Bu bağlamda acil servis hekimleri akut ürtiker ile başvuran hastaları taburcu ettiklerinde daha ağır klinik tablo veya anafilaksi ile tekrar acil servise başvurma kaygısı yaşayabilmektedirler. Bu çalışmada bölgemizde akut ürtiker ile acil servise başvuran vakalarının epidemiyolojik incelenmesi amaçlanmıştır. Literatürdeki birçok çalışma pediatrik yaş grubu veya tüm yaş gruplarını içermekte olup, sadece yetişkinlerde akut ürtiker vakalarının epidemiyolojik incelenmesi ile ilgili çalışmalar kısıtlıdır.

Gereç ve yöntem: Bu çalışmaya Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Erişkin Acil Servisi'ne Ocak 2015 ile Eylül 2022 tarihleri arasında akut ürtiker ile başvuran 18 yaş üzeri 690 hasta dahil edildi. Başvuruda tüm hastaların demografik, özgeçmiş, soygeçmiş ve klinik özellikleri (ürtiker semptom süresi, ürtiker şiddeti, anjioödem varlığı ve dağılım özellikleri, tedaviler), olası tetikleyici faktörler ile fizik muayene bulguları Akut Ürtiker Başvuru ve Takip Formuna kaydedildi.

Bulgular: Hastaların %61,74'ü kadın, %38,26'sı erkek ve yaş ortalaması $42,89 \pm 16,61$ idi. Akut ürtiker tetikleyici faktörünün en sık nedeni idiopatik kaynaklı nedenler idi. İkinci en sık nedenin ise ilaç kaynaklı nedenler olduğu görüldü. İlaça bağlı gelişen akut ürtiker vakalarının yaş ortalamaları idiopatik, gıda, böcek/arı sokması ve diğer tetikleyici faktörlere bağlı gelişen akut ürtiker vakalarının yaş ortalamasından anlamlı olarak daha fazla idi ($p=0,005$). 35 ve üzeri yaş hastalarda ilaca bağlı akut ürtiker gelişimi 35 yaşın altındaki hastalara göre istatistiksel olarak daha fazla idi ($p=0,008$). İlaça bağlı gelişen akut ürtiker ilaç dışı tetikleyici faktörlere bağlı gelişen ürtikere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha şiddetliydi ($p<0,001$). Ürtiker ile ilaç ilişkisine bakıldığında; AÜ nedeni olarak en sık %43,26 oranla anti-enflamatuvar ilaçlar, ikinci en sık neden olarak ise %21,63 oran ile anti-mikrobiyal ilaçlar sorumlu idi. Anjioödem ile başvurma, anafilaksi varlığı, ürtiker öyküsü ve alerjik hastalık öyküsü ürtiker şiddeti ilişkili faktörler idi. Akut ürtiker şikayetlerinin gelişme süresi anafilaksi ile başvuran hastalarda anlamlı derece daha kısa saptanmıştır ($p<0,001$).

Sonuç: Çalışmamızda akut ürtikerin en sık nedeni olarak idiopatik kaynaklı nedenlerin sorumlu olduğu belirlendi. İlaça bağlı gelişen akut ürtikerin ilaç dışı tetikleyici faktörlere bağlı gelişen akut ürtikerden daha şiddetli klinik bulgulara neden olmaktadır. Literatürde sadece yetişkinlerde akut ürtiker vakalarının epidemiyolojik incelenmesi ile ilgili çalışmalar kısıtlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Çalışmamızın bu bağlamda literatüre katkı sağlayacak değerli bilgiler içerdiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Akut rtiker, tetikleyici faktörler, ürtiker şiddeti, anjioödem



ABSTRACT

Objective: Urticaria is characterized by itchy, burning sensation and edematous papules/plaques with a central swelling of variable size surrounded by a reflex erythema of the epidermis. Acute urticaria (AU) and angioedema are frequently seen together, and sometimes patients may apply to the emergency department with anaphylaxis, which can be fatal. In this context, when emergency room physicians discharge patients who present with acute urticaria, they may experience anxiety about reapplying to the emergency department with a more severe clinical picture or anaphylaxis. In this study, it was aimed to investigate the epidemiological examination of cases who applied to the emergency department with acute urticaria in our region. Many studies in the literature include the pediatric age group or all age groups, and studies on the epidemiological examination of acute urticaria cases only in adults are limited.

Materials and methods: 690 patients over 18 years of age who applied to the Adult Emergency Service of Ondokuz Mayıs University Medical Faculty Hospital between January 2015 and September 2022 with acute urticaria were included in this study. Demographic, history, family history and clinical characteristics of all patients (urticaria symptom duration, urticaria severity, presence and distribution characteristics of angioedema, treatments), possible triggering factors and physical examination findings were recorded in the Acute Urticaria Application and Follow-up Form.

Results: 61.74% of the patients were female, 38.26% were male, and the mean age was 42.89 ± 16.61 . The most common cause of acute urticaria triggering factor was idiopathic origin. It was observed that the second most common cause was drug-related reasons. The mean age of drug-induced acute urticaria cases was significantly higher than the mean age of idiopathic acute urticaria cases due to food, insect/bee stings and other triggering factors ($p=0.005$). The development of drug-induced acute urticaria was statistically higher in patients aged 35 years and older than patients under 35 years of age ($p=0.008$). Drug-induced acute urticaria was statistically significantly more severe than non-drug triggering urticaria ($p<0.001$). Considering the drug relationship with urticaria; The most common cause of AU was anti-inflammatory drugs with a rate of 43.26%, and the second most common cause was anti-microbial drugs with a rate of 21.63%. Admission with angioedema, presence of anaphylaxis,

history of urticaria and history of allergic disease were factors associated with urticaria severity. The development time of acute urticaria complaints was found to be significantly shorter in patients presenting with anaphylaxis ($p<0.001$).

Conclusion: In our study, idiopathic causes were found to be the most common cause of acute urticaria. Drug-induced acute urticaria causes more severe clinical findings than acute urticaria due to non-drug triggering factors. In the literature, there are only a limited number of studies on the epidemiological examination of acute urticaria cases in adults. We think that our study contains valuable information that will contribute to the literature in this context.

Keywords: Acute urticaria, trigger factors, urticaria severity, angioedema



İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iii
BEYAN.....	iv
ÖZET	v
ABSTRACT.....	vii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGE VE KISALTMALAR	x
TABLolar LİSTESİ.....	xi
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Tanım.....	2
2.3. Patogenez.....	4
2.4. Sınıflandırma.....	4
2.5. Etiyoloji	7
2.6. Tanı.....	10
2.6.1. Öykü.....	10
2.6.2. Fizik Muayene	10
2.6.3. Tanısal Testler	11
2.7. Ayırıcı Tanı.....	13
2.8. Tedavi.....	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM	19
3.1. Bireyler	19
3.2. İstatistiksel Yöntem	20
4. BULGULAR.....	21
5.TARTIŞMA.....	35
6. SONUÇ.....	40
7. KAYNAKLAR.....	41
8. EKLER.....	43
Ek-1.....	43
Ek-2.....	46
Ek-3.....	47

SİMGE VE KISALTMALAR

AAS	: Anjiyoödem aktivite skoru
AÖ	: Anjiyoödem
AÜ	: Akut ürtiker
CBC	: Tam kan sayımı
CRP	: C-reaktif protein
EAACI	: European Academy of Allergy and Clinical Immunology (Avrupa Allerji ve Klinik İmmunoloji Derneği)
ESR	: Eritrosit sedimentasyon hızı
FM	: Fizik muayene
GİS	: Gastrointestinal sistem
IV	: İntravenöz
KÜ	: Kronik ürtiker
LTRA	: Lökotrien reseptör antagonisti
NSAID	: Nonsteroidal antiinflamatuvar ilaç
PAF	: Trombosit aktive edici faktör
SLE	: Sistemik lupus eritematoz
ÜAS	: Ürtiker aktivite skoru
ÜKT	: Ürtiker Kontrol Testi
WAO	: World Allergy Organization

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Anjiyoödem ve ürtikerin karşılaştırılması (11)	3
Tablo 2. İmmünolojik ve immunolojik olmayan ürtiker	4
Tablo 3. Ürtiker sınıflaması	5
Tablo 4. Ürtiker Aktivite Skoru	6
Tablo 5. Ürtiker Kontrol Testi	6
Tablo 6. Ürtikere en sık neden olan ilaçlar	8
Tablo 7. Ürtikerin ilaç dışı tetikleyicileri.....	9
Tablo 8. Ürtiker tiplerine göre yapılacak tanısal testler.....	12
Tablo 9. Ürtikeri ürtikeryal lezyonlarla ortaya çıkan kutanöz hastalıklardan ayıran temel özellikler.....	14
Tablo 10. Birinci kuşak antihistaminikler.....	16
Tablo 11. İkinci kuşak antihistaminikler	17
Tablo 12. Türkiye Ürtiker Tanı ve Tedavi Kılavuzu Algoritması (23)	18
Tablo 13. Hastaların cinsiyet oranları, genel ve cinsiyete göre dağılımı	21
Tablo 14. Akut ürtikerin meydana geldiği yerler	21
Tablo 15. Akut ürtiker ile başvuran hastaların şikayetleri ve öyküleri.....	22
Tablo 16. Akut ürtikerde şikayetlerin gelişme ve gözlem süresi	23
Tablo 17. Akut ürtikerle hastaneye başvuran hastaların sonuçları.....	23
Tablo 18. Akut ürtikerle acile başvuran hastalara uygulanan tedaviler.....	23
Tablo 19. Akut ürtiker gelişimini tetikleyen faktörler	24
Tablo 20. Akut ürtikerde cinsiyet ve tetikleyici faktör ilişkisi.....	24
Tablo 21. Akut ürtikerde yaş ve tetikleyici faktör ilişkisi.....	25
Tablo 22. Tetikleyici faktör ile akut ürtiker şiddeti arasındaki ilişki.....	27
Tablo 23. İlaç akut ürtiker şiddeti arasındaki ilişki	27
Tablo 24. Akut ürtiker ve ilaç ilişkisi	27
Tablo 25. İlaç ve akut ürtiker şiddeti arasındaki ilişki.....	28
Tablo 26. Akut ürtiker şiddeti ile süre ilişkisi.....	29
Tablo 27. Hastalık şiddeti ile ilişkili faktörler.....	30
Tablo 28. Akut ürtiker tetikleyici faktörleri ile ürtikerin ortaya çıkış süresi arasındaki ilişkinin incelenmesi	31
Tablo 29. Akut ürtiker tetikleyici faktörleri ile hastaların hastanedeki gözlem süresi arasındaki ilişkinin incelenmesi	31
Tablo 30. Akut ürtiker tetikleyici faktörleri ile toplam süre arasındaki ilişkinin incelenmesi	32
Tablo 31. Akut ürtiker şikayetlerinin ortaya çıkış süresi ile ilişkili faktörler	33
Tablo 32. Gözlem süresini etkileyen faktörler	34

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Tipik ürtikeryal lezyonlar (9).....	2
Şekil 2. Anjiyoödem (10).....	3
Şekil 3. Anjiyoödem sınıflaması (11)	7
Şekil 4. Acil serviste ürtikerli hastaların yönetimi için algoritma (19)	12
Şekil 5. Kronik ürtiker-anjiyoödem tanısı için akış şeması (11)	13
Şekil 6. İdiopatik Ürtikerin Mevsimsel Dağılımı	26
Şekil 7. Akut ürtiker şiddeti	26



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Ürtiker, kaşıntılı ve ödemli papül/plaklarla karakterize olan ve genellikle 1-24 saat içerisinde düzelen deri lezyonudur (1). Ürtikere bazen dermis veya subkutis tutulumuna bağlı gerçekleşen deri ve mukozalardaki ani başlangıçlı şişlikler ile karakterize anjioödem eşlik etmektedir (2). İyileşme süresine bağlı akut ve kronik olarak iki ürtiker tipinden bahsedilebilir. Akut ürtiker, altı haftadan kısa sürede düzelen, kronik ürtiker ise altı haftadan uzun süren ürtikerdir (3). Toplumun %12-%22'si hayatlarının bir döneminde en az bir kez akut ürtiker atağı geçirmektedir (4). Akut ürtiker ile başvuru için genel yaş aralığı geniş olmakla birlikte ortalama 20 yaş civarındadır (5). Çoğu çalışmaya göre akut ürtiker ile başvurularda erkek/kadın oranı 2/3 iken bu oran çocukluk çağında hemen hemen eşittir (5, 6).

Akut ürtiker vakalarının %30-%50'sinin idiyopatik olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte tetikleyici faktörü saptanabilen akut ürtiker vakalarında etiyolojik olarak ilaçlar, enfeksiyonlar ve besinler gibi birçok faktör yer almaktadır. Akut ürtiker genellikle kendi kendini sınırladığı için tanısız bir çalışma gerektirmez. Öykü ve fizik muayene genel olarak yeterlidir. Tedavide öncelik şüphelenilen tetikleyici faktörden kişinin uzaklaştırılmasıdır. Hafif vakalarda tedavi gerekmeyeceği gibi tedavi gereken vakalarda birinci basamak ilaçlar ikinci kuşak antihistamiklerdir. Tedavide rutin sistemik kortikosteroid kullanımı önerilmemekle birlikte, tek başına antihistaminik tedavisine yanıt alınamayan şiddetli akut ürtiker vakalarında kısa süreli sistemik kortikosteroid kullanımı önerilmektedir (7).

Çalışmamızın amacı erişkin acil servise akut ürtiker ile başvuran hastaların etiyoloji, klinik bulgular, tedavi ve tedavi yanıtlarının değerlendirilmesidir.

Literatürdeki birçok çalışma pediatrik yaş grubu veya tüm yaş gruplarını içermektedir. Sadece yetişkinlerde akut ürtiker vakalarının epidemiyolojik incelenmesi ile ilgili çalışmalar mevcuttur. Ancak akut ürtiker ile başvuran hastaların acil servisteki kalış sürelerini araştıran çalışmalar kısıtlıdır. Bu yüzden çalışmamızın literatüre katkı sağlaması açısından değerli bilgiler içereceğini düşünmekteyiz.

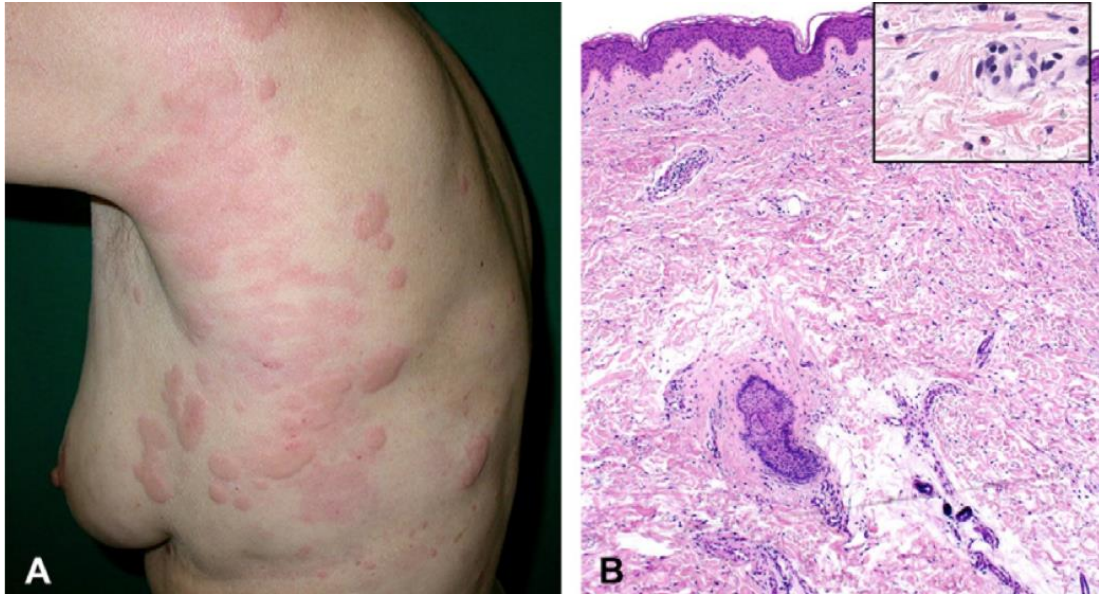
2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tanım

Ürtiker, epidermiste refleks bir eritem ile çevrili değişken büyüklükte bir merkezi şişliği bulunan kaşıntılı, yanma hissinin eşlik ettiği ve ödemli papül/plaklar ile karakterizedir. Ürtiker bulguları genellikle 1-24 saat içerisinde iyileşmektedir (2). Klinik tablonun altı haftadan kısa sürmesi akut ürtiker (AÜ); bununla beraber altı hafta ya da daha uzun sürmesi ise kronik ürtiker (KÜ) olarak adlandırılmaktadır. Altı haftadan uzun süren ancak haftada ikiden daha az atak gelişen tablolar ise epizodik kronik ürtiker olarak adlandırılmaktadır (3).

Ürtikere bazen dermis veya subkutis tutulumuna bağlı gerçekleşen deri ve mukozalardaki ani başlangıçlı şişlikler ile karakterize anjioödem (AÖ) eşlik etmektedir (Şekil 2). AÖ'de kaşıntıdan daha çok yanma, gerginlik ve ağrı mevcuttur. AÖ bulguları akut ürtikerden daha geç iyileşmekte olup bulgular 72 saate kadar sürebilmektedir (Tablo 1) (2).

Ürtikerli hastaların %40'ında sadece ürtiker, %50'sinde ürtiker ve anjioödem bir arada, %10'unda ise tek başına anjioödem görülmektedir (8).



Şekil 1. Tipik ürtikeryal lezyonlar (9)



Şekil 2. Anjiyoödem (10)

Tablo 1. Anjiyoödem ve ürtikerin karşılaştırılması (11)

	Ürtiker	Anjiyoödem
Patoloji	Papiller dermal, vazodilatasyon, ödem, nötrofil, eozinofil, monosit ve T-lenfosit infiltrasyonu	Retikular dermal/subkutanöz/submukozal Ödem, vazodilatasyon, hücrel infiltrasyon yok veya az (Alerjik anjiyoödemde eozinofiller olabilir).
Lokalizasyon	Yalnızca deri	Deri ve mukoza
Süre	24 saatten kısa	24-48 saat
Renk değişikliği	Kırmızı	Genelde deri rengine
Kaşıntı	Kaşıntı mutlaka	Genelde kaşıntısız
Ağrı-uyuşukluk	Ender	Yaygın

2.2. Epidemiyoloji

Akut ürtiker hem yetişkinlerde hem de çocuklarda yaygındır. Acil servise başvuran en yaygın dermatolojik durumlardan biridir (12). Genel olarak, popülasyonun %12 ila %22'si, %0,11 ila %0,6'lık bir prevalans ile hayatlarının bir döneminde bir kez akut ürtiker atağı geçirmektedir (4). Akut ürtiker ile başvuru için genel yaş aralığı geniş olmakla birlikte ortalama 20 yaş civarındadır (5). Çoğu çalışmaya göre akut ürtiker ile başvuruların yaklaşık %60'ı kadın olmakla birlikte bu oran çocukluk çağlarında erkek/kadın oranı hemen hemen eşittir (5, 6).

2.3. Patogenez

Ürtikerden sorumlu olan ana hücre mast hücreleridir. Aktive edilmiş mast hücrelerinden salınan başta histamin olmak üzere lökotrien C, lökotrien E, platelet aktive edici faktör (PAF), bradikinin gibi çeşitli mediatörler sonucunda duyuşal sinir aktivasyonu, vazodilatasyon ve plazma ekşravazasyonu meydana gelir (13). Mast hücrelerinin degranülasyonuna neden olan uyarım immünolojik veya non immünolojik olabilir (Tablo 2). İmmünolojik ürtiker, antikorların ve/veya T-hücrelerinin aracılık ettiğı ve mast hücre aktivasyonu ile sonuçlanan bir aşırı duyarlılık reaksiyonudur. Opiatlar, radyokontrast maddeler, Substance P, kalsitonin gen ilişkili peptit gibi nöropeptitler mast hücreleri ve bazofiller üzerindeki özel reseptörlerine bağlanarak non-immünolojik yollarla ürtikeryal lezyon oluşumuna sebep olurlar. Aspirin ve NSAID'lerin araşidonik asit metabolizmasını etkileyerek lökotrien oluşumunu artırması ve anjiotensin dönüştürücü enzim inhibitörlerine bağı kinin yıkımının engellenmesi sonucu ürtikeryal lezyon oluşumu non-immünolojik yolun diğerk örnekleridir (14).

Tablo 2. İmmünolojik ve immunolojik olmayan ürtiker

İmmünolojik ürtiker	IgE aracılı Ürtiker	Tip 1 hipersensitivite reaksiyonu
	IgG aracılı Ürtiker	Tip 2 hipersensitivite reaksiyonu
	Kompleman aracılı Ürtiker	Tip 3 hipersensitivite reaksiyonu
	T hücre aracılı Ürtiker	Tip 4 hipersensitivite reaksiyonu
İmmunolojik olmayan ürtiker		Mast hücrelerinin kompleman, Toll-like, opiyat, sitokin, nöropeptid gibi membran reseptörlerinin direk toksisitesi ile aktive olması sonucu oluşur

2.4. Sınıflandırma

Ürtiker için günümüzde klinik sınıflama için 2016 yılında EAACI / GA2LEN / EDF / WAO tarafından ürtikerin süresi ve nedenine göre sınıflama yapılması önerilmiştir (Tablo 3) (7).

Tablo 3. Ürtiker sınıflaması

Ürtiker Tipi	Alt tip	Tetikleyici
Spontan ürtiker	Akut spontan ürtiker	Tetikleyen faktör saptanamamıştır
	Kronik spontan ürtiker	Tetikleyen faktör saptanamamıştır
Fiziksel ürtiker	Soğuk kontakt ürtikeri	Deriye soğuk madde temasıyla
	Geç basınç ürtikeri	Cilde vertikal uygulanan basınç sonrası
	Isı kontakt ürtikeri	Derinin lokal ısıya maruz kalmasıyla
	Solar ürtiker	Derinin ultraviyole veya görünür ışığa maruz kalmasıyla
	Dermografik ürtiker	Künt travma ile
	Vibratuar ürtiker	Deriye titreşim uygulamasıyla
Diğer ürtikerler	Akuajenik ürtiker	Derinin suyla (suyun ısısına bağlı olmaksızın) teması sonucu
	Kolinerjik ürtiker	Otonom sinirlerden salınan asetilkoline karşı aşırı vasküler yanıt sonucu ortaya çıkar. Stres, sıcak banyo, egzersiz aşırı, sıcak ve terleme tetikleyici faktörlerdir.
	Kontakt ürtiker	Ürtiker oluşturabilen herhangi bir maddenin deriyle teması sonucu
	Psikojenik ürtiker	

Ürtikerin bir diğer sınıflandırma yöntemi ise hastalık aktivitesine göre sınıflandırılmasıdır. Ürtikerdeki hastalık aktivitesi basit bir skora sistemi olan olan ürtiker aktivite skoru (ÜAS) ile değerlendirilmektedir (7). ÜAS Tablo 4'te özetlendiği gibi ürtikerin iki ana semptomu olan ürtiker plakları ve kaşıntının değerlendirilmesine dayanmaktadır. Ürtiker aktivitesi sıklıkla değişim gösterdiğinden genel hastalık aktivitesi en iyi şekilde ardışık 7 gün boyunca değerlendirilmelidir. Ardışık 7 günün toplam skoru olan UAS7 kronik ürtikeri (KÜ) olan hastaların hastalık aktivitesini ve tedaviye yanıtı belirlemek için rutin klinik uygulamada kullanılmaktadır. ÜAS7'nin (min: 0, maks: 42) $ÜAS7 \leq 6$ olması iyi kontrollü, 7-15 arasında olması hafif, 16-27 arasında olması orta ve 28-42 arasında olması ise şiddetli ürtiker olarak değerlendirilmektedir. Hastalık şiddetinin değerlendirmek için başlıca ÜAS7 kullanılırken hasta uyumunun artırılması açısından alternatif olarak son dört haftadaki semptomları, tedavi başarısını ve yaşam kalitesini sorgulayan Ürtiker Kontrol Testi (ÜKT) geliştirilmiştir (Tablo 5) (15). ÜKT'de "iyi kontrol edilen" ve "kötü kontrol edilen" hastalığı olan hastalar için açıkça tanımlanmış bir kesme noktası olan yalnızca 4 madde vardır ve bu nedenle rutin klinik uygulamada hastaların yönetimi için değerlidir. ÜKT'de her cevap 0-4 arasında olup en düşük skor 0'dır. Skorun ≥ 12 olması iyi kontrol edilen, ≤ 11 olması kötü kontrol edilen hastalığı göstermektedir. Ürtiker aktivite skorunun dezavantajı fiziksel ürtiker ve anjiyoödem değerlendirilememesidir. AÖ şiddetini değerlendirebilmek için Anjiyoödem Aktivite

Skoru (AAS) geliştirilmiştir (16). Anjiyoödem sınıflaması patofizyolojiye göre yapılmaktadır. Bu sınıflamaya göre; mast hücre-histamin bağımlı (alerjik anjiyoödem), bradikinin bağımlı (herediter anjiyoödem, kazanılmış anjiyoödem) ve bilinmeyen mekanizmalara bağlı (ACE-inhibitörü ilişkili) olarak üç grupta toplanır. Ancak klinik olarak daha önemli olan anjiyoödemde ürtikerin eşlik edip etmediğidir (Şekil 2) (11).

Tablo 4. Ürtiker Aktivite Skoru

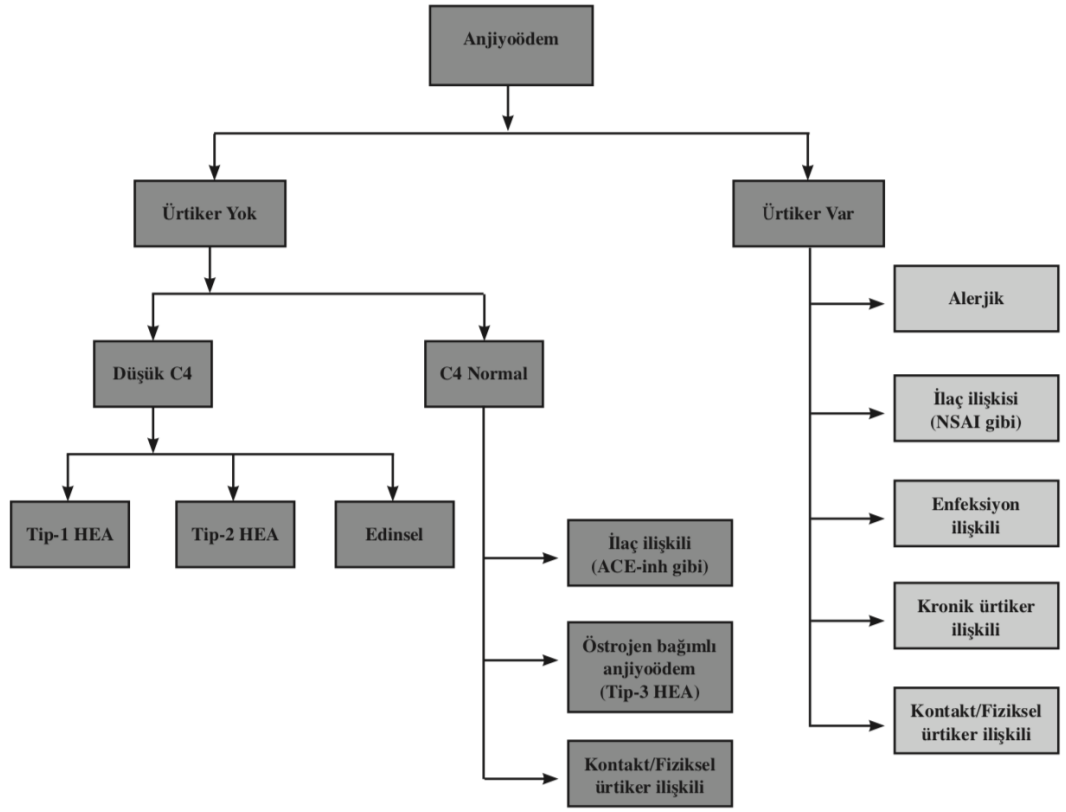
Skor	Ürtiker plakları	Skor	Kaşıntı
0	Yok	0	Yok
1	Hafif (<20 adet/24 saat)	1	Hafif (mevcut ancak rahatsız etmez)
2	Orta (20-50 adet/24 saat)	2	Orta (rahatsızlık verir; ancak günlük aktivitesini ve uykuyu bozmaz)
3	Şiddetli (>50 adet/24saat veya çok geniş alanlarda ürtiker)	3	Şiddetli (şiddetli kaşıntı, günlük aktivite ve uyku bozulur)

Toplam skor: 0-6

Tablo 5. Ürtiker Kontrol Testi

Son 4 haftada ürtikere dayalı fiziksel belirtileri (kaşıntı, kabarıklık ve/veya şişlik) hangi şiddette yaşadınız?
☐ Çok fazla ☐ Fazla ☐ Orta ☐ Az ☐ Hiç
Son 4 haftada yaşam kaliteniz ürtikere dolaylı ne kadar etkilendi?
☐ Çok fazla ☐ Fazla ☐ Orta ☐ Az ☐ Hiç
Son 4 haftada ürtikere kaynaklanan rahatsızlıklarını baskılamada ürtiker tedavisi ne kadar başarılı olmuştur?
☐ Hiç ☐ Az ☐ Biraz ☐ İyi ☐ Çok iyi
Son 4 haftada ürtikeriniz genel olarak ne kadar iyi baskılandı?
☐ Hiç ☐ Az ☐ Biraz ☐ İyi ☐ Tamamen

*Ürtiker Kontrol Testi skorlamasında her cevap 0-4 arasındadır. En düşük skor 0'dır.



Şekil 3. Anjiyoödem sınıflaması (11)

2.5. Etiyoloji

Akut ürtiker vakalarının %30 ila %50'sinde idiyopatik olduğu düşünülmektedir. Akut ürtikeri enfeksiyonlar, ilaçlar veya gıda maddeleri tetikleyebilir. Hasta heterojenitesi nedeniyle akut ürtiker tetikleyicilerin insidansı çalışmadan çalışmaya geçişebilmekle birlikte çocuklarda yapılan birçok çalışmada solunum yolu ve diğer enfeksiyon ajanlarının ürtiker için en yaygın tetikleyici olduğu gösterilmiştir (8, 17, 18). Enfeksiyonlar yetişkinlerde de ürtiker gelişimi ile ilişkilendirilmiştir. Bununla birlikte ürtikerin enfeksiyonun kendisinden mi yoksa onu tedavi etmek için kullanılan ilaçlardan mı kaynaklandığı kimi zaman zor olabilir. Yetmiş dokuz hasta ile yapılan bir çalışmada yetişkinlerde akut ürtikerin en sık nedeni olarak enfeksiyonlar gösterilmiştir (17). Ancak çoğu kaynak ilaçların yetişkinlerde vakaların %9,2 ila %27'sinde akut ürtikerin nedeni olduğu bildirilmiştir. Akut ürtiker etyolojisinde çok sayıda ilaç rol oynamaktadır (Tablo 6). Bununla birlikte en yaygın olanları nonsteroidal antiinflatuar ilaçlar (NSAID'ler) ve antibiyotiklerdir (5, 12).

Tablo 6. Ürtikere en sık neden olan ilaçlar

Anti-enflamatuvarlar • Aspirin • NSAİİ
Antimikrobiyaller • Penisilinler • Sefalosporinler • Sulfonamid • Aminoglikozidler • Tetrasiklinler • Kinin • Hidralazin • Pentamidin • Antifungaller
Anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) inhibitörleri • Enalapril, kaptopril
Narkotik analjezikler • Opiatlar, kodein, morfin
İntravenöz sıvılar ve kan ürünleri • Dekstran, sorbitol, mannitol • Tam kan, eritrosit süspansiyonu, plazma
Polipeptit hormonlar • İnsülin, kortikotropin, vazopressin
Kas gevşeticiler
Radyokontrast maddeler
Anestezik ajanlar
Hipnotikler
Kontraseptifler
Monoklonal antikorlar
Aşılar
Vitaminler
Atropin, Amfetamin

Tablo 7. Ürtikerin ilaç dışı tetikleyicileri

İdiyopatik
Enfeksiyon
Viral
Adenovirus
Sitomegalovirüs
Enterovirüs
Epstein-Barr
Hepatit A, B, C
Herpes simplex
Influenza A
Parvovirus B19
Rotavirus
Varicella/Zoster
Bakteriyel
Group A beta-hemolitik streptococcus
Haemophilus influenzae
Staphylococcus aureus
Diğer
Anisakis simplex
Blastocystis hominis
Malaria
Mycoplasma
Scabies
Besinler
İnek sütü
Yumurta
Balık ve deniz ürünleri
Meyve, örneğin şeftali, kivi, fındık, fıstık
Domates ve bazı diğer sebzeler
Buğday
Diğer
Böcek ısırıkları
Lateks
Sistemik lupus eritematoz
Tiroid papiller karsinomu veya diğer tiroid hastalıkları

2.6. Tanı

Akut ürtiker tanısında öykü ve fizik muayene yeterli olmakla birlikte, ürtiker anafilaksinin bir parçası olabileceği için fizik muayene bulguları ve hastaların semptomları anafilaksi açısından dikkatli şekilde sorgulanmalıdır.

2.6.1. Öykü

Akut ürtiker ve AÖ değerlendirilmesindeki en değerli tanısal araç öyküdür. Öyküde sorgulanması gereken noktalar ise (7);

- Hastalığın başlangıç zamanı
- Lezyonların şekli, boyutu, sıklığı/süresi ve dağılımı
- AÖ ile birliktelik
- Eşlik eden semptomlar (örneğin kemik/eklem ağrısı, ateş, karın krampları, kaşıntı)
- Aile ve kişisel öykü
- Fiziksel ajanlar veya egzersiz ile indüksiyon
- Diüurnal değişim
- Seyahat ile olan ilişkisi
- Menstrual siklus ile ilişkisi
- Gıdalar veya ilaçlarla ilişkisi
- Enfeksiyonlar, stres ile ilişkisi
- Önceki veya mevcut alerjiler, enfeksiyonlar, iç/otoimmün hastalıklar, mide/bağırsak sorunları veya diğer hastalıklar
- Cerrahi operasyon esnasında yaşanan olumsuzluklar veya implant varlığı
- Önceki tedaviler ve tedaviye yanıtlar
- Daha önce yapılan tetkikler

2.6.2. Fizik Muayene

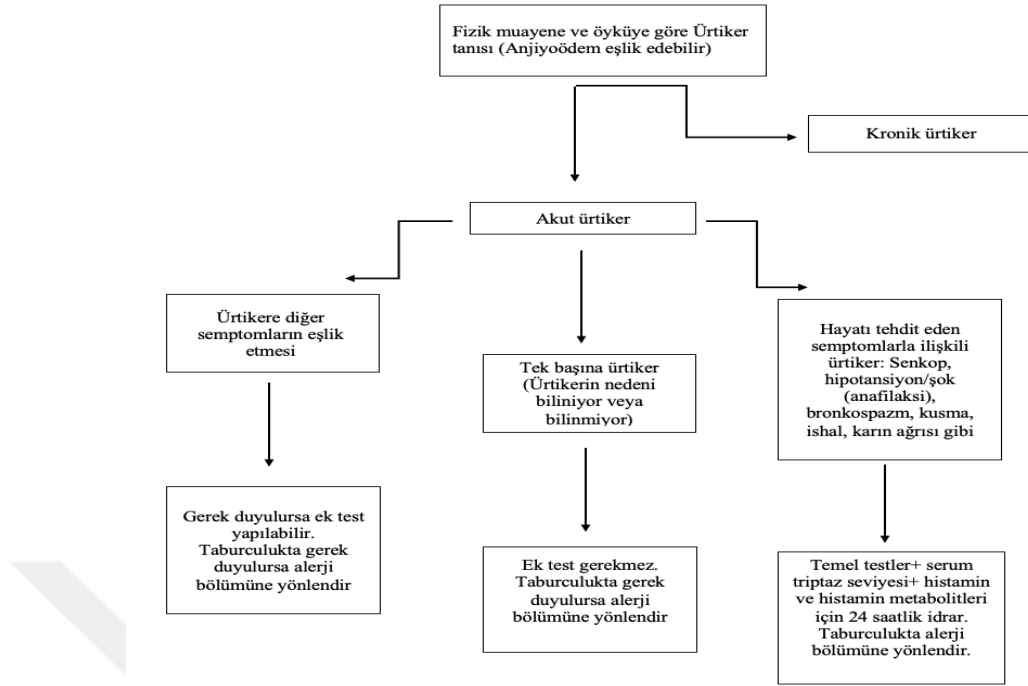
Ürtikerde deri bulgulara haricinde fizik muayane (FM) bulguları genellikle normaldir. Refleks bir eritem ile çevrili değişken büyüklükte bir merkezi şişliği bulunan kaşıntılı ve ödemli papül/plaklar tipiktir. Ürtikeryal lezyonlar iyileştikten sonra deride pigmentasyon değişiklikleri beklenmez. Deri lezyonlarının basmakla solup solmadığı incelenmeli ve vaskülit

düşündürecek herhangi bir semptom varlığı değerlendirilmelidir (5, 8).

Ürtikerli hastaların %50'sine AÖ eşlik edebileceği için muayenede AÖ bulguları mutlaka değerlendirilmelidir. AÖ en sık derinin esnek olduğu göz çevresi, dudak, genital bölge, el ve ayak gibi bölgelerde görülür. FM'de en önemli ve dikkat edilmesi gereken havayolu tutulumunun varlığıdır. Larengeral ödem AÖ'nün en ciddi bulgusudur ve bu hastalarda havayolu korunması önemlidir. AÖ'de hastalarda dudaklarda şişme sık görülmekle birlikte bu durum nadiren havayolu tıkanıklığına neden olur; ancak dilin şişmesi daha ciddi bir durum olduğu için dikkatle değerlendirilmelidir. Hastalarsa ses değişikliklerinin görülmesi ise vokal kord tutulumunun bir göstergesi olabilir. Akut abdomen tablosu olan ve anjiyoödem bulunan hastalarda herediter AÖ düşünülmelidir (5, 8).

2.6.3. Tanısal Testler

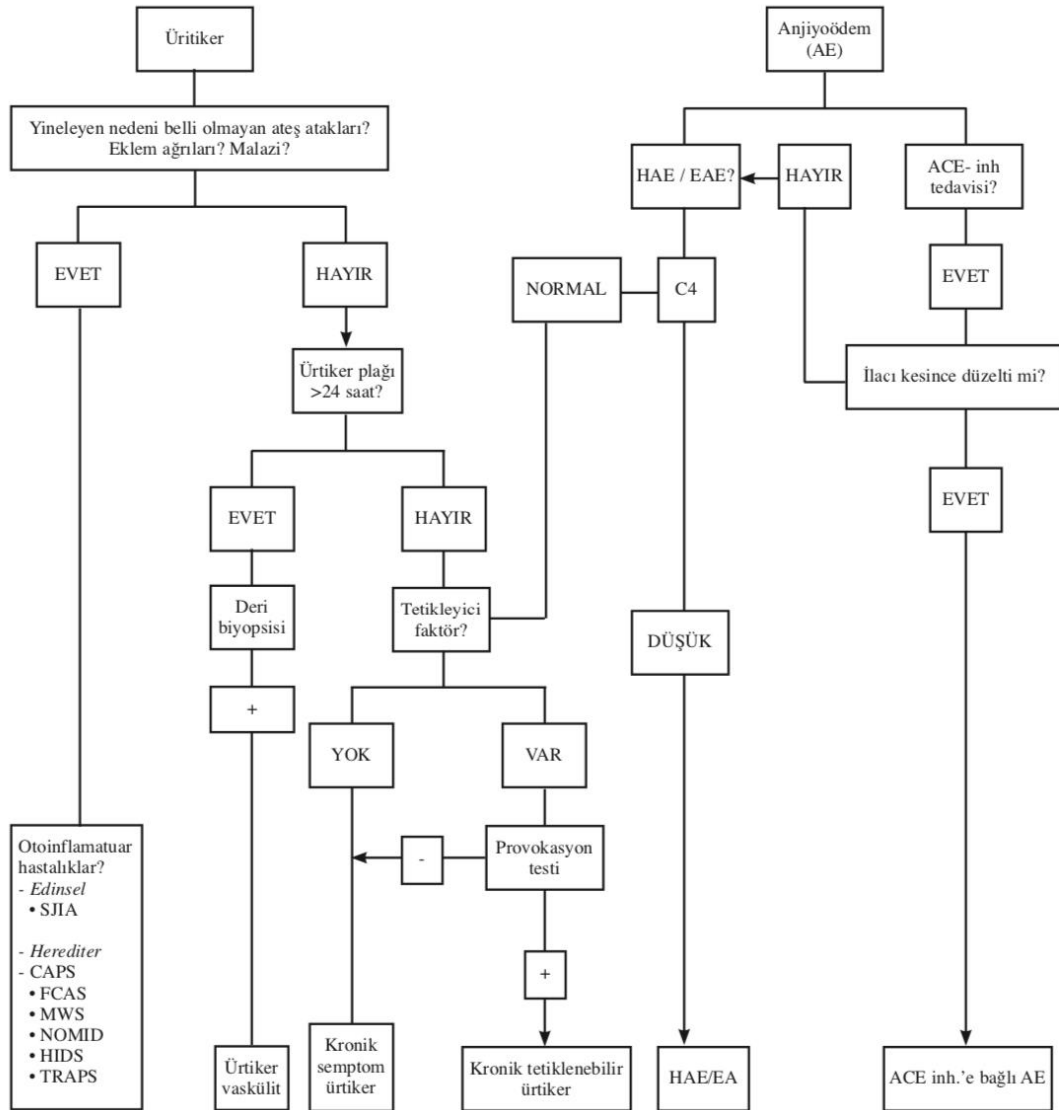
Akut ürtiker genellikle kendi kendini sınırladığı için tanısal bir çalışma gerektirmez. Öykü ve fizik muayene genel olarak yeterlidir. Tek istisna, sensitize hastalarda tip I besin allerjisine bağlı akut ürtiker şüphesi veya NSAID'ler gibi diğer tetikleyici faktörlerin varlığıdır. Bu durumda, hastaların eğitiminin yanı sıra alerji testleri, hastaların ilgili nedensel faktörlere yeniden maruz kalmasını önlemek için yararlı olabilir. Şüphelenilen alerjen varlığında deri prick testi ve spesifik IgE bakılmalıdır (7). Kronik spontan ürtikerde yapılan tüm tetkiklere rağmen, altta yatan etiyoloji belirlenemez. İlk basamak testler olarak tam kan sayımı (CBC), eozinofil sayısı, akut faz reaktanları, tam idrar tetkiki, karaciğer fonksiyon testleri ve atopik durumu kabaca değerlendirmek için serum total Ig E istenebilir. Fiziksel etkenler ile tetiklenen kronik ürtikerde öyküsü varsa provakasyon testleri yapılabilir. Provakasyon testlerinden 48 saat önce antihistaminik tedaviler kesilmelidir. Fiziksel ürtiker tiplerinin tanısını koymak için yapılması önerilen testler Tablo 8'de verilmiştir (7).



Şekil 4. Acil serviste ürtikerli hastaların yönetimi için algoritma (19)

Tablo 8. Ürtiker tiplerine göre yapılacak tanısal testler

Ürtiker Tipi	Alt tip	Temel Tanısal Testler	Detaylı tanısal testler
Spontan ürtiker	Akut spontan ürtiker	Önerilmez	Önerilmez
	Kronik spontan ürtiker	CBC, ESR, CRP	Enfeksiyon hastalıkları için tetkikler (<i>H.pylori</i> gibi) Alerji deri testleri Fiziksel uyarı testleri
Fiziksel ürtiker	Soğuk kontakt ürtikeri	Soğuk provakasyon testleri (buz küp, soğuk su)	Tiroid hormonları ve otoantikorları Psödoalerjensiz diyet ve triptaz Otolog serum testi Lezyonel cilt biyopsisi
	Geç basınç ürtikeri	Basınç testi	Önerilmez
	Isı kontakt ürtikeri	Sıcak su ile provakasyon testi	Önerilmez
	Solar ürtiker	UV ve diğer dalga boylu ışık	Diğer dermatozlar dışlanmalı
	Dermografik ürtiker	Cildin sert cisimle çizilmesi	CBC, ESR, CRP
	Vibratuar ürtiker	Vorteks ile	Önerilmez
Diğer ürtikerler	Akuajenik ürtiker	Vücut ısısındaki ıslak giysi ile 20 dk. prova- kasyon	Önerilmez
	Kolinerjik ürtiker	Egzersiz veya sıcak banyo ile provakasyon	Önerilmez
	Kontakt ürtiker	Deri prik/yama testi	Önerilmez



Şekil 5. Kronik ürtiker-anjiyoödem tanısı için akış şeması (11)

sJIA: sistemik başlangıçlı juvenilidyopatikartrit; CAPS: kriyopirin ilişkili periyodik sendromlar; FCAS: Ailevi soğuk otoinflamatuvar sendromlar; MWS: Muckle-Wells sendromu; NOMID: Neonatal başlangıçlı multisistemik inflamatuvar hastalık; HIDS: Hiper-IgD sendromu; TRAPS: Tümör nekroz alfa ilişkili periyodik sendrom; HAE: Herediter anjiyoödem; EAE: Edinsel anjiyoödem; ACE-inh: Angiotensinconverting enzim inhibitörü)

2.7. Ayırıcı Tanı

Ürtikeri diğer döküntülerden ayıran temel özellik lezyonların geçici olmasıdır ve bu lezyonlar iyileştikten sonra deride pigmentasyon değişiklikleri beklenmez. Ürtikeri diğer döküntülerden ayıran temel özellikler Tablo 9’da özetlenmiştir.

Tablo 9. Ürtikeri ürtikeryal lezyonlarla ortaya çıkan kutanöz hastalıklardan ayıran temel özellikler

Ürtiker	Ürtikeryal lezyonlar (Aşağıdakilerden biri veya birkaçı)
Tipik lezyonlar;	Atipik lezyonlar;
• Eritematöz ödematöz lezyonlar • Geçici (24-36 saatten kısa) • Asimetrik şekilde dağılım • İyileştikten sonra pigmentasyon değişiklikleri görülmez	• İnfiltratif plak • Persistan (24-36 saatten uzun) • Simetrik dağılım • Hipo/hiperpigmentasyon veya skar dokusu görülür
• İlişkili başka lezyon yok (papüler, veziküler gibi)	• İlişkili başka lezyon mevcut (papüler, veziküler gibi)
• Kaşıntılı	• Kaşıntılı
• Muhtemelen AÖ ile ilişkili	• Genellikle AÖ ile ilişkisiz

Ürtikerin ayırıcı tanısında düşünülmesi gereken durumlar (9);

- Eritema multiforme: Genellikle simetrik kırmızı, hedef tarzı lezyonlarla karakterizedir.
- Toksik eritem: Başlangıçta ürtikerle karışabilir, ancak lezyonlar genellikle simetriktir ve birkaç gün aynı yerde sabit kalır.
- Akut egzama veya akut kontakt dermatit: Egzama kırmızı ve şiş olabilir; ancak ürtikerden farklı olarak epidermal değişikliklerle (akıntılı veya vezikül oluşumu ve ardından kabuklanma) ilişkilidir ve yerleşmesi birkaç gün sürer.
- Otoimmün büllöz hastalıklar
- Gebeliğin polimorfik erüpsiyonu: Gebelikte en sık karşılaşılan ve kendini sınırlayan kaşıntılı bir cilt hastalığıdır. Daha çok karın bölgesinde şiddetli kaşıntı ve kızarıklık, deriden kabarık papül ve plaklarla karakterizedir. Zamanla simetrik şekilde uyluklar, bacaklar, sırt, kalça, kollar ve memeler üzerine yayılır.
- Selülit veya erizipel: Bunlar büyük ürtikeryal döküntülerle karışabilir; ancak tutulan alanlar tek taraflı, kalıcı ve ağrılıdır ve hasta ateşli olabilir. Benzer

şekilde, Well sendromunda veya eozinofilik selülitte kızarıklık alanları devam eder ve burada deri biyopsisi tanıya yardımcı olabilir.

- Progesteron kaynaklı dermatoz
- Ürtikeryal vaskülit: Uzamış ürtikeryal lezyonların ardından morarma mevcutsa ve özellikle sistemik semptomlarla ilişkiliyse ürtikeryal vaskülit düşündürülebilir.
- Sistemik lupus eritematoz (SLE): Ürtiker veya ürtikeryal vaskülit SLE'nin bir bulgusu olarak ortaya çıkabilir ve bu nedenle başka şüpheli özellikler varsa otoimmün tarama yapılmalıdır.

2.8. Tedavi

Tedavide öncelikle şüphelenilen tetikleyici faktörden kişinin uzaklaştırılmalıdır. Bunun yanı tedavide sıra sıklıkla göz ardı edilen bir husus ise hastaların bilgilendirilme konusudur. Hastalara ürtiker tablosunun genel olarak kendiliğinden ve sekel bırakmadan düzeleceği anlatılmalıdır. Hafif vakalarda tedavi gerekmebilir.

Akut ürtiker tedavisi için antihistaminikler birinci basamak ilaçlardır. Antihistaminikler kaşıntıyı önlerler ve ürtiker plaklarını da baskırlar. Birinci kuşak antihistaminiklerin etkilerinin doz bağımlı olması, sedasyon yapıcı etkilerinin 12 saatten uzun sürmesine karşın antipruritik etkilerinin 4-6 saat sürmesi ve yüksek dozlarda yan etki görülmesi nedeniyle birinci kuşak antihistaminikler ilk basamakta önerilmemektedir. EAACI/GA²LEN/EDF/WAO ilk basamak tedavide ikinci kuşak antihistaminikleri önermektedir. Ancak feniramin maleat gibi birinci kuşak antihistaminiklerin parenteral formları sadece acil şartlarında veya hızlı etki istendiğinde kullanılabilir. Yetişkinlerde günde bir-iki kez yarım veya bir ampul yavaş intravenöz veya intramüsküler uygulanabilir. Tek bir dozun etki süresi 4-8 saattir (20).

İkinci kuşak antihistaminik kullanımına rağmen yeterli cevap alınamazsa tedaviye birinci kuşak antihistaminikler eklenebilir. Tedaviye yanıt vermeyen hastalarda tedaviye lökotrien antagonistlerinin (LT_{RA}) eklenmesi tedavinin etkinliğini artırabilir. Sistemik steroidler antihistaminik tedavisine yanıt alınamayan hem akut hem de kronik ürtikerin akut alevlenmelerinde semptomları kontrol altına almak için 0.5 ila 1 mg/kg/gün 3 ila 10 gün süreyle kullanılabilir; ancak sistemik steroidler her ne kadar kısa sürede semptomları düzelmesini sağlasa da bunun kanıt değeri düşüktür. Uzun

sürekli kullanımları ciddi sistemik yan etkileri nedeniyle önerilmemektedir. Topikal steroidlerin ürtiker tedavisinde yararı yoktur (21).

Hava yolu tutulumunun eşlik ettiği anjioödem vakaları acil tedavi edilmelidir. Hastaların solunum yolları korunmalı, gerekirse entübasyon yapılmalıdır. Larinks ödemi, ciddi hipotansiyon durumlarında intramusküler adrenalin yapılmalı ve gerek duyulması halinde 10 dakika aralıklarla yinelenmelidir. Ayrıca bu hasalara sistemik kortikosteroid verilmelidir (22).

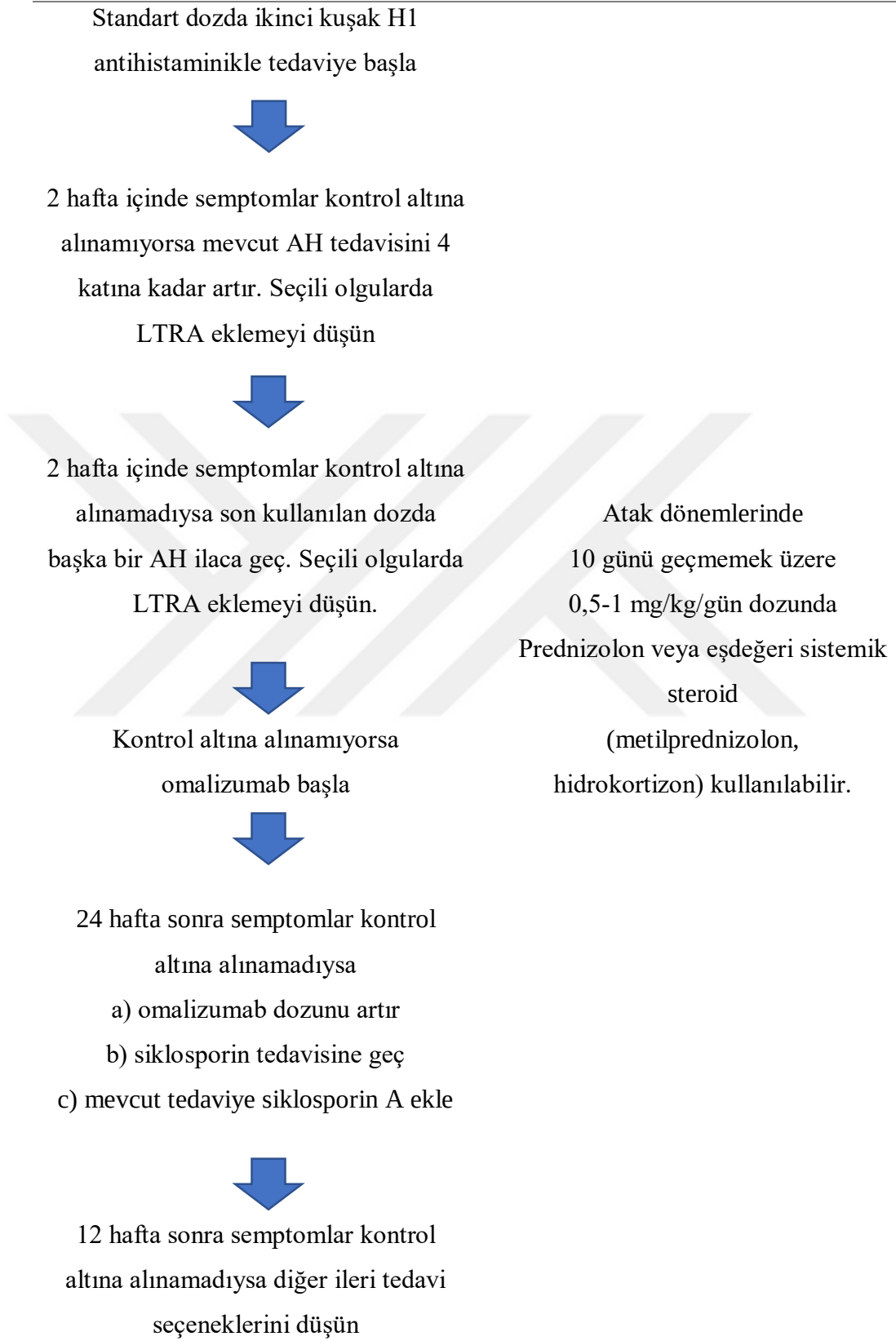
Tablo 10. Birinci kuşak antihistaminikler

İlaç	Yaş sınırı	Doz ayarlaması	Doz		Gebelik kategorisi
			Çocuk	Erişkin	
Klorfeniramin	>1 yaş	Gerekli değildir	0,35-2 mg/kg/gün	4 mg 4-6 saatte bir	B
Siproheptadin	>2 yaş	Karaciğer yetmezliğinde	0,25 mg/kg/gün	4 mg 4-6 saatte bir	B
Difenhidramin	>2 yaş	Karaciğer yetmezliğinde	5 mg/kg/gün	25-50 mg 4-6 saatte bir	B
Hidroksizin	>6 ay	Karaciğer yetmezliğinde	1-2 mg/kg/gün	10 mg 6 saatte bir	C

Tablo 11. İkinci kuşak antihistaminikler

İlaç	Yaş sınırı	Doz ayarlaması	Doz		Gebelik kategorisi
			Çocuk	Erişkin	
Setirizin	>2 yaş	Karaciğer ve böbrek yetmezliğinde	2-6 yaşta 2,5 mg/kg günde 2 kez veya 5 mg günde tek doz, >6 yaşta 10 mg günde tek doz	10 mg günde tek doz	B
Desloratidin	>6 ay	Ciddi böbrek yetmezliğinde	6-11 ayda 1 mg günde tek doz, 1-5 yaşta 1,25 mg günde tek doz, 6-11 yaşta 2,5 mg günde tek doz, >12 yaş 5 mg günde tek doz	5 mg günde tek doz	C
Feksofenadin	>6 ay	Böbrek yetmezliğinde	2-11 yaşta 30 mg günde 2 doz, >12 yaşta 60 mg günde 2 doz veya 180 mg günde tek doz	180 mg günde tek doz veya 60 mg günde iki doz	B
Levosetirizin	>6 yaş	Karaciğer ve böbrek yetmezliğinde	>6 yaşta 5 mg günde tek doz	5 mg günde tek doz	B
Loratidin	>2 yaş	Karaciğer yetmezliğinde	2-11 yaşta 5 mg günde tek doz >12 yaşta 10 mg günde tek doz	10 mg günde tek doz	B
Rupatidin	>6 yaş	Karaciğer ve böbrek yetmezliğinde	6-11 yaşta 5 mg günde tek doz, >12 yaşta 10 mg günde tek doz	10 mg günde tek doz	B
Bilastin	>12 yaş	Gerekli değildir	>12 yaş 20 mg günde tek doz	20 mg günde tek doz	B

Tablo 12. Türkiye Ürtiker Tanı ve Tedavi Kılavuzu Algoritması (23)



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Bireyler

Bu çalışmaya Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Erişkin Acil Servisi'ne Ocak 2015 ile Eylül 2022 tarihleri arasında akut ürtiker ile başvuran 18 yaş üzeri 690 hasta dahil edildi. Çalışmaya başlamadan önce Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 2021000561-2 başvuru numarası ile 15.12.2021 tarihinde, 2021/561 numarası ile onay alındı.

Hastaların verileri retrospektif olarak hastane bilgi yönetim sistemi (HBYS) ve arşiv dosyalarının taranmasından elde edildi. Tetkik sonuçlarına ve/veya izlem bilgilerine ulaşılamayan olgular ise çalışma dışı bırakıldı.

Akut Ürtiker Hasta Takip Formu (Ek-1) oluşturulmuş ve aşağıda belirtilen parametreler retrospektif olarak taranarak kaydedildi.

- Demografik özellikler (yaş ve cinsiyet)
- Ürtikerin ilk meydana geldiği yer (ev, açık hava, hastane, restoran)
- Başvurudaki yakınmalar
- Anafilaksi bulguları
- Özgeçmiş (Atopi, alerjik hastalık, psikiyatrik hastalık öyküsü veya daha önce geçirilmiş akut ürtiker durumu)
- Aile öyküsü (Ailede atopik hastalık ve/veya ürtiker/anjioödem öyküsü)
- Tetkikleyici faktörler (İlaç, böcek/arı sokması, sıcak, soğuk, şüpheli besin, enfeksiyon varlığı, inhalen ve/veya temas eden maddeler, basınç vb.)
- Şikayetlerin gelişme süresi
- Ürtiker semptom süresi
- Vital bulgular (Ateş, nabız ve tansiyon)
- Ürtiker şiddeti (EAACI/WAO rehberindeki ürtiker aktivite skoruna (ÜAS) göre değerlendirildi (7). Bu skorlamada lezyonların sayısına ve kaşıntı şiddetine göre toplam skor 0-6 arasında olacak şekilde hesaplama yapılmaktadır. Ürtiker lezyonları için; ürtiker lezyonu yok ise 0 puan, hafif (20'den az) ise 1 puan, orta (21-50 arası) ise 2 puan, yoğun (50'den fazla) ise 3 puan verildi. Kaşıntı için ise; kaşıntı yoksa 0 puan, hafif (kaşıntı var ancak rahatsız edici değil) ise 1 puan, orta (kaşıntı rahatsız edici ama günlük aktiviteyi ve uykuyu etkilemiyor) ise 2 puan, şiddetli (kaşıntı günlük aktivite ve uykuyu etkiliyor) ise 3 puan verildi.)
- Ürtiker tedavisinde kullanılan ilaçlar

3.2. İstatistiksel Yöntem

Verilerin analizinde IBM SPSS Statistics 24.0 paket programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler; kategorik değişkenler için sayı (n) ve yüzde (%) ile ifade edildi. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu histogram grafikleri, Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri ile değerlendirildi. Normal dağılım gösteren sayısal değişkenler ortalama $\pm$ standart sapma, normal dağılım göstermeyen sayısal değişkenler median (minimum-maksimum) şeklinde ifade edildi. Çözümleyici analizlerde, kategorik değişkenlerin birbirleriyle ilişkisi Pearson ki-kare testi ve Fisher'in kesin ki-kare testiyle belirlendi. Normal dağılıma uygun olduğu değerlendirilen sürekli değişkenlerin ortalamalarının karşılaştırılmasında Student-t testi; normal dağılıma uygun olmayan sürekli değişkenlerin ortalamalarının karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanıldı. İstatistiksel açıdan anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak belirlendi.

4. BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 690 hastanın 426'sı (%61,74) kadın olup 264'ü (%38,26) erkek idi. Kadın erkek oranı 1,61 idi. Tüm hastaların medyan yaşı 40 yıl (18-92) olarak bulundu. Kadınlarda medyan yaş 39 (20-92) yıl, erkeklerde medyan yaş ise 41 (18-90) yıl idi. Erkek hastaların yaş ortalamaları kadın hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla idi ($p=0,025$) (Tablo 13).

Tablo 13. Hastaların cinsiyet oranları, genel ve cinsiyete göre dağılımı

		Cinsiyet		p
		Kadın	Erkek	
Yaş	Sayı (n), yüzde (%)	426 (61,74)	264 (38,26)	0,025
	Ort.	41,65	44,88	
	Std. Sapma	15,87	17,59	
	Medyan	39,00	41,00	
	Min.	20,00	18,00	
	Maks.	92,00	90,00	

Mann-Whitney u test

Ürtikerin en çok %82,03 oranında (n=566) evde meydana geldiği görüldü. Bunu %11,59 (n=80) açık hava, %6,1 (n=42) hastane, %0,14 (n=1) iş yeri ve %0,14 oranında (n=1) restoran takip etmekteydi (Tablo 14).

Tablo 14. Akut ürtikerin meydana geldiği yerler

Yer	Sayı (n)	Yüzde (%)
Açık hava	80	11,59
Ev	566	82,03
İş yeri	1	0,14
Restoran	1	0,14
Hastane	42	6,1
Toplam	690	100

Hastaların %9,28'inde (n=64) anjiyoödem mevcut idi. AÜ ile başvuran hastaların başvuru şikayetleri incelendiğinde hastaların hepsinde kaşıntı ve döküntü mevcut olup, %13,77'sinde (n=95) nefes darlığı, %3,77'sinde (n=26) gastrointestinal (GİS) semptomlar, %0,87'sinde (n=6) çarpıntı, %3,48'inde (n=24) göğüs ağrısı,

%2,32'sinde ise (n=16) nörolojik semptomlar mevcut idi. Hastaların %11,59'unda (n=80) anafilaksi geliştiği tespit edildi.

Hastaların %90,43'ünde (n=624) AÜ, %9,57'sinde (n=66) ise kronik zeminde gelişen AÜ mevcut idi. Hastaların özgeçmişleri incelendiğinde %53,77'sinde (n=371) daha önce bir ürtiker öyküsü mevcut olduğu gözlemlendi. Ayrıca hastaların %37,54'ünde (n=259) en az bir alerjik hastalık öyküsü olduğu belirlendi. Hastaların soy geçmişleri incelendiğinde ise ailede alerjik hastalık öyküsünün %4,49 (n=31) oranında olduğu görüldü (Tablo 15).

Tablo 15. Akut ürtiker ile başvuran hastaların şikayetleri ve öyküleri

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Anjioödem		64	9,28
Nefes darlığı		95	13,77
GİS semptomları		26	3,77
Çarpıntı		6	0,87
Göğüs ağrısı		24	3,48
Nörolojik semptomlar		16	2,32
Anafilaksi		80	11,59
Ürtiker tipi	Akut	624	90,43
	Kronik	66	9,57
Ailede alerjik hastalık öyküsü		31	4,49
Alerjik hastalık öyküsü		259	37,54
Ürtiker öyküsü		371	53,77

Çalışmaya dahil edilen hastaların %26,7'sinde (n=184) eozinofili mevcut idi. Eozinofilisi olan hastalar incelendiğinde hastaların %60,33'ünün hafif, %35,87'sinin orta, %3,8'inin ağır ürtikeri olduğu belirlendi.

Ürtiker şikayetlerinin medyan gelişme süresi 2,00 saat (0,25-96), medyan gözlem süresi ise 0,17 gün (0,08-12 gün) idi (Tablo 16).

Tablo 16. Akut ürtikerde şikayetlerin gelişme ve gözlem süresi

	Sayı (n)	Ortalama	Std. Sapma	Medyan	Min.	Maks.
Toplam süre (gün)	690	25,17	107,23	2,00	0,08	1.460,00
Şikâyet gelişme süresi (saat)	397	3,08	8,77	1,00	0,25	96,00
Gözlem süresi (gün)	690	0,44	0,92	0,17	0,08	12,00

Hastaların %79,57'si (n=549) acil servisteki tedavilerinden sonra taburcu edilmiş olup %10,43'ü (n=72) acil servis gözlemde, %0,43'ü (n=3) ise acil yoğun bakım serviste takip edilmiş idi. Hastaların %5,51'inin (n=38) dermatoloji servisine yatışı yapıldığı, %4,06'sının (n=28) ise acil servisten kendi isteği ile ayrıldığı saptandı (Tablo 17).

Tablo 17. Akut ürtikerle hastaneye başvuran hastaların sonlanımları

Sonuç	Sayı (n)	Yüzde (%)
Taburcu	549	79,57
Kendi isteği ile ayrılma	28	4,06
Acil serviste gözlem	72	10,43
Dermatoloji servisi yatış	38	5,51
Acil yoğun bakım yatışı	3	0,43
Toplam	690	100,00

Acil serviste verilen tedaviler incelendiğinde; hastaların %0,7'sine (n=5) oral antihistaminik, %87,5'ine (n=604) ise IV (intravenöz) steroid+ IV antihistaminik+ IV hidrasyon verildiği görüldü. Anafilaksi ile başvuran 80 hastanın tamamına IM adrenalin+ IV steroid+ IV antihistaminik+ IV hidrasyon verilmiş olup, 1 hasta ise entübe edilerek adrenalin infüzyonu almış idi (Tablo 18).

Tablo 18. Akut ürtikerle acile başvuran hastalara uygulanan tedaviler

Tedavi	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tedavi almamış	1	0,15
Oral antihistaminik	5	0,7
IV steroid+ IV antihistaminik+ IV hidrasyon	604	87,5
IM adrenalin+ IV steroid+ IV antihistaminik+ IV hidrasyon	79	11,5
IM adrenalin+ IV steroid+ IV antihistaminik+ IV hidrasyon+ adrenalin infüzyonu+ entübasyon	1	0,15

Ürtiker tetikleyici faktörleri incelendiğinde hastaların %42,17'sinin (n=291) idiyopatik nedenler nedeniyle AÜ ile acil servise başvurduğu gözlemlendi. Tetikleyici faktörü saptanan hastalarda AÜ'nün en sık nedeninin %30,14 (n=208) ile ilaç kaynaklı olduğu görüldü. Bunu sırasıyla %15,08 (n=104) böcek-arı sokması, %5,22 (n=36) gıda ve %1,16 (n=8) rinosinüzit kaynaklı nedenler takip etmekte idi (Tablo 19). Hastaların %6,23'ünde (n=43) ise ürtiker diğer (Kontakt ürtiker 26, inhalen alerjenlere bağlı ürtiker 11, basınç ürtikeri 5 ve ısı kontakt ürtikeri ise 1 hastada mevcut idi) nedenlere bağlı idi.

Tablo 19. Akut ürtiker gelişimini tetikleyen faktörler

Tetikleyici faktör	Sayı (n)	Yüzde (%)
İdiyopatik	291	42,17
İlaç	208	30,14
Gıda	36	5,22
Böcek-arı	104	15,08
Rinosinüzit	8	1,16
Diğer	43	6,23
Toplam	690	100,00

Cinsiyet ile tetikleyici faktörler arasındaki ilişki incelenmek istenildiğinde, erkeklerde kadınlara göre böcek-arı sokması ve rinosinüzite bağlı AÜ gelişme sıklığı anlamlı düzeyde daha yüksek saptandı ($p=0,038$). Ancak diğer tetikleyici faktörler ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki saptanmadı (Tablo 20).

Tablo 20. Akut ürtikerde cinsiyet ve tetikleyici faktör ilişkisi

Tetikleyici faktör	Cinsiyet				p
	Kadın		Erkek		
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
İdiopatik	189	44,37	102	38,64	0,038
İlaç	134	31,46	74	28,03	
Gıda	21	4,93	15	5,68	
Böcek-arı*	53	12,44	51	19,32	
Rinosinüzit*	2	0,47	6	2,27	
Diğer	27	6,34	16	6,06	

Pearson ki-kare testi

***Benforreni yöntemi ile uyarlanmış grup karşılaştırmalarına göre, istatistiksel açıdan anlamlı farklılık görülen gruplar**

Tablo 21’de özetlendiği üzere ilaca bağlı gelişen AÜ vakalarının yaş ortalamaları idiopatik, gıda, böcek/arı sokması ve diğer tetikleyici faktörlere bağlı gelişen akut ürtiker vakalarının yaş ortalamasından anlamlı olarak daha fazla idi ($p=0,005$). Aynı zamanda 35 ve üzeri yaş hastalarda ilaca bağlı AÜ gelişimi 35 yaşın altındaki hastalara göre istatistiksel olarak daha fazla görülmekteydi ($p=0,008$). İlaç dışındaki tetikleyici faktörlerin ise yaş ile ilişkisi saptanmadı.

Tablo 21. Akut ürtikerde yaş ve tetikleyici faktör ilişkisi

Tetikleyici faktör	Yaş						p
	Sayı (n)	Ort.	Std. Sapma	Medya n	Min.	Maks.	
İdiopatik ^a	291	42,42	16,04	40,00	21,00	92,00	0,005
İlaç ^b	208	46,25	17,29	43,00	19,00	90,00	
Gıda ^a	36	39,11	14,39	37,50	22,00	69,00	
Böcek-arı ^a	104	40,69	16,82	38,00	18,00	82,00	
Rinosinüzit ^{a,b}	8	36,63	15,90	33,50	19,00	70,00	
Diğer ^a	43	39,40	16,29	33,00	20,00	86,00	

Kruskall Wallis H Testi

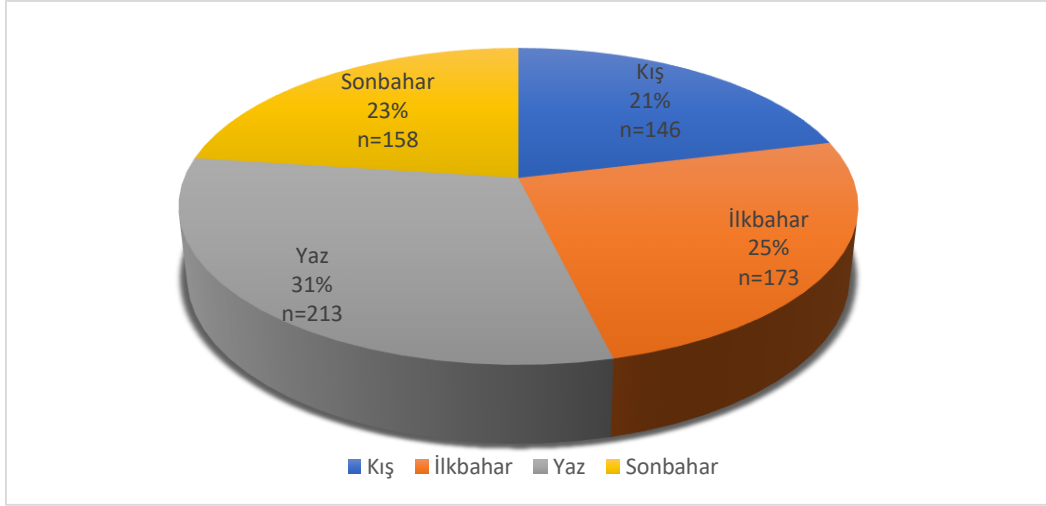
^{a,b,c} **Post-hoc uygulanan Mann-Whitney u testine göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılık saptanan gruplar farklı harflerle gösterilmiştir. (Aynı harfi içeren gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamaktadır.)**

Tetikleyici faktör	Yaş grubu				p
	<35		≥35		
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
İdiopatik	119	43,27	172	41,45	0,008
İlaç*	63	22,91	145	34,94	
Gıda	16	5,82	20	4,82	
Böcek-arı	49	17,82	55	13,25	
Rinosinüzit	5	1,82	3	0,72	
Diğer	23	8,36	20	4,82	

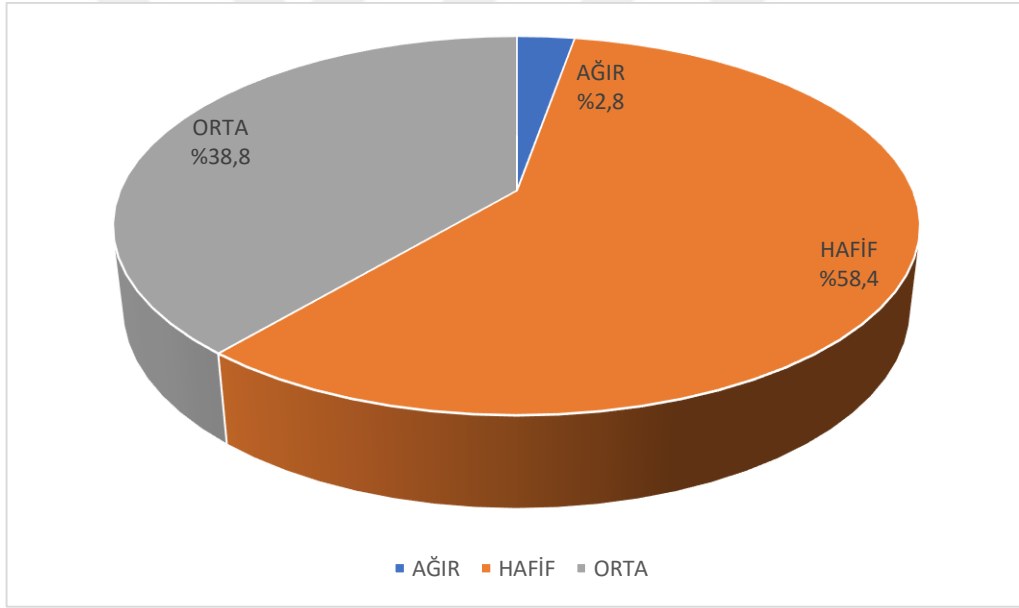
Pearson ki-kare testi

***Benforreni yöntemi ile uyarlanmış grup karşılaştırmalarına göre, istatistiksel açıdan anlamlı farklılık görülen gruplar**

İdiopatik ürtikerin mevsim ile ilişkisi incelendiğinde; hastalığın %21,16 (n=146) kış, %25,07 (n=173) ilkbahar, %30,87 (n=213) yaz ve %22,9 (n=158) sonbahar mevsiminde görüldüğü gözlemlendi. İdiopatik ürtiker ile mevsim arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı (Şekil 6).



Şekil 6. İdiopatik Ürtikerin Mevsimsel Dağılımı
Hastaların %58,4'ünde (n=403) hafif, %38,8'inde (n=268) orta ve %2,8'inde (n=19) ağır akut ürtiker bulguları ile acil servise başvurmuş idi (Şekil 7).



Şekil 7. Akut ürtiker şiddeti

Ürtiker şiddeti ile tetikleyici faktörler arasındaki ilişki Tablo 22'de özetlenmiş olup ki-kare testi geçersiz olduğundan bunun hakkında yorum yapılamamıştır; ancak ilaca bağlı gelişen akut ürtikerin ağır derecede ürtiker yapması ilaç dışı tetikleyici faktörlere göre istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 23).

Tablo 22. Tetikleyici faktör ile akut ürtiker şiddeti arasındaki ilişki

Tetikleyici faktör	Ürtiker şiddeti					
	Hafif		Orta		Ağır	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
İdiopatik	190	65,29	97	33,33	4	1,37
İlaç	89	42,79	105	50,48	14	6,73
Gıda	19	52,78	16	44,44	1	2,78
Böcek-arı	72	69,23	32	30,77	0	0,00
Rinosinüzit	6	75,00	2	25,00	0	0,00
Diğer	27	62,79	16	37,21	0	0,00
Toplam	403	58,41	268	38,84	19	2,75

Ki-kare testi geçersizdir.

Tablo 23. İlaç akut ürtiker şiddeti arasındaki ilişki

Tetikleyici faktör	Ürtiker şiddeti				p
	Ağır değil		Ağır		
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
İlaç dışı faktörler	477	98,96	5	1,04	<0,001
İlaç	194	93,27	14	6,73	

Pearson ki-kare testi

Ürtiker ile ilaç ilişkisine bakıldığında; AÜ nedeni olarak en sık %43,26 oranla anti-enflamatuvar ilaçlar, ikinci en sık neden olarak ise %21,63 oran ile anti-mikrobiyal ilaçlar sorumlu idi. Anti-enflamatuvar ilaçlardan akur ürtiker gelişimi için en sık sorumlu olan grup NSAİİ'ler, anti-mikrobiyal ilaçlardan ise penisilin grubu ilaçlar idi. AÜ'den sorumlu ilaçlar ise Tablo 24'te; ilaç ve ürtiker şiddeti arasındaki ilişki ise Tablo 25'te sunulmuştur.

Tablo 24. Akut ürtiker ve ilaç ilişkisi

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Anti-mikrobiyaller	Penisilin grubu	23
	Kinolonlar	14
	Sefalosporin	6
	Nitrofurantoin	1
	Antifungal	1
Anti-enflamatuvarlar	NSAİİ	57
	Parasetamol	10
	Parasetamol+Psödoefedrin	3
	Parasetamol+Klorfeniramin	13
	Aspirin	1
	Metamizol	6
Radyokontrast madde	8	3,85
Kas gevşeticiler	6	2,88
Kemoteröpatik ajanlar	11	5,29
Vitaminler	6	2,88
Aşı	4	1,92
Diğer	38	18,27
Toplam	208	100,00

Tablo 25. İlaç ve akut ürtiker şiddeti arasındaki ilişki

		Ürtiker şiddeti					
		Hafif		Orta		Ağır	
		Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Anti- mikrobiyaller	Penisilin grubu	9	39,13	12	52,17	2	8,70
	Kinolonlar	5	35,71	7	50,00	2	14,29
	Sefalosporin	0	0,00	4	66,67	2	33,33
	Nitrofuran	0	0,00	1	100,0	0	0,00
	Antifungal	1	100,0	0	0,00	0	0,00
Anti- enflamatuvarlar	NSAİİ	30	52,63	22	38,60	5	8,77
	Parasetamol	4	40,00	5	50,00	1	10,00
	Parasetamol+ Psödoefedrin	1	33,33	2	66,67	0	0,00
	Parasetamol+ Klorfeniramin	7	53,85	6	46,15	0	0,00
	Aspirin	0	0,00	1	100,0	0	0,00
	Metamizol	3	50,00	3	50,00	0	0,00
Radyokontrast madde		3	37,50	5	62,50	0	0,00
Kas gevşeticiler		2	33,33	4	66,67	0	0,00
Kemoteröpatik ajanlar		3	27,27	8	72,73	0	0,00
Vitaminler		3	50,00	3	50,00	0	0,00
Aşı		0	0,00	4	100,0	0	0,00
Diğer		18	47,37	18	47,37	2	5,26
Toplam		89	42,79	105	50,48	14	6,73

Ürtiker şikayetlerinin medyan gelişme süreleri hafif, orta ve ağır ürtikerde sırasıyla 1,00 saat (0,25-96,00), 1,00 saat (0,25-72), 1,00 saat (0,5-6,00) idi. Ağır ürtikerde şikayetlerin gelişme süresi hafif ve orta ürtiker ile başvuran hastalardan daha kısa olmasına karşın bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0,154$). Bununla birlikte Tablo 26’da gösterildiği üzere hastalarda medyan gözlem süreleri hafif, orta ve ağır ürtikerde sırasıyla 0,17 gün (0,17-2,00), 0,17 gün (0,08-8,00), 2,00 gün (0,17-12,00) idi ve bu istatistiksel olarak anlamlı idi ($p < 0,001$). Ürtiker şikayetlerinin medyan toplam süresi hafif, orta ve ağır ürtikerde sırasıyla 2,00 gün (0,13-730,00), 3,00 gün

(0,08-1.460,00), 3,00 gün (1,00-730,00) idi ve kendi arasında karşılaştırıldığında sadece hafif ve orta ürtiker şikayetlerinin toplam süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edildi ($p < 0,001$).

Tablo 26. Akut ürtiker şiddeti ile süre ilişkisi

		Ürtiker şiddeti			p
		Hafif	Orta	Ağır	
Şikâyet gelişme süresi (saat)	Sayı (n)	211	171	15	0,154
	Yüzde (%)	53,15	43,07	3,78	
	Ort.	3,09	3,22	1,47	
	Std. Sapma	9,24	8,56	1,52	
	Medyan	1,00	1,00	1,00	
	Min.	0,25	0,25	0,50	
	Maks.	96,00	72,00	6,00	
Gözlem süresi (gün)	Sayı (n)	403	268	19	<0,001
	Yüzde (%)	58,41	38,84	2,75	
	Ort.	0,20 ^a	0,64 ^b	2,75 ^c	
	Std. Sapma	0,17	0,99	3,13	
	Medyan	0,17	0,17	2,00	
	Min.	0,17	0,08	0,17	
	Maks.	2,00	8,00	12,00	
Toplam süre (gün)	Sayı (n)	403	268	19	<0,001
	Yüzde (%)	58,41	38,84	2,75	
	Ort.	7,39 ^a	50,42 ^b	46,16 ^{a,b}	
	Std. Sapma	40,66	155,44	166,81	
	Medyan	2,00	3,00	3,00	
	Min.	0,13	0,08	1,00	
	Maks.	730,00	1.460,00	730,00	

Kruskall Wallis H Testi

^{a,b,c} **Post-hoc uygulanan Mann-Whitney u testine göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılık saptanan gruplar farklı harflerle gösterilmiştir. (Aynı harfi içeren gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamaktadır.)**

Anjiödem ile başvurma, anafilaksi varlığı, ürtiker öyküsü ve alerjik hastalık öyküsü durumlarının ürtiker şiddeti ile olan ilişkisi Tablo 27’de sunuldu. Buna göre anjiödem ile başvurma, anafilaksi varlığı, ürtiker ve alerjik hastalık öyküsü ürtiker şiddeti ile ilişkili faktörler iken diğer faktörler ile ürtiker şiddeti arasında ilişki saptanmadı.

Tablo 27. Hastalık şiddeti ile ilişkili faktörler

		Ürtiker şiddeti						p
		Hafif		Orta		Ağır		
		Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Anjiödem	Yok	382	61,02	229	36,58	15	2,40	<0,001 ^{a,b}
	Var	21	32,81	39	60,94	4	6,25	
Anafilaksi	Yok	390	63,93	206	33,77	14	2,30	<0,001 ^{a,b}
	Var	13	16,25	62	77,50	5	6,25	
Ürtiker öyküsü	Yok	212	66,46	101	31,66	6	1,88	<0,001 ^{a,b}
	Var	191	51,48	167	45,01	13	3,50	
Alerjik hastalık öyküsü	Yok	272	63,11	150	34,80	9	2,09	0,004 ^a
	Var	131	50,58	118	45,56	10	3,86	0,001 ^b
Atopik dermatit öyküsü	Yok	398	58,62	262	38,59	19	2,80	- ^c
	Var	5	45,45	6	54,55	0	0,0	
Ailede alerjik hastalık öyküsü	Yok	387	58,73	253	38,39	19	2,88	0,384 ^a
	Var	16	51,61	15	48,39	0	0,00	0,676 ^b
Psikiyatrik hastalık	Yok	354	57,56	243	39,51	18	2,93	0,374 ^a
	Var	49	65,33	25	33,33	1	1,33	0,164 ^b
Cerrahi enstrüman	Yok	395	58,35	263	38,85	19	2,81	0,824 ^a
	Var	8	61,54	5	38,46	0	0,00	0,697 ^b
Eozinofili ^c	Yok	292	57,71	202	39,92	12	2,37	0,420 ^a
	Var	111	60,33	66	35,87	7	2,80	

^aPearson ki-kare testi

^bLinear-by-linear association

^cEozinofili için eozinofil >400/mm³ referans alındı

Ürtiker tetikleyici faktörleri ile ürtikerin ortaya çıkış süresi, hastanedeki gözlem süresi ve toplam süre arasındaki ilişki Tablo 28, 29 ve 30’da sunuldu. İdiyopatik, ilaç ve böcek-arı sokması nedenli gelişen akut ürtikerde şikayetlerin medyan gelişme süresi sırasıyla 1,00 saat (1,00-6,00), 1,00 saat (0,25-72,00), 1,00 saat (0,25-12,00) idi ve istatistiksel olarak farklılık yoktu. Ancak rinosinüzite bağlı gelişen akut ürtiker

vakalarında şikayetlerin medyan gelişme süresi 24,00 saat (1,00-48,00) olup istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla idi ($p < 0,001$). Akut ürtiker tetikleyici faktörleri ile hastaların hastanedeki gözlem süresi arasındaki ilişki incelendiğinde; idiyopatik nedenlere bağlı gelişen akut ürtiker vakalarının gözlem süresi ilaç, gıda, böcek arı-sokması ve diğer nedenlere bağlı gelişen akut ürtiker vakalarından daha az idi ($p < 0,001$). Gözlem süresi daha kısa olmasına karşın toplam süre idiyopatik nedenlere bağlı gelişen akut ürtiker vakalarında daha fazla idi ($p < 0,001$).

Tablo 28. Akut ürtiker tetikleyici faktörleri ile ürtikerin ortaya çıkış süresi arasındaki ilişkinin incelenmesi

Tetikleyici faktör	Şikâyet gelişme süresi (saat)						p
	Sayı (n)	Ort.	Std. Sapma	Medyan	Min.	Maks.	
İdiyopatik ^{a,c}	3	2,67	2,89	1,00	1,00	6,00	<0,001
İlaç ^{a,c}	206	2,94	8,51	1,00	0,25	72,00	
Gıda ^{a,c}	35	1,66	1,17	1,00	0,50	5,00	
Böcek-arı ^a	104	1,49	1,45	1,00	0,25	12,00	
Rinosinüzit ^b	8	27,13	15,13	24,00	1,00	48,00	
Diğer ^c	41	4,42	14,76	1,00	0,25	96,00	

^{a,b,c} **Post-hoc uygulanan Mann-Whitney u testine göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılık saptanan gruplar farklı harflerle gösterilmiştir. (Aynı harfi içeren gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamaktadır.)**

Tablo 29. Akut ürtiker tetikleyici faktörleri ile hastaların hastanedeki gözlem süresi arasındaki ilişkinin incelenmesi

Tetikleyici faktör	Gözlem süresi (gün)						p
	Sayı (n)	Ort.	Std. Sapma	Medyan	Min.	Maks.	
İdiyopatik ^a	291	0,21	0,29	0,17	0,17	4,00	<0,001
İlaç ^b	208	0,77	1,47	0,17	0,13	12,00	
Gıda ^{b,c}	36	0,51	0,60	0,17	0,17	3,00	
Böcek-arı ^c	104	0,40	0,49	0,17	0,08	2,00	
Rinosinüzit ^{a,b,c}	8	0,17	0,00	0,17	0,17	0,17	
Diğer ^b	43	0,48	0,96	0,17	0,17	6,00	

^{a,b,c} **Post-hoc uygulanan Mann-Whitney u testine göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılık saptanan gruplar farklı harflerle gösterilmiştir. (Aynı harfi içeren gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamaktadır.)**

Tablo 30. Akut ürtiker tetikleyici faktörleri ile toplam süre arasındaki ilişkinin incelenmesi

Tetikleyici faktör	Toplam süre (gün)						p
	Sayı (n)	Ort.	Std. Sapma	Medyan	Min.	Maks.	
İdiyopatik ^a	291	48,70	136,99	3,00	0,13	1.095,00	<0,001
İlaç ^b	208	4,84	14,04	2,00	0,13	180,00	
Gıda ^c	36	6,81	29,72	2,00	0,33	180,00	
Böcek-arı ^c	104	1,48	0,90	1,00	0,08	6,00	
Rinosinüzit ^{a,b}	8	13,88	30,77	3,00	2,00	90,00	
Diğer ^b	43	39,07	222,30	2,00	0,17	1.460,00	

Kruskall Wallis H Testi

^{a,b,c} Post-hoc uygulanan Mann-Whitney u testine göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılık saptanan gruplar farklı harflerle gösterilmiştir. (Aynı harfi içeren gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamaktadır.)

Ürtiker şikayetlerinin gelişme süresi anafilaksi ile başvuran hastalarda anlamlı derece daha kısa saptanmıştır (anafilaksi olan grupta ortalama $1,03 \pm 0,66$, anafilaksi olmayan grupta ortalama $3,60 \pm 9,73$ saat, $p < 0,001$). Eozinofilisi olmayan grupta şikayetlerin gelişme süresi anlamlı derecede daha kısa saptanmıştır (Eozinofilisi olmayan grupta ortalama $2,64 \pm 8,12$ saat, eozinofilisi olan grupta $4,53 \pm 10,54$ saat, $p = 0,007$). Bununla birlikte diğer faktörlerin ürtiker şikayetlerinin gelişme süresi ile ilişkisi saptanamamıştır (Tablo 31).

Tablo 31. Akut ürtiker şikayetlerinin ortaya çıkış süresi ile ilişkili faktörler

		Şikâyet gelişme süresi (saat)						p
		Sayı (n)	Ort.	Std. Sapma	Medyan	Min.	Maks.	
Anjioödem	Yok	362	3,04	8,79	1,00	0,25	96,00	0,558
	Var	35	3,51	8,71	1,00	0,50	48,00	
Anaflaksi	Yok	318	3,60	9,73	1,00	0,25	96,00	<0,001
	Var	79	1,03	0,66	1,00	0,33	4,00	
Ürtiker öyküsü	Yok	196	2,61	6,91	1,00	0,25	72,00	0,199
	Var	201	3,55	10,27	1,00	0,25	96,00	
Alerjik hastalık öyküsü	Yok	247	2,81	6,88	1,00	0,25	72,00	0,573
	Var	150	3,54	11,23	1,00	0,25	96,00	
Ailede alerjik hastalık öyküsü	Yok	379	3,02	8,67	1,00	0,25	96,00	0,792
	Var	18	4,35	10,99	1,00	0,25	48,00	
Psikiyatrik hastalık	Yok	368	2,94	8,47	1,00	0,25	96,00	0,301
	Var	29	4,95	12,00	1,00	0,50	48,00	
Cerrahi enstrüman	Yok	392	3,11	8,83	1,00	0,25	96,00	0,902
	Var	5	1,40	0,55	1,00	1,00	2,00	
Eozinofili	Yok	303	2,64	8,12	1,00	0,25	96,00	0,007
	Var	94	4,53	10,54	1,50	0,25	72,0	

Mann-Whitney u testi

Anafilaksi ile başvuran hastalarda gözlem süresi istatistiksel olarak anlamlı derecede daha uzun saptanmıştır (anafilaksi olan grupta ortalama $1,18 \pm 1,07$, anafilaksi olmayan grupta ortalama $0,34 \pm 0,86$ gün, $p < 0,001$). Psikiyatrik hastalık öyküsü olan hastalarda ise acil serviste takip süresinin anlamlı derecede daha kısa olduğu saptanmıştır (psikiyatrik hastalığı olan grupta ortalama $0,23 \pm 0,35$, psikiyatrik hastalığı olmayan grupta ortalama $0,46 \pm 0,97$ gün, $p = 0,003$). Eozinofilisi olmayan grupta gözlem süresi anlamlı derecede daha uzun saptanmıştır (Eozinofilisi olmayan grupta ortalama $0,49 \pm 1,03$ gün, eozinofilisi olan grupta $0,31 \pm 0,51$ gün, $p = 0,005$). Diğer faktörler ise gözlem süresi ile ilişkili saptanmamıştır (Tablo 32).

Tablo 32. Gözlem süresini etkileyen faktörler

		Gözlem süresi (gün)						p
		Sayı (n)	Ort.	Std. Sapma	Medyan	Min.	Maks.	
Anjioödem	Yok	626	0,44	0,93	0,17	0,08	12,00	0,783
	Var	64	0,46	0,84	0,17	0,17	5,00	
Anafilaksi	Yok	610	0,34	0,86	0,17	0,17	12,00	<0,001
	Var	80	1,18	1,07	1,00	0,08	8,00	
Ürtiker öyküsü	Yok	319	0,44	0,90	0,17	0,08	10,00	0,283
	Var	371	0,44	0,94	0,17	0,17	12,00	
Alerjik hastalık öyküsü	Yok	431	0,40	0,84	0,17	0,08	10,00	0,168
	Var	259	0,50	1,04	0,17	0,17	12,00	
Ailede alerjik hastalık öyküsü	Yok	659	0,45	0,94	0,17	0,08	12,00	0,226
	Var	31	0,27	0,36	0,17	0,17	2,00	
Psikiyatrik hastalık	Yok	615	0,46	0,97	0,17	0,08	12,00	0,003
	Var	75	0,23	0,35	0,17	0,17	3,00	
Cerrahi enstrüman	Yok	677	0,44	0,93	0,17	0,08	12,00	0,098
	Var	13	0,17	0,00	0,17	0,17	0,17	
Eozinofili	Yok	506	0,49	1,03	0,17	0,08	12,0	0,005
	Var	184	0,31	0,51	0,17	0,17	4,0	

Mann-Whitney u testi

5.TARTIŞMA

Akut ürtiker sağlık kuruluşlarına sık başvuru nedenleri arasındadır. Akut ürtiker ile yapılan çalışmalar çoğunlukla pediatrik yaş gruplarında olup yalnızca yetişkin yaş grubunda yapılan çalışmalar kısıtlı sayıdadır. Bu çalışmada Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Erişkin Acil Servisi'ne Ocak 2015 ile Eylül 2022 tarihleri arasında akut ürtiker ile başvuran hastaların klinik özellikleri, akut ürtikerin olası nedenleri ve tedavi yaklaşımları değerlendirildi.

Godet-Mardirossian ve ark. (24) akut alerjik reaksiyon ile acil servise başvuran 210 hasta ile yapmış oldukları çalışmalarında akut ürtiker tanısı alan hastaların ortalama yaşlarını 30,2 saptamışlardır. Acil servise başvuran hastaların yaş dağılımı ise 0,4 ila 95 yaş arasında olup, kadın erkek oranı ise 0,63 olarak belirlenmiştir. Akut ürtiker tanısı alan erkeklerde yaş ortalaması 25,8 iken kadınlarda ise 32,9 olarak bulunmuş ve akut ürtikerin ortalama görülme yaşı erkeklerde istatistiksel olarak daha düşük saptanmıştır ($p<0,05$). Losappio L. Ve ark. (25) 459 hasta ile yaptıkları çalışmalarında ise yaş dağılımı 1 ay ile 90 yıl arasında dağılım göstermekte olup ortalama yaş 35 olarak saptanmıştır. Vakaların %50,8'ini erkekler, %49,2'sini kadınların oluşturduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda ise akut ürtiker ile acil servise başvuran hastalarda kadın erkek oranı 1,61 olarak saptanmıştır (%61,74 kadın, %38,26 ise erkek). Yaş dağılımı 18 ila 92 yaş arasında olup, hastaların medyan yaşı 40 yıl olarak belirlenmiştir. Erkeklerde yaş ortalaması Godet-Mardirossian ve ark.'ın çalışmalarından farklı olarak kadın hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla saptanmıştır ($p=0,025$). Çalışmamız diğer çalışmaların aksine sadece yetişkin hastaları baz alarak yapıldığı için literatür bilgilerinden farklılıkları mevcuttur; ancak sadece yetişkin hastalar ile yapıldığı için literatüre katkı sağlaması açısından değerli bilgiler içerdiği düşüncesindeyiz.

Literatür verileri incelendiğinde akut ürtikerli hastaların %40'ında sadece ürtiker, %50'sinde ürtiker ve anjioödem bir arada, %10'unda ise tek başına anjioödem görüldüğü bilinmektedir (8) (25, 26). Daha önce yapılan çalışmalarda akut ürtiker ve anjioödem birlikteliği %50 saptanmasına karşın bizim çalışmamızda hastaların sadece %9,28'inde akut ürtiker ve anjioödem birlikteliği vardı. Bu oran daha önceki birçok çalışmaya göre daha düşüktür. Dört yüz elli dokuz akut ürtikerli hastanın bulunduğu

bir çalışmada acil servise akut ürtiker ile başvuran hastaların %6,3'ünde anafilaksi ile ilgili semptomlardan biri saptanmasına karışın (25), çalışmamızda hastaların %11,59'unda anafilaksi vardı.

Çalışmamızda hastalar ürtiker plakları ve kaşıntı semptomlarına göre hafif, orta ve ağır şiddette ürtiker olarak sınıflandırıldı. En sık %58,4 oranında hafif şiddette ürtiker saptanırken en az %2,8 oranında ağır şiddette ürtiker saptandı. Sekiz yüz on dört çocuk hastayı kapsayan bir çalışmada ağır ürtiker görülme sıklığı %1,8 olarak tespit edilmiştir (18). Çalışmamız da literatürü destekler şekilde hastaneye ürtiker ile başvuran hastaların yalnız küçük bir kısmının ağır ürtiker tablosunda olan hastalar olduğunu ortaya koymuştur.

Çalışmamızda akut ürtiker en çok %82,03 oranında evde meydana gelmiş olup bunu %11,59 açık hava, %6,1 hastane, %0,14 iş yeri ve %0,14 oranında restoran takip etmekteydi. Godet-Mardirossian ve ark.'ın (24) çalışmalarında ise akut ürtikerin en çok %85,7 oranında evde meydana geldiği; bunu %4,3 iş yeri, %3,8 okul, %2,9 hastane ve %2,4 açık hava takip ettiği saptanmıştır. Akut  rtikerin en sık evde olmasının nedeni ilaç kullanımının evde yapılması, ikinci en sık açık havada olmasının nedeni olarak böcek-arı maruziyetinin daha sık olma ihtimali olduğu düşünülebilir. Hastanede olma oranlarının düşük olması kontrollü medikasyon sağlanması ile ileri gelebilir. Bulgularımız literatür bilgileri ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda hastaların %26,7'sinde eozinofili görülmüştür. Jiraponksananuruk ve ark.'ın (27) çalışmalarında da hastalarının %23,4' nde eozinofili saptanmıştır. Bulgularımız literatür bilgileri ile benzerlik göstermektedir. Eozinofilisi olan ve olmayan hastalarda ürtiker şikayetlerinin ortaya çıkış süresi ve hastanedeki gözlem süreleri incelendiğinde eozinofilisi olmayan hastalarda ürtiker şikayetlerinin ortaya çıkış süresinin anlamlı düzeyde daha kısa ($p=0,007$), hastanedeki gözlem sürelerinin ise anlamlı derecede daha uzun olduğu görülmüştür ($p=0,005$). Bu bağlamda eozinofil düzeylerinin akut ürtiker hastalığının klinik seyri ile ilgili öngörü sağlaması açısından değerli bir parametre olarak düşünülebilir. Literatür incelendiğinde hastalarda eozinofil düzeyi ile akut ürtiker şikayetlerinin gelişme süresi ve hastanedeki gözlem süreleri ile ilgili çalışma bulunamamış olup, çalışmamız bu konuda yapılan ilk çalışma olması nedeniyle literatüre katkı sağlamaktadır.

Losappio L. Ve ark. (25) çalışmalarında akut ürtiker ile acil servise başvuran yetişkinlerin %48,43'ünde akut ürtiker tetikleyici faktörleri saptanabilmiştir. Aynı çalışmada tetikleyici faktörü saptanan hastalarda akut ürtikerin en sık nedeninin %22,51 ile ilaç kaynaklı olduğu görülmüştür. Bunu %10,54 ile böcek sokması ve %7,98 ile gıda kaynaklı nedenler takip etmektedir. Hastaların %9,2'si kronik spontan ürtikerin alevlenmesi ile acil servise başvurmuş ve bunların çoğunu (%76) erişkin hastalar oluşturmakta idi. Çalışmamızda ise hastaların %42,17'sinin idiopatik nedenler nedeniyle akut ürtiker ile acil servise başvurduğu; tetikleyici faktörü saptanan hastalarda akut ürtikerin en sık nedeninin %30,14 ile ilaç kaynaklı olduğu görüldü. Bunu sırasıyla %15,08 böcek-arı sokması, %5,22 gıda ve %1,16 rinozinüzit kaynaklı nedenler takip etmekte idi. Hastalarda %9,57 oranında kronik zeminde gelişen akut ürtiker mevcut idi. Hem Losappio L. ve arkadaşlarının çalışmasında hem de bizim çalışmamızda akut ürtikerin %42'ler düzeyinde etiyolojik nedeni tespit edilemedi. Bu durum bulgularımızın literatür verileri ile uyumlu olduğunu göstermekle birlikte ayırıcı tanı aşamasında klinisyenlerin zaman kaybetmeksizin akut ürtiker için gerekli tedavileri uygulamasının gerekliliğini bir kez daha göstermiştir.

Literatürde ürtiker şikayetlerinin gelişme süresine etki eden faktörler ile ilgili çalışma bulunamamış olup çalışmamız bu konu hakkında ilk çalışma olup literatüre değerli katkılar sağlamaktadır. Çalışmamızda ürtiker şikayetlerinin gelişme süresi yalnızca anafilaksi ile başvuran hastalarda anlamlı derecede daha kısa saptanmıştır. Bununla birlikte enfeksiyon kaynaklı akut ürtiker vakalarında ise bunun aksine akut ürtiker şikayetlerinin ortaya çıkış süresi anlamlı şekilde daha uzun saptanmıştır. İdiopatik, ilaç ve böcek-arı sokması nedenli gelişen akut ürtikerde ise şikayetlerin ortaya çıkış sırası arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Çalışmamızda ilaca bağlı gelişen akut ürtikerin ağır derecede ürtiker yapması ilaç dışı tetikleyici faktörlere göre istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p<0,001$). Ayrıca anjioödem ile başvurma, anafilaksi varlığı, ürtiker öyküsü ve alerjik hastalık öyküsü ürtiker şiddeti ilişkili faktörler olduğu gözlemlenmiştir. Bulgularımız ile ilaç reçete edilen her hastanın geçmiş klinik öyküsünün özellikle akut ürtiker açısından da ne kadar önemli olduğu bir kez daha vurgulanmıştır. Literatür verileri incelendiğinde erişkin hastalarda ürtiker şiddetiyle ilişkili faktörler ile ilgili çalışma bulunamamış

olup çalışmamız bu konuda yapılan ilk çalışma olması nedeniyle literatüre katkı sağlamaktadır.

Güncel rehberler akut ürtiker ile başvuran hastalarda ilk tercih olarak ikinci kuşak antihistaminik kullanımını, yeterli tedavi yanıtı alınamayan hastalarda ise antihistaminik dozunun arttırılmasını önermektedir. Rutin sistemik kortikosteroid kullanımı önerilmemekle birlikte, yalnızca antihistaminik tedavisine yanıt alınamayan şiddetli akut ürtiker vakalarında kısa süreli sistemik kortikosteroid kullanımını önerilmektedir (7) (21). Dört yüz elli dokuz hasta ile yapılan bir çalışmada, acil servise akut ürtiker ile başvuran hastalar esas olarak parenteral glukokortikoid (%93) ve antihistaminik ilaçlar (%78) ile tedavi edilmiş olup nadiren (%8,7 oranında) oral antihistaminik almışlardır (25). Beno ve ark. (28) yapmış oldukları çalışmada da hekimlerin %57,2'sinin antihistaminik tedavisine ek olarak sistemik kortikosteroid kullandıklarını ortaya koymuştur. Çalışmamızda da hastalar esas olarak parenteral steroid ve antihistaminik ilaçlar ile tedavi edilmiş olup, hastaların yalnızca %0,7'sine oral antihistaminik verilmiştir. Bu iki çalışmaya ek olarak çalışmamız da akut ürtiker tedavisinde halen hekimler tarafından yüksek oranda sistemik kortikosteroidlerin tercih edildiğini desteklemektedir. Bunun nedeni olarak acil servis hekimlerinin akut ürtiker ile başvuran hastaları taburcu ettiklerinde daha ağır klinik tablo veya anafilaksi ile tekrar acil servise başvurma kaygısını taşıdıklarıyla açıklanabilir.

Losappio L. Ve ark. (25) çalışmalarında akut ürtikerle başvuran hastaların acil serviste ortalama kalış sürelerini $155 \pm 74,9$ dakika (min=20, maks=420 dakika) olarak saptamışlar, bununla birlikte tetikleyici olarak gıdalar, ilaçlar ve anafilaksinin acil serviste daha uzun süre kalma ile ilişkili bağımsız faktörler olduğunu bildirmişlerdir. Çalışmamız akut ürtikerle başvuran hastaların acil serviste kalış sürelerini araştıran literatürdeki ikinci çalışma olması açısından değerli bilgiler içermektedir. Hastaların gözlem süresi çalışmamızda $0,44 \pm 0,92$ gün (min=0,08, maks=12 gün) saptanmış; akut ürtiker tetikleyici faktörleri ile hastaların hastanedeki gözlem süresi arasındaki ilişki incelendiğinde ise sadece anafilaksi varlığının daha uzun gözlem süresi ile ilişkili bir faktör olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte idiopatik nedenlere bağlı gelişen akut ürtiker vakalarının gözlem süresi ilaç, gıda, böcek arı-sokması ve diğer nedenlere bağlı gelişen akut ürtiker vakalarından daha az saptanmıştır. İdiopatik nedenlere bağlı gelişen akut ürtiker vakalarının çoğunluğu kronik ürtiker tanılı hastalar idi. Bu nedenle

bu hastalara semptomatik tedavi verilip ayaktan takip önerildi. İdiyopatik nedenlere bağlı akut ürtiker ile başvuran hastaların gözlem sürelerinin daha kısa saptanmasının bu durumla ilişkili olduğu düşünüldü. Aynı zamanda hastalarda psikiyatrik hastalık öyküsünün bulunması da çalışmamızda daha az acil serviste gözlem ile ilişkili saptanmıştır. Psikiyatrik hastalık öyküsü olan hastaların ürtiker nedeninden bağımsız olarak takip süreleri dolmadan tedavi red formu imzalayarak acil servisten ayrılmaları sebebiyle acil servis gözlem süreleri daha kısa olarak saptandığı düşünüldü.

Çalışmamızın ana kısıtlılığı retrospektif olarak tasarlanması idi. Kaydedilen verilerin bir kısmı elektronik ortamda kaydedildiği için bazı bilgilere ulaşmada güçlük yaşandı. Örneğin akut ürtikerin ortaya çıkış süresi ve nerede meydana geldiği gibi bazı bilgiler bulunmamakta idi. Çalışmamızın diğer bir kısıtlılığı ise akut ürtiker takip formunun bazı hastalarda sağlıklı doldurulmamasından kaynaklı ürtiker nedeninin belirlenememesi idi. Örneğin akut ürtiker nedeni alerjen kaynaklı (örneğin polen, akar, vs.) olarak listelenen vakalarda bunun temas yolu ile mi yoksa inhalasyon yolu ile mi meydana geldiği açık değildi. Ek ayrıntılar olmadan bu değerlendirmeler doğrulanamadığı için bu hastalar çalışma dışı bırakıldı. Diğer bir kısıtlayıcı faktör ise çalışmamızın sadece üçüncü basamak sağlık birimi olan üniversitemiz hastanesinde yapılmış olmasıdır. Bu nedenle elde ettiğimiz sonuçları toplum geneli için genellemek yanıltıcı olabilir. Bu yüzden bu konuda çok merkezli prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Literatürdeki birçok çalışma pediatrik yaş grubu veya tüm yaş gruplarını içermekte olup, sadece yetişkinlerde akut ürtiker vakalarının epidemiyolojik incelenmesi ile ilgili çalışmalar kısıtlıdır. Çalışmamız akut ürtiker ile başvuran hastaların acil servisteki kalış sürelerini araştıran literatürdeki ikinci çalışmadır. Bu bağlamda çalışmamızın literatüre katkı sağlayan önemli bilgiler içerdiğini düşünmekteyiz.

6. SONUÇ

1. Akut ürtiker hastalarında kadın cinsiyet oranı daha fazla saptandı.
2. Erkek hastaların yaş ortalamaları kadın hastalara göre daha yüksek saptandı.
3. Akut ürtiker en sık evde meydana gelmiş idi.
4. AÜ ile başvuran hastaların hepsinde kaşıntı ve döküntü mevcut olup en az eşlik eden şikayet çarpıntı idi.
5. Akut ürtiker tetikleyici faktörünün en sık nedeni idiopatik kaynaklı nedenler idi, ikinci en sık neden olarak ise ilaç kaynaklı nedenler görülmekteydi.
6. İlaça bağlı gelişen akut ürtikerin şiddetli ürtiker yapması ilaç dışı tetikleyici faktörlere göre daha fazla saptandı.
7. Ürtiker ile ilaç ilişkisine bakıldığında; AÜ nedeni olarak en sık %43,26 oranla anti-enflamatuvar ilaçlar, ikinci en sık neden olarak ise %21,63 oran ile anti-mikrobiyal ilaçlar sorumlu idi.
8. Şiddetli ürtikerde hastaların gözlem süresi hafif ve orta ürtiker ile başvuran hastalardan daha fazla idi.
9. Anjioödem ile başvurma, anafilaksi varlığı, ürtiker öyküsü ve alerjik hastalık öyküsü ürtiker şiddeti ile ilişkili faktörler idi.
10. Ürtiker şikayetlerinin gelişme süresi anafilaksi ile başvuran hastalarda ve eozinofilisi olmayan grupta daha kısa rinosinüzite bağlı gelişen akut ürtiker vakalarında daha uzundu.
11. İdiopatik nedenlere bağlı gelişen akut ürtiker vakalarının gözlem süresi ilaç, gıda, böcek arı-sokması ve diğer nedenlere bağlı gelişen akut ürtiker vakalarından daha az idi.
12. Anafilaksi ile başvuran hastalarda ve eozinofilisi olmayan grupta gözlem süresi daha uzun saptandı.
13. Psikiyatrik hastalık öyküsü olan hastalarda ise acil serviste takip süresinin daha kısa olduğu saptandı.

7. KAYNAKLAR

1. Pier J, Bingemann TA. Urticaria, Angioedema, and Anaphylaxis. *Pediatr Rev.* 2020;41(6):283-92.
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. Wedi B, Raap U, Wieczorek D, Kapp A. Urticaria and infections. *Allergy, Asthma & Clinical Immunology.* 2009;5(1):10.
4. Sabroe RA. Acute urticaria. *Immunol Allergy Clin North Am.* 2014;34(1):11-21.
5. Zuberbier T, Iffländer J, Semmler C, Henz BM. Acute urticaria: clinical aspects and therapeutic responsiveness. *Acta Derm Venereol.* 1996;76(4):295-7.
6. Liu TH, Lin YR, Yang KC, Chou CC, Chang YJ, Wu HP. First attack of acute urticaria in pediatric emergency department. *Pediatr Neonatol.* 2008;49(3):58-64.
7. Zuberbier T, Aberer W, Asero R, Abdul Latiff AH, Baker D, Ballmer-Weber B, et al. The EAACI/GA²LEN/EDF/WAO guideline for the definition, classification, diagnosis and management of urticaria. *Allergy.* 2018;73(7):1393-414.
8. Lin YR, Liu TH, Wu TK, Chang YJ, Chou CC, Wu HP. Predictive factors of the duration of a first-attack acute urticaria in children. *Am J Emerg Med.* 2011;29(8):883-9.
9. Peroni A, Colato C, Schena D, Girolomoni G. Urticarial lesions: if not urticaria, what else? The differential diagnosis of urticaria: part I. Cutaneous diseases. *J Am Acad Dermatol.* 2010;62(4):541-55; quiz 55-6.
10. M. Khandzian et al. / *La Revue de médecine interne* 40 (2019) 166–172 (10)
11. Özçeker DDAUaAiCJoC, 18(1), 1-9. <https://doi.org/10.5222/j.child.2018.53315>.
12. Simonart T, Askenasi R, Lheureux P. Particularities of urticaria seen in the emergency department. *Eur J Emerg Med.* 1994;1(2):80-2.
13. Tedeschi A, Kolkhir P, Asero R, Pogorelov D, Olisova O, Kochergin N, et al. Chronic urticaria and coagulation: pathophysiological and clinical aspects. *Allergy.* 2014;69(6):683-91.
14. Hennino A, Bérard F, Guillot I, Saad N, Rozières A, Nicolas JF. Pathophysiology of urticaria. *Clin Rev Allergy Immunol.* 2006;30(1):3-11.
15. Weller K, Groffik A, Church MK, Hawro T, Krause K, Metz M, et al. Development and validation of the Urticaria Control Test: a patient-reported outcome instrument for assessing urticaria control. *J Allergy Clin Immunol.* 2014;133(5):1365-72, 72.e1-6.
16. Weller K, Groffik A, Magerl M, Tohme N, Martus P, Krause K, et al. Development and construct validation of the angioedema quality of life questionnaire. *Allergy.* 2012;67(10):1289-98.
17. Kulthanan K, Chiawsirikajorn Y, Jiamton S. Acute urticaria: etiologies, clinical course and quality of life. *Asian Pac J Allergy Immunol.* 2008;26(1):1-9.

18. Ricci G, Giannetti A, Belotti T, Dondi A, Bendandi B, Cipriani F, et al. Allergy is not the main trigger of urticaria in children referred to the emergency room. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2010;24(11):1347-8.
19. Frigas E, Park MA. Acute urticaria and angioedema: diagnostic and treatment considerations. *Am J Clin Dermatol*. 2009;10(4):239-50.
20. Göncü EK, Aktan Ş, Atakan Nn, Başkan EBlI, Erdem T, Koca R. The Turkish guideline for the diagnosis and management of urticaria-2016. *Turkderm*. 2016;50(3):82-98.
21. Bernstein JA, Lang DM, Khan DA, Craig T, Dreyfus D, Hsieh F, et al. The diagnosis and management of acute and chronic urticaria: 2014 update. *J Allergy Clin Immunol*. 2014;133(5):1270-7.
22. Ensina LF, Min TK, Félix MMR, de Alcântara CT, Costa C. Acute Urticaria and Anaphylaxis: Differences and Similarities in Clinical Management. *Front Allergy*. 2022;3:840999.
23. Göncü EK, et al. "Türkiye ürtiker tanı ve tedavi kılavuzu-2016." *TÜRKDERM-Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi*50.3 (2016): 82-98.
24. Godet-Mardirossian H, Goddet NS, Dolveck F, Baer M, Fletcher D, Descatha A. Management of acute allergic reactions by dispatching physicians in a Medical Emergency Dispatch Centre. *Emerg Med J*. 2012;29(2):147-51.
25. Losappio L, Heffler E, Bussolino C, Cannito CD, Carpentiere R, Raie A, et al. Acute urticaria presenting in the emergency room of a general hospital. *Eur J Intern Med*. 2014;25(2):147-50.
26. Kaplan AP. Clinical practice. Chronic urticaria and angioedema. *N Engl J Med*. 2002;346(3):175-9.
27. Jirapongsananuruk O, Pongpreuksa S, Sangacharoenkit P, Visitsunthorn N, Vichyanond P. Identification of the etiologies of chronic urticaria in children: a prospective study of 94 patients. *Pediatr Allergy Immunol*. 2010;21(3):508-14.
28. Beno SM, Nadel FM, Alessandrini EA. A survey of emergency department management of acute urticaria in children. *Pediatr Emerg Care*. 2007;23(12):862-8.

8. EKLER

Ek-1

AKUT ÜRTİKER HASTA TAKİP FORMU

Adı soyadı :

Yaşı:

Cinsiyet: E K

Telefon:

Başvuru tarihi:

1- Ürtikerin ilk meydana geldiği yer:

☐ Ev	☐ Okul	☐ Piknik / Kamp
☐ Açık havada	☐ Restorant / Lokanta	☐ Hastane

2- Başvurudaki yakınmalar nelerdir (birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)

- a) Deri bulguları: ☐ Ürtiker ☐ Anjioödem ☐ Kaşıntı ☐ Lezyonda ağrı
b) Solunum sistemi semptomları c) Üriner sistem semptomları d) Nörolojik semptomlar
e) Gastrointestinal semptomlar f) Diğer g) Ateş

3- Yakınmaların süresi:/saat ya da gün (belirtiniz)

4- Hastada anafilaksi bulguları var mı? ☐ Evet ☐ Hayır

5- Hasta **daha önce akut ürtiker** atağı geçirdi mi ? Cevap evet ise kaç kez ?

☐ Hayır ☐ Evetkez

6- Klinik tablo **kronik ürtikerli bir hastanın akut ürtiker atağı mı ?** ☐ Evet

☐ Hayır

(Kronik ürtikerin tanımı: > 6 hafta olan, her gün ya da 2-3 günde bir görülen ürtiker)

7- Hastada **alerjik hastalık** var mı ? ☐ Hayır ☐ Evet ise

a)Astım b) Alerjik rinit c) Besin alerjisi d) İlaç alerjisi e) Atopik dermatit

8- Hastada psikiyatrik ya da psikosomatik hastalık var mı ?

☐ Hayır ☐ Evet ise belirtiniz.....

9- Hastada geçirilmiş cerrahi implantasyon var mı ?

☐ Diş protezi ☐ Diz/kalça protezi ☐ VP şanti ☐ Temiz aralıklı kateterizasyon

☐ Kemikte çivi/platin varlığı ☐ Gastrostomi ☐ Trakeostomi ☐ Kapak protezi / pili

10- Ailede **alerjik hastalık** var mı ? ☐ Hayır ☐ Evet ise

a)Astım b) Alerjik rinit c) Besin alerjisi d) İlaç alerjisi e) Atopik dermatit f) Ürtiker

11- Ürtiker öncesi kolaylaştırıcı faktör (hangisi / hangileri)

☐ Egzersiz	☐ Stres	☐ Premenstruel durum
☐ Yolculuk	☐ Diğer	Adı:

12- Ürtikere neden olan tetikleyici faktör:

☐ Antibiyotik İlacın adı:	☐ Nazofarenjit	☐ Balık
☐ Antiepileptik İlacın adı:	☐ Larenjit	☐ Deniz ürünleri
☐ NSAİD İlacın adı:	☐ Rinosinüzit	☐ Çikolata
☐ IVIG	☐ Epiglottit	☐ Fıstık
☐ Radyokontrast madde	☐ Akut gastroenterit	☐ Ceviz
☐ Demir (IV/PO/IM)	☐ Pnömoni /Bronşit	☐ İnek sütü
☐ TNF-Bloker (infiximab vb)	☐ Üriner sistem enfeksiyonları	☐ Yumurta
☐ Aşı	☐ Selülit	☐ Fındık
☐ Hormon tedavisi	☐ Deri enfeksiyonları	☐ Kivi
☐ Kulak damlası	☐ Akut otitis media	☐ Bal
☐ Göz damlası	☐ Parazit enfestasyonu	☐ Susam / Badem
☐ Laksatif	☐ Kontakt ürtiker	☐ Şeftali / Kayısı
☐ Yılan / Akrep sokması	☐ Arı sokması	☐ Böcek sokması
☐ Bitkisel ilaç İlacın adı:	☐ Lateks	☐ İdyopatik / Diğer

13- Tetikleyici faktöre maruziyet zamanı?

a) Hafta sonu b) Tatil zamanı c) Seyahat sırasında

14- Tetikleyici faktöre maruz kaldıktan ne kadar süre sonra semptomlar başladı?

..... saat ya dadakika

15- Ürtiker semptomlarının toplam süresi?

☐ ≤ 3 gün ☐ 4-7 gün ☐ 8-14 gün ☐ ≥ 15 gün

16- Ürtiker şiddetini (.....) şeklinde belirtilen alana aşağıdaki tabloda işaretleyiniz?

Parametreler	(.....) Hafif	(.....) Orta	(.....) Ağır
Ürtiker lezyon sayısı (24 saatte çıkan)	< 20	20-50	> 50 ya da birleşmiş büyük plak varlığı
Kaşıntı	Sıkıntı verici DEĞİL	Sıkıntı verici Ancak günlük aktiviteyi ve uykuyu ETKİLEMİYOR	Günlük aktiviteyi ve uykuyu ETKİLİYOR

17- Acil serviste uygulanan tedavi yöntemi (birden fazla varsa işaretleyin)

() İM Adrenalin Tekrar sayısı:	Antihistamin () Oral antihistamin () Enjeksiyon antihistamin () Oral+enjeksiyon antihistamin	Steroid () Oral () Enjeksiyon () Oral+enjeksiyon
------------------------------------	---	--

18- Sonuç

Takip süreci;	Taburculuk sonrası tedavi planı	Acil gözlem süresi:
(Birden fazla işaretlenebilir) () Acil Servis Gözlem () Genel servis () Yoğun Bakım () Acilden Eve Taburcu () Kendi isteği ile ayrılma () Ölüm	(Birden fazla işaretlenebilir) () Adrenalin otoenjektör () Antihistaminik () Steroid () Allerji Poliklinik kontrolü	saat Ölüm varsa kaçınıcısaat

Ek-2

ORJİNALLİK RAPORU

% **13**

BENZERLİK ENDEKSİ

% **13**

İNTERNET KAYNAKLARI

% **2**

YAYINLAR

% **3**

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1

acikbilim.yok.gov.tr

İnternet Kaynağı

% **5**

2

cdn.istanbul.edu.tr

İnternet Kaynağı

% **2**

3

dergipark.org.tr

İnternet Kaynağı

% **1**

4

Submitted to Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Öğrenci Ödevi

% **1**

5

openaccess.bezmialem.edu.tr

İnternet Kaynağı

% **1**

6

Submitted to American University in Cairo

Öğrenci Ödevi

<% **1**

7

Submitted to Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Öğrenci Ödevi

<% **1**

8

www.aid.org.tr

İnternet Kaynağı

<% **1**

9

www.researchgate.net

İnternet Kaynağı

<% **1**

Ek-3



**T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/770

09.12.2021

Sayın Prof.Dr.Celal KATI

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz Acil servise başvuran erişkin akut ürtiker vakalarının retrospektif olarak değerlendirilmesi başlıklı OMÜ KAEK 2021/561 Karar nolu Dosya taraması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş ve etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına, çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 11.11.2021 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

Prof.Dr.Kamış ÇOLAK
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı