

Anafilaksiyi Taklit Eden Farklılaşmamış Somatoform Bozukluk

Undifferentiated Somatoform Disorder Masquerading Anaphylaxis: Case Report

Erdem TOPAL,^a
Arzu BAKIRTAŞ,^a
Özlem YILMAZ,^a
İlilge Hacer ERTÖY KARAGÖL,^a
Mehmet Sadık DEMİRSOY,^a
İpek TÜRKTAŞ^a

^aPediyatrik Alerji ve Astım BD,
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

Geliş Tarihi/Received: 07.10.2012
Kabul Tarihi/Accepted: 09.02.2013

Yazışma Adresi/Correspondence:
Erdem TOPAL
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Pediyatrik Alerji ve Astım BD, Ankara,
TÜRKİYE/TURKEY
erdemtopal44@yahoo.com

ÖZET Anafilaksi, şüpheli ajanla karşılaştıktan sonra aniden ortaya çıkan şiddetli, ölümlü sonuçlanabilen ve acil tedavi gerektiren klinik bir tablodur. Kapsamlı bir araştırmaya rağmen etiyolojik ajanın bulunmadığı durumlarda, idiyopatik anafilaksi tanısı konulmaktadır. İdiyopatik anafilaksi tanısını koymadan önce anafilaksi nedenleri dışlanmalı ve ayırıcı tanı yapılmalıdır. Tanıda organik nedenlerle birlikte nonorganik nedenler de göz önünde bulundurulmalıdır. Bu çalışmada, idiyopatik anafilaksi nedeni ile takip edilen, ancak izlemde farklılaşmamış somatoform bozukluk tanısı alan 14 yaşında bir erkek olgu sunulmaktadır, idiyopatik anafilaksi ayırıcı tanısında dikkat edilmesi gereken durumlar vurgulanmış ve ilgili literatür gözden geçirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Anafilaksi; somatoform bozukluklar

ABSTRACT Anaphylaxis is a severe, immediate, life threatening reaction occurring after exposure to a suspicious allergen and requiring prompt treatment. When no causative agent is detected despite extensive evaluations, anaphylaxis is called as "idiopathic anaphylaxis". Before diagnosis of idiopathic anaphylaxis, causes of anaphylaxis should be excluded and differential diagnosis should be made. In the differential diagnosis, organic and as well as non-organic causes should be considered. In this report, a fourteen years old male who was initially diagnosed as idiopathic anaphylaxis but in follow up he was diagnosed as undifferentiated somatoform disorder was presented. Therefore, differential diagnosis of idiopathic anaphylaxis was emphasized and related literature were reviewed.

Key Words: Anaphylaxis; somatoform disorders

Türkiye Klinikleri J Pediatr 2013;22(2):86-9

İdiyopatik anafilaksi (İA), şok veya üst hava yolu obstrüksiyonu sonucu ölüm riski olan ve sebebi açıklanamayan anafilaksi için kullanılan bir terimdir.¹ İlk kez 1978 yılında tanımlanmıştır.² Tanısı, anafilaksi etiyolojisinde yer alabilecek besin, ilaç, arı venomu ve egzersiz gibi nedenler ile mastositozis ve C1 esteraz inhibitör eksikliği gibi hastalıklar dışlandıktan sonra konulmalıdır.^{1,3-6} Tanıda organik nedenlerle birlikte, anafilaksiyi taklit edebilen somatoform bozukluk gibi nonorganik nedenler de göz önünde bulundurulmalıdır. Bu olguyu sunmamızdaki amaç, hekimlerin IA tanısını koymadan önce, hastaları kapsamlı bir şekilde değerlendirmeleri ve ayırıcı tanıda organik nedenlerin yanı sıra nonorganik nedenleri de göz önünde bulundurmaları gerektiğini vurgulamaktır.

OLGU SUNUMU

Acil servis polikliniğinde anafilaksi olduğu düşünülen ve ayrıntılı değerlendirme için çocuk allerji kliniğimize yönlendirilen 14 yaşındaki erkek hastanın başvurusunda ani başlayan nefes darlığı, öksürük, bulantı, kusma ve ellerinde ağrı şikâyeti varmış. Bu esnada ajitasyon dışında diğer muayene bulguları doğal olan hastanın kalp tepe atımı 92, dakika solunum sayısı 28, tansiyonu 125/75 mmHg, oksijen saturasyonu %96 olarak kaydedilmişti. İntramusküler (IM) adrenalin 0,01 mg/kg dozunda yapıldıktan sonra nefes darlığı hissinin geçtiği kaydedilmişti.

Öyküsünden, hastaya başka bir sağlık kuruluşunda sekiz ay önce Tip I diabetes mellitus (DM), altı ay önce de İA tanısı konulduğu ve şu ana kadar beş kez anafilaksi olarak kabul edilen atak geçirdiği, en son anafilaksi atağını da dört hafta önce geçirdiği, ancak bu atakların hiçbirinde etiyolojik ajanın saptanamadığı öğrenildi. Hastanın anamnezi derinleştirildiğinde, ilk defa altı ay önce şüpheli ajanla karşılaşma öyküsü olmadan nefes darlığı, öksürük, kaşıntı, birkaç ürtikeryal döküntü ve karın ağrısı şikâyetleri olduğu, başvurduğu sağlık kuruluşunda arteriyel tansiyonunun 110/70 mmHg olarak ölçüldüğü, hastada anafilaksi tanısı düşünüldüğü ve IM adrenalin yapıldığı öğrenildi. Dört hafta önce de sık tekrarlayan İA tanısı düşünülerek metilprednizolon (1 mg/kg/gün) ve H1 reseptör antagonist tedavisi başlanılmıştı. Önceki sağlık kuruluşunda yapılan tetkiklerinde, tam kan sayımı, sedimentasyon, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri ve kompleman (C3,C4) seviyeleri normaldi. Mastositozis açısından bakılan bazal serum triptaz düzeyi: 2,3 ng/mL, nöroendokrin tümörler (feokrositoma, karsinoid tümör vb.) açısından 24 saatlik idrarda bakılan 5-hidroksi indol asetik asit (5-HIAA) düzeyi 4,0 mg/24 saat (normali: 1,3-8,7 mg/24 saat), vanil mandelik asit (VMA) düzeyi 2,5 µg/24 saat (normali: 1,6-10,6 µg/24 saat) ve serum nöron spesifik enolaz (NSE) düzeyi 10,1 ng/mL (normali: 5,4-12,9 ng/mL) idi. Kranial manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ile boyun, toraks ve abdominal bilgisayarlı tomografi (BT) normaldi. Nöroendokrin tümörler açısından In-111 octreotit ile yapılan tüm vücut

sintigrafisinde tutulum yoktu. Tüm besin panelini içerecek şekilde bakılan spesifik immünglobulin (Ig) E ve deri prik testinde besin allerjenlerine karşı duyarlılık saptanmamış ve yapılan solunum fonksiyon testleri normal olarak bulunmuştu.

Hastanın bir aydır sistemik steroid ve antihistaminik tedavisine rağmen anafilaksiyi düşündürülen ataklarının devam etmesi nedeni ile İA tanısı yeniden gözden geçirildi ve öykü derinleştirildi. Hastanın bu yıl okul değiştirdiği ve geçirdiği atakların sınav öncesi döneme denk geldiği öğrenildi. Ayrıca, son dönemlerde anafilaksi tanısı düşünülen ataklarda nefes darlığı, karın ağrısı ve kaşıntı gibi subjektif bulguların olması nedeni ile İA tanısından uzaklaşıldı ve çocuk psikiyatristine konsülte edildi.

Çocuk psikiyatrisinde değerlendirilen hastaya farklılaşmamış somatoform bozukluk tanısı konuldu. Hastanın tedavisinde bilişsel davranışçı terapi yöntemi seçildi. Aldığı metilprednizolon ve antihistaminik tedavileri kesildi. Şu ana kadar olan dokuz aylık takibinde anafilaksi benzeri reaksiyon gözlenmedi.

Bu olgunun sunulması için hasta ve ebeveyninden “bilgilendirilmiş olur” alınmıştır.

TARTIŞMA

İA tanısı, anafilaksi etiyolojisinde yer alabilecek besin, ilaç, arı venomu ve egzersiz gibi nedenler ile mastositozis ve C1 esteraz inhibitör eksikliği gibi hastalıklar dışlandıktan sonra konulmalıdır.^{1,3-6} İA klinik bulgularına göre iki gruba ayrılmaktadır.^{7,8} Birincisi, ürtiker ve anjiyoödeme bronkospazm, stridor, senkop, hipotansiyon ve bazen de karın ağrısının eşlik ettiği İA-jeneralize form (İA-G); ikincisi ise anjiyoödem ve yaygın ürtikere farinks, larinks ve dilde şiddetli ödemin eşlik ettiği İA-anjiyoödem formudur (IA-A). İdiyopatik anafilaksi-anjiyoödem formunda hastaların serum C4 konsantrasyonu normaldir ve C1 esteraz eksikliği veya disfonksiyonu söz konusu değildir. Anafilaksi epizodlarının sıklığı son iki ayda ikiden daha fazla ya da yılda altıdan daha fazla ise sık tekrarlayan İA'dan söz edilir.⁸

İA tanısını koymadan önce mutlaka ayrıntı tanı yapılmalı, organik nedenlerin yanı sıra nonor-

ganik nedenler de göz önünde bulundurulmalıdır (Tablo 1).^{1,9} Ayırıcı tanı için gerekli görüldüğü durumlarda ileri tetkikler yapılmalıdır (Tablo 2).¹ Olgumuz, kliniğimize başvurmadan önce organik nedenler açısından tetkik edildikten sonra İA ta-

nısı almış, ancak nonorganik nedenler açısından detaylı bir şekilde değerlendirilmemiştir.

Nonorganik nedenlerden olan farklılaşmamış somatoform anafilaksi tanısı konulan hastalar, nefes darlığı, boğulma hissi ve bayılma gibi şikâyetlerin gerçek olduğuna inanırlar. Ancak bu hastalarda üst ve alt solunum yolu obstrüksiyonunu veya hipotansiyonu gösteren hiçbir objektif bulgu yoktur.¹⁰ Çoğu hasta, bu durumun altta yatan bir anksiyete ya da stresten kaynaklandığını kabul etmez ve psikiyatrik yardım almayı reddeder. Bu hastalara İA tanısı düşünülüp ampirik sistemik steroid profilaksisi başlanılmışsa, öncelikle bu tedavi kesilmelidir. Olgumuza da sekiz ay önce Tip I DM tanısı konulmuş ve hasta aynı yıl okul değiştirmişti. Olgumuzun yeni okula ve sınavlara karşı uyumsuzluğu vardı. Geçirdiği atakların çoğunluğu sınavdan önceki günlere denk geliyordu. Olgumuzda sık tekrarlayan İA tanısı düşünülmüş ve sistemik steroid tedavisi başlanılmıştı. Ancak bu tedaviye rağmen ataklarının devam etmesi ve anafilaksi tanımını düşündüren bulguların subjektif karakterde olması nedeni ile çocuk psikiyatristine konsülte edildi. Çocuk psikiyatristi farklılaşmamış somatoform bozukluk tanısı koydu. Bu tanıdan sonra, başlanmış olan ampirik metilprednizolon tedavisini sonlandırdık.

İA'da ataklar sık tekrarlıyorsa (son iki ayda 2 atak veya >6 atak/yıl), ilk hafta 60-100 mg/gün, sonraki iki hafta günde 60 mg/gün dozunda prednison ve günlük 10 mg seitrizin veya eş değeri H1 reseptör antagonistinden oluşan ampirik tedavi önerilmektedir.^{7,11,12} Bu ampirik tedaviye rağmen özellikle ilk iki-üç haftada yoğun prednisolon tedavisi alırken atakları devam eden olgularda, farklılaşmamış somatoform bozukluk ve panik atağı da içerecek şekilde ayırıcı tanının yeniden gözden geçirilmesi gerekir.¹ Benzer şekilde, olgumuzun da ilk bir ayda almış olduğu ampirik tedaviye rağmen ataklarının devam etmesi nedeni ile farklılaşmamış somatoform bozukluk olabileceği düşünülmüştü.

Sonuç olarak, İA tanısı, anafilaksiye neden olabilecek tüm nedenler dışlandıktan sonra konulmalıdır. Bu tanıyı koymadan önce hastalar öykü, klinik ve laboratuvar tetkikleri açısından kapsamlı bir şe-

TABLO 1: İdiyopatik anafilaksinin ayırıcı tanısı.*

Sebebi belirlenebilen Tip 1 aracı reaksiyonlar
IgE aracı reaksiyonlar
Besin
Besin katkı maddeleri
İlaçlar
Arı venom
Egzersiz ile uyarılan anafilaksi
Besin ve egzersiz ile uyarılan anafilaksi
Non-IgE aracı
İlaçlar
Aspirin
Nonsteroid antiinflatuar ilaçlar
Anjiyotensin konverting enzim inhibitörleri
Anjiyotensin reseptör blokleri
Opioidler
Radyokontrast maddeler
Endojen histamin üretimindeki artışa bağlı durumlar
Sistemik mastositozis
Ürtikerya pigmentoza
Bazofilik lösemi
Akut promiyelositer lösemi (tretinoin tedavisi)
Hidatik kist
Ağır astım atağı
Sınıflandırılmayan durumlar
Herediter anjiyoödem
Feokrositoma
Karsinoid sendrom
Psödoanafilaksi
Histamin içeren yiyecekler
Nörolojik nedenler (nöbet, inme)
Red man sendromu (vankomisin)
Hiperimmünglobulin E, ürtikerya sendromu
Kapiller sızıntı sendromu
Munchausen anafilaksi
Nonorganik hastalıklar
Farklılaşmamış somatoform idiyopatik anafilaksi
Panik atak
Globus histerikus
Munchausen's stridor
Vokal kord disfonksiyon sendromu

*Kaynak 1 ve 9'dan uyarlanmıştır.

TABLO 2: İdiyopatik anafilaksiden şüphelenildiğinde yapılması gereken tetkikler.¹

İstenilecek tetkik	Ayrırcı tanıda düşünölen hastalık
İdrar histamin veya metabolitleri	Mast hücre aktivasyonunu göstermek için yapılır
Plazma histamin, serum triptaz	Sürekli yükseklik sistemik mastositozis tanısını destekler
Serotonin metabolitleri (5-HIAA*),VMA**	Nöroendokrin tümörleri (karsinoid tm, feokrositoma)
Kompleman (C4) düzeyi	İdiyopatik anafilakside normaldir
Besin allerjenleriyle SPT***	Etiyolojide besin allerjenlerini belirlemek için
Besin katkı maddeleriyle SPT	Etiyolojide besin katkı maddelerini belirlemek için
Lateks ile SPT	Etiyolojide lateksi belirlemek için
Penisilin minör determinanti ile SPT	Majör determinanta karşı duyarlılık tespit edilemediği durumlarda penisilin allerjisini doğrulamak için
Kemik iliği biyopsisi, deri biyopsisi	Sistemik mastositozis
Kemik görüntölemesi	
Üç ay boyunca prednison ve H1 reseptör antagonisti ile ampirik tedavi	Tedaviye rağmen ataklar devam ediyorsa idiyopatik anafilaksi dışındaki hastalıklar düşünölmelidir

*5-HIAA: 5 Hidroksi İndol Asetik Asit; **VMA: Vanil Mandelik Asit; ***SPT: Skin prik test.

kilde değerlendirilmeli ve ayrırcı tanı yapılmalıdır. Ayrıca, İA'yı taklit edebilecek nonorganik nedenler göz önünde bulundurulmalıdır. İA düşünölüp baş-

lanılan ampirik tedaviye yanıt vermeyen olgularda, farklılaşmamış somatoform bozukluk ve/veya panik atak gibi nonorganik nedenler de akla gelmelidir.

KAYNAKLAR

- Greenberger PA. Idiopathic anaphylaxis. *Immunol Allergy Clin North Am* 2007;27(2):273-93.
- Bacal E, Patterson R, Zeiss CR. Evaluation of severe (anaphylactic) reactions. *Clin Allergy* 1978;8(3):295-304.
- Yeşillik S, Çalışkaner AZ. [Anaphylaxis and diseases involved with anaphylaxis]. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics* 2011;2(1): 41-5.
- Gölbahar O. [Differential diagnosis and the laboratory in anaphylaxis]. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci* 2005;1(23):23-30.
- Sampson HA, Muñoz-Furlong A, Bock SA, Schmitt C, Bass R, Chowdhury BA, et al. Symposium on the definition and management of anaphylaxis: summary report. *J Allergy Clin Immunol* 2005;115(3):584-91.
- Lieberman P, Nicklas RA, Oppenheimer J, Kemp SF, Lang DM, Bernstein DI, et al. The diagnosis and management of anaphylaxis practice parameter: 2010 update. *J Allergy Clin Immunol* 2010;126(3):477-80.
- Ditto AM, Harris KE, Krasnick J, Miller MA, Patterson R. Idiopathic anaphylaxis: a series of 335 cases. *Ann Allergy Asthma Immunol* 1996;77(10):285-91.
- Patterson R, Stoloff RS, Greenberger PA, Grammer LC, Harris KE. Algorithms for the diagnosis and management of idiopathic anaphylaxis. *Ann Allergy* 1993;71(1):40-4.
- Lieberman PL. Anaphylaxis. In: Adkinson NF, Bochner BS, Busse WW, Holgate ST, Lemanske RF, Simons FER, eds. *Middleton's Allergy: Principles and Practice*. 7th ed. Philadelphia, USA: Mosby; 2009. p.1027-49.
- Choy AC, Patterson R, Patterson DR, Grammer LC, Greenberger PA, McGrath KG, et al. Undifferentiated somatoform idiopathic anaphylaxis: non organic symptoms mimicking idiopathic anaphylaxis. *J Allergy Clin Immunol* 1995;96(6 Pt 1):893-900.
- Boxer MB, Greenberger PA, Patterson R. The impact of prednisone in life threatening idiopathic anaphylaxis: reduction in acute episodes and medical costs. *Ann Allergy* 1989; 62(3):201-4.
- Wong S, Yarnold PR, Yango C, Patterson R, Harris KE. Outcome of prophylactic therapy for idiopathic anaphylaxis. *Ann Intern Med* 1991;114(2):133-6.