

OLGU SUNUMU

Arı sokmasını takiben konvulziyon geliştiren iki olgu sunumu

Selçuk Bektaş, Erdal Peker, Eren Çağın, Murat Doğan, Avni Kaya, Ertan Sal, Hüseyin Çaksen

Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Bölümü, Van

Özet

Arı sokmasına bağlı genelde aşırı duyarlılık belirtileri ortaya çıkar. Konvülziyon nadir olarak görülebilen bir bulgudur. Burada arı sokmasını takiben nöbet geçiren ve etiyojide başka neden saptanamayan 2 olgu sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: arı, konvülziyon, belirti

Convulsion after bee sting: two cases report

Symptoms due to bee stings generally are hypersensitivity reactions. Convulsion is rarely seen. In this report, two cases presented seizure no identify risk factor due to bee sting.

Key Words: bee, convulsion, sign

Böcek sokmalarına karşı alerjik reaksiyonlar en sık arılarla olmaktadır. Arı alerjisinin diğer allerjilerden farklılıkları vardır. Allerjenin enjeksiyonla alınması gerekmektedir.

Arı venomu (zehiri) peptidler, enzim etkisi olmayan proteinler (apamin, melitin, kinin, mastoparan), enzimler (fosfolipaz A ve B, hiyaluronidaz) ve vazoaktif aminler (histamin ve serotonin) içerir. Bal arısı (Apis mellifera) venomunda türe bağlı olarak tek tip fosfolipaz bulunmasına karşın yaban arısı (Apocrita vespidae) ve eşek arısında (Vespa crabro) farklı tipte fosfolipazların bulunması, arı sokmalarına karşı değişik şiddette alerjik olayların ortaya çıkmasına neden olur. İmmünolojik toksik yanıt bireysel duyarlılığa göre değişir (1). Arı sokması sonucunda kişinin immun yapısına göre sadece lokal, aşırı duyarlılık belirtileri ve immünolojik olmayan toksik belirtiler olarak üçe ayrılır. Bölgesel belirtiler; Sokma bölgesinde ağrı, kaşıntı ve kızarıklık (1-3). Aşırı duyarlılık belirtileri; Hafif (baş ağrısı, ateş, halsizlik, kızarıklık, eklem ağrısı), orta dereceli (baş dönmesi, karın ağrısı, bulantı, kusma, hırıltılı solunum, sokulan yerin şişmesi) ya da, şiddetli (nefes almada zorlanma, kasılma, konuşma yeteneğinde ve duyuda zayıflama) belirtiler görülebilir. Kan basıncı düşmesi, bilinç kaybı ve solunum güçlüğü kötüye gidiş işaretleridir. Ağız, dil ve boğaz gibi ödemi solunum güçlüğüne neden olan bölgelerden arı sokmasının sonuçları daha ağırdır. Duyarlı kişilerde 5-8 dakika içinde şiddetli bulgular ortaya çıkabilir, 20-30 dakika içinde, bilinç kaybı, solunum güçlüğü, hipotansiyon gelişebilir. İmmünolojik olmayan toksik belirtiler: Ödem, kusma, ishal, baş ağrısı, hipotansiyon, konvülziyon, koma, böbrek yetmezliği çok sayıda arının sokması sonucu oluşur. Geç belirtiler hemoliz, pıhtılaşma

Yazışma Adresi:

Dr. Erdal Peker
Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniėi, 65100 VAN
GSM: 0 532 7116054
E-mail: pekererdal@hotmail.com

bozuklukları, trombositopeni, rabdomyoliz, karaciğer yetmezliği ve yaygın damar içi pıhtılaşmadır (1-6).

Biz arı sokması sonrasında konvülziyon geçiren ve etiolojide başka nedenin bulunmadığı iki olgu sunduk.

Olgu 1

Altı yaşında erkek hasta havale geçirme, anlamsız şekilde konuşma ve ajitasyon şikâyetleri ile getirildi. Ebeveynlerden alınan öyküden, evin bahçesinde oyun oynarken bir arının hastamızın sol kolunu soktuktan 8 saat sonra ateşsiz dönemde 1,5 saat arayla 1 dakika ve 30 saniye kadar süren iki kez jeneralize tonik klonik nöbet geçirdiği öğrenildi. Özgeçmiş sorgulamasında, daha önceden arı-böcek sokmasına maruz kalmadığı, atopik bir yapısının olmadığı ve büyüme-gelişmesinin normal seyrettiği öğrenildi. Fizik muayenesinde genel durum orta, bilinci kapalı, pupiller bilateral myotik ve ışık refleksi zayıf alınıyordu. Arterial tansiyon 90/70 mmHg, kalp tepe atımı 128/dakika, vücut sıcaklığı 36,5 °C, solunum sayısı 42/dakika idi. Ense sertliği olmayan hastanın derin tendon refleksleri bilateral hafif aktif ve plantar cevap bilateral extansör idi. Sol ön kol medialde arı sokmasına bağlı 2x2 cm ebadında hiperemik eritemli lezyonu mevcut idi. Diğer sistem muayenelerinde özellik olmayan hastanın büyüme-gelişmesi normal sınırlarda değerlendirildi. Hemogram, serum elektrolitleri, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri ve beyin tomografisi normaldi. EEG'de bilateral fronto-temporal bölgelerde epileptiform anomali saptandı.

Klinik olarak olgu, arı sokmasına bağlı konvülziyon gelişmesi olarak değerlendirildi. Gelişte ilk olarak anti-alerjik/anafaktik koruyucu tedavi uygulandı. Bu amaçla önce damar yolu açıldı ve antihistaminik olarak bir H1 reseptör antagonisti olan feniramin maleat, 1 mg/kg dozda sulandırılmış yavaş puşe, metil prednizolon 1m/kg dozda sulandırılmış yavaş puşe i.v uygulandı. Hastanın konvülziyonu olduğundan dolayı da fenitoin sodyum yükleme ve idame verilip takibi düşünülerek acil gözlemlerde izleme alındı. İzleminde vital bulguları stabil olarak seyretti. Acil serviste tedavisi tamamlanan olgu, oral fenitoin idame ilaç tedavisi ve korunma önerileri verilerek, çocuk nöroloji polikliniği kontrolüne çağrılmak üzere taburcu edildi.

Olgu 2

Altı yaşında kız hasta, bilinç kaybı ve konvülziyon geçirme şikâyeti ile getirildi. Hikâyesinden bir arının hastamızın yüzünün sağ

tarafını soktuğu ve 6 saat sonra ateşsiz dönemde 20 dakika arayla iki defa 15'er dakika kadar süren sağ koluna lokalize konvülziyon geçirdiği ve bilinç kaybı geliştiği öğrenildi. Özgeçmiş sorgulamasında, daha önceden arı-böcek sokmasına maruz kalmadığı, atopik bir yapısının olmadığı ve büyüme-gelişmesinin normal olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde genel durum orta, bilinci kapalı, göz küreleri sola deviye pupiller bilateral myotik ve ışık refleksi zayıf alınıyordu. Arterial tansiyon 100/70 mmHg, kalp tepe atımı 132/dakika, vücut sıcaklığı 37,2 °C, solunum sayısı 24/dakika idi. Dinlemekle solunum sesleri bilateral kaba, bradipnesi mevcut idi. Ense sertliği olmayan hastanın derin tendon refleksleri bilateral hafif aktif ve plantar cevap bilateral extansör idi. Hastamızın baş boyun bölgesinde arı sokmasına ait bir lezyon yok idi. Diğer sistem muayenelerinde özellik yoktu. Hemogram, serum elektrolitleri, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri ve beyin tomografisi ve EEG'si normaldi.

Klinik olarak olgu, arı sokmasına bağlı konvülziyon gelişmesi olarak değerlendirildi. Gelişte ilk olarak anti-alerjik/anafaktik koruyucu tedavi uygulandı. Bu amaçla önce solüsyonu ile damar yolu açıldı ve antihistaminik olarak bir H1 reseptör antagonisti olan feniramin maleat, 1 mg/kg dozda sulandırılmış yavaş puşe, metil prednizolon 1m/kg dozda sulandırılmış yavaş puşe i.v uygulandı. Hastanın konvülziyonu olduğundan dolayı da fenitoin sodyum yükleme ve idame verilip takibi düşünülerek acil gözlemlerde izleme alındı. İzleminde vital bulguları stabil olarak seyretti. Acil serviste tedavisi tamamlanan olgu, oral fenitoin idame ilaç tedavisi ve korunma önerileri verilerek, çocuk nöroloji polikliniği kontrolüne çağrılmak üzere taburcu edildi.

Tartışma

Ülkemizde arı sokmalarına bağlı anafilaksi oranı yapılan birkaç çalışmada bu oran %2 civarında bulunmuştur (2). Ciddi alerjik reaksiyon hemen her yaşta görülmekle birlikte en sık 20 yaşından önce görülür ve erkeklerde 2 kat fazladır. Venom spesifik IgE tespit edilebilen bu hastalarda sonraki arı sokmalarında anafilaksi riski bulunabilir. Çocuklarda görülen reaksiyonlar erişkinlere göre daha az ciddidir ve arı alerjisi çocuklarda daha iyi seyirlidir. Çocukların %60'ında reaksiyon sadece deriye lokalizedir ve anafaktik şok veya vasküler semptomlar daha nadir görülür (7).

Arı sokmasına bağlı akut alerjik reaksiyonlarda tanı öyküye göre konur. Bal arısı soktuğu yerde iğnesini bıraktığı için kolay tanınır (5-7). Olgumuzun ebeveynlerinden alınan öykü ve fizik muayene bulguları, birinci vakada arı sokmasına

bağlı lokal alerjik reaksiyon ile uyumludur. Alerjik reaksiyonlar arının sokması ile belirti ve bulguların ortaya çıkması arasındaki zamana göre erken ve gecikmiş tip olmak üzere 2'ye ayrılır. Erken reaksiyonlar 4 saatten önce ortaya çıkar ve lokal reaksiyonlardan, izole ürtiker, anjiödem, anafilaksi, ve ölüme kadar değişebilen reaksiyonlar görülür. Ölüm genellikle kardiyovasküler şok ve hipotansiyon nedeniyledir. İmmünolojik olmayan toksik belirtiler gecikmiş reaksiyonlar gibidir. Bunlar IgE aracılığıyla olmayan belirtilerdir arı soktukten birkaç saat, birkaç gün, hatta haftalar sonra ortaya çıkabilir ve uzun süre devam edebilir. Arı sokmasından sonra vaskülit, nefroz, glomerulonefrit, serum hastalığı, nörolojik reaksiyonlar (konvülsiyon, koma, ensefalit) ödem, kusma, ishal, baş ağrısı, hipotansiyon, koagülasyon bozuklukları, periferik nöropati, koagülasyon bozuklukları, periferik nöropati böbrek yetmezliği çok sayıda arının sokması sonucu oluşur (7, 8). Olgularımızdaki bulgular immünolojik olmayan toksik belirtiler ile uyumlu idi.

Tedavi geniş lokal reaksiyonlarda soğuk uygulaması, oral/parenteral analjezik, antihistaminik kullanımının yanı sıra kısa süreli sistemik kortikosteroid kullanımı şeklindedir. Arı sokmasına bağlı ortaya çıkan akut alerjik reaksiyonlar diğer nedenlerle oluşan anafilaksi gibi tedavi edilir. Olgularımıza acil serviste önerilen tedavi protokollerine göre anti-allerjik ve koruyucu anti-anafilaktik tedaviler uygulandı (5-8). Arı sokmalarından korunmada genel önlemler olarak piknik ve kırsal alanlarda uzun kollu kıyafetler giyilmesi, renkli kıyafetlerden kaçınılması ve aromatik kokuların kullanımından kaçınılması, arıların bol olduğu bölgelerde arı yuvası oluşunu önlemek için özel insektisit kullanımı, ev ve çevresindeki çöplerin kısa zamanda uzaklaştırılması sayılabilir (5-8).

Arı sokmalarına bağlı konvulziyon, genellikle alınan doz ile ilişkili olup bu tür nöbetler davranışsal nöbetler olarak nitelendirilmiştir. Arı zehirini içeren fosfolipaz A2 verilen farelerde, bu maddelerin nöronların spesifik bölgelerindeki

ilgili reseptörlere bağlanarak konvulziyon meydana getirdiği savunulmaktadır. Bunlara bağlı konvulziyonların, kalsiyum ve potasyum kanalları veya NMDA ve GABA reseptörlerini bloke etmekle durdurulmadığı belirtilmektedir (9).

Hastalarımızda arı sokması dışında konvülziyonlarını açıklayabilecek risk faktörü bulunamadı. Hastalarımızın izlemlerinde nöbetleri tekrarlamadı. Bu vakalar dolayısıyla arı sokması sonrasında konvülziyon görülebileceğini vurgulamak isteriz.

Kaynaklar

1. Clarck RF. Hymenoptera. In: Olson KR, ed. Poisoning and Drug Overdose, 4th edition, NewYork, LangeMedical Books/McGrawHill. 2004. pp: 225-226.
2. Aytekin A.M. Arılar ve Yaban Arıları. Astım Allerji İmmünoloji 2006; 4: 5-9.
3. Kosnik M. Anaphylaxis to venom without IgE antibody. Allergy. 2000; 55: 676-83.
4. Jirapongsananuruk O, Bunsawansong W, Piyaphanee N, Visitsunthorn N, Thongngarm T, Vichyanond P. Features of patients with anaphylaxis admitted to a university hospital. Ann Allergy Asthma Immunol. 2007; 98: 157-162.
5. Müler UR. Hymenoptera venom hypersensitivity: An Update. Clin Exp Allergy. 1998; 28: 4-6.
6. Kalyoncu AF. Honey allergy in Ankara. Allergy. 1997; 52: 876-877.
7. Kalyoncu AF, Demir AU, Ozcan U, Ozkuyumcu C, Sahin AA, Barış YI. Bee and wasp venom allergy in Turkey. Ann Allergy Asthma Immunol. 1997; 78: 408-412.
8. Golden DB, Marsh DG, Freidhoff LR. Natural history of Hymenoptera venom sensitivity in adults. J Allergy Clin Immunol 1997; 100: 760-766.
9. Gandolfo G, Lambeau G, Lazdunski M, Gottesmann C. Effects on behaviour and EEG of single chain phospholipases A2 from snake and bee venoms injected into rat brain: search for a functional antagonism. Pharmacol Toxicol. 1996; 78: 341-347.