

Dostępne online www.sciencedirect.com

journal homepage: www.elsevier.com/locate/alergo

Praca poglądowa/Review

Anafilaksja. Sytuacje szczególne



Anaphylaxis. Special situations

Łukasz Błazowski^{1,2,*}, Barbara Rogala³, Ewa Cichocka-Jarosz⁴,
Jerzy Kruszewski⁵, Piotr Kuna⁶, Bolesław Samoliński⁷

¹ Oddział Pediatrii i Alergologii Szpital Specjalistyczny w Jasle, Kierownik Oddziału: dr n. med. Łukasz Błazowski, Jasło, Polska

² Klinika Alergologii i Pneumonologii Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc Oddział Terenowy w Rabce-Zdroju, Kierownik Kliniki: Prof. dr hab. med. Ryszard Kurzawa, Rabka, Polska

³ Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Alergologii i Immunologii Klinicznej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Kierownik Kliniki: Prof. dr hab. med. Barbara Rogala, Katowice, Polska

⁴ Klinika Chorób Dzieci Katedry Pediatrii UJ Wydziału Lekarskiego w Krakowie, Kierownik Kliniki: Prof. dr hab. med. Jacek J. Pietrzyk, Kraków, Polska

⁵ Klinika Chorób Infekcyjnych i Alergologicznych Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie, Kierownik Kliniki: Prof. dr hab. med. Jerzy Kruszewski, Warszawa, Polska

⁶ Klinika Chorób Wewnętrznych, Astmy i Alergii, Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. N. Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Kierownik Kliniki: Prof. dr hab. med. Piotr Kuna, Łódź, Polska

⁷ Zakład Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych i Alergologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Kierownik Zakładu: Prof. dr hab. med. Bolesław Samoliński, Warszawa, Polska

INFORMACJE O ARTYKULE

Historia artykułu:

Otrzymano: 28.09.2014

Zaakceptowano: 02.10.2014

Dostępne online: 07.10.2014

Słowa kluczowe:

- anafilaksja
- czynniki ryzyka
- leczenie
- adrenalina

Keywords:

- Anaphylaxis
- Risk factors
- Treatment
- Adrenaline

ABSTRACT

The paper presented selected problems regarding anaphylaxis and special situations connected with allergological practice, especially in the field of consultation medicine to another physician.

© 2014 Polish Society of Allergology. Published by Elsevier Urban & Partner Sp. z o.o. All rights reserved.

* Adres do korespondencji: Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc OT w Rabce-Zdroju Klinika Alergologii i Pneumonologii, ul. Prof. Jana Rudnika 3b, 34-700 Rabka Zdrój, Polska. Tel.: +48 18 267 60 60.

Adres email: l.blazowski@gmail.com (Ł. Błazowski).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.alergo.2014.10.001>

2353-3854/© 2014 Polish Society of Allergology. Published by Elsevier Urban & Partner Sp. z o.o. All rights reserved.

Rozpoznanie anafilaksji

Rozpoznanie reakcji anafilaktycznej opiera się na ocenie objawów klinicznych z poszczególnych narządów i układów (skóra i błony śluzowe, układ oddechowy, układ krążenia, układ pokarmowy) w zależności od dostępnych informacji na temat możliwego kontaktu z alergenem/czynnikiem wywołującym. Szczegółowe informacje zawarte są m.in. w opracowaniu Polskiego Towarzystwa Alergologicznego [1–3].

Praktyka alergologiczna jako ryzyko reakcji anafilaktycznej

Podstawową metodą diagnostyczną w alergologii są testy skórne. Punktowe testy skórne, a zwłaszcza testy śródskórne, mogą być przyczyną rozwoju reakcji anafilaktycznej. W piśmiennictwie odnotowano 6 zgonów związanych z wykonywaniem testów śródskórnych oraz 1 zgon w trakcie wykonywania testów skórnych metodą *scratch* z 90 alergenami pokarmowymi [4, 5].

Podstawą leczenia chorób alergicznych jest swoista immunoterapia alergenowa. Zagrożające życiu, skrajnie ciężkie reakcje systemowe w trakcie podskórnej immunoterapii alergenowej (SCIT) zdarzają się z częstością 1:185 000 iniekcji, natomiast zgony występują z częstością 1 na 2,5 mln iniekcji [5, 6]. Blisko 50% reakcji śmiertelnych rozpoczęło się w pierwszych 10 minutach po iniekcji. Do 2014 roku opisano kilkanaście przypadków reakcji anafilaktycznych związanych z immunoterapią podjęzykową, jednak żadna z tych reakcji nie zakończyła się zgonem [7, 8].

Pamiętać należy, że do najważniejszych czynników ryzyka anafilaksji w trakcie immunoterapii alergenowej (zarówno podskórnej, jak i podjęzykowej) należą: złe kontrolowana astma, błąd w dawkowaniu oraz poprzednie reakcje systemowe w trakcie immunoterapii [9].

Próby prowokacyjne z alergenami pokarmowymi są złotym standardem w diagnostyce alergii na pokarmy. Próby prowokacyjne mogą być przyczyną reakcji anafilaktycznej. W grupie pacjentów z dodatnim wynikiem próby prowokacyjnej u 61% wystąpiła reakcja anafilaktyczna w stopniu umiarkowanym lub ciężkim [10]. W przypadku dodatniej próby prowokacyjnej 11% pacjentów wymagało podania adrenalinę, a 6% pacjentów, którym podano adrenalinę, wymagało podania jej drugiej dawki [11].

Omalizumab, chimeryczne ludzko-mysie przeciwciało monoklonalne stosowane w leczeniu astmy ciężkiej, może być przyczyną anafilaksji w związku z obecnością białek obcych gatunkowo (5% cząsteczki leku). Częstość anafilaksji po podaniu omalizumabu jest niska (0,2%), a jej mechanizm jest nieznany. Przed każdą iniekcją stan pacjenta powinien być oceniony w taki sam sposób jak przed iniekcją szczepionki alergenowej w trakcie immunoterapii. Ponieważ reakcje anafilaktyczne na omalizumab mogą zacząć się z opóźnieniem, obowiązuje 2-godzinny okres obserwacji po pierwszych trzech iniekcjach oraz 30-minutowy po każdej następnej dawce omalizumabu [12]. Uważa się, że pacjenci będący w trakcie terapii omalizumabem powinni być zaopatrzeni w adrenalinę do samodzielnego podania [13].

Niezwykle ważne jest, aby alergolog raz w miesiącu oraz po każdym epizodzie leczenia reakcji anafilaktycznej sprawdzał dostępność leków oraz sprzętu koniecznego do leczenia anafilaksji w swoim gabinecie, odnotowując datę oceny w tabeli leków i sprzętu (Tab. I).

Tabela I – Wykaz sprzętu i leków stosowanych w leczeniu anafilaksji (zalecane wyposażenie gabinetu alergologicznego)
Table I – List of equipments and drugs used in the treatment of anaphylaxis (recommended equipment cabinet allergological)

Leki	Sprzęt
adrenalina – roztwór 1:1000, ampułki 1 mg/1 ml	strzykawki 1 ml („tuberkulinówki”), 2 ml, 5 ml, 10 ml, 20 ml
salbutamol – aerozol pMDI	igły jednorazowe 6 mm, 7 mm, 8 mm, 9 mm, 11 mm
salbutamol – płyn do nebulizacji amp. 2,5 mg/2,5 ml, 5 mg/2,5 ml	kaniule dożylnie (wenflony): 14G (pomarańczowa, przepływ 270 ml/min.), 16G (szara, 200 ml/min.), 17G (biała, 125 ml/min.), 18G (zielona, 80 ml/min)
tlen	system EZ-IO do infuzji doszpikowej
płyny infuzyjne – 0,9% NaCl, płyny wieloelektrolitowe	zestawy łączeniowe do infuzji płynów dożylnych i doszpikowych
0,9% NaCl – ampułki 5ml	opaska uciskowa
glikokortykosteroidy fiol./amp. metyloprednizolon, hydrokortyzon	maska twarzowa dla dzieci i dorosłych, kaniule donosowe
glikokortykosteroidy tbl. – prednizon, metylprednizolon	urruki ustno-gardłowe różnej wielkości 6–10 cm długości
klemastyna amp.	zestaw do intubacji i resuscytacji „AMBU” dla dzieci i dorosłych
feazolina amp.	laryngoskop
ranitydyna roztwór do infuzji	skalpel + igła 11G do krikotyroidotomii
doustny lek przeciwhistaminowy	ciśnieniomierz
glukagon fiol. 1mg	stetoskop
atropina amp.	pulsoksymetr
opcjonalnie: dopamina amp.	rękawiczki bezlateksowe
	trójnik do infuzji płynów
	opcjonalnie: aparat EKG
	opcjonalnie: kardiomonitor, monitor wielofunkcyjny
	opcjonalnie: pompa infuzyjna

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3184353>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3184353>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)