

Doporučené diagnostické a terapeutické postupy
pro všeobecné praktické lékaře



PÉČE O ALERGICKÉHO PACIENTA V ORDINACI VPL

Garant:

MUDr. Zuzana Miškovská, Ph.D.

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Hlavní autor:

MUDr. Tomáš Kočí

Česká společnost alergologie a klinické imunologie ČLS JEP

Spoluautoři:

MUDr. Rudolf Červený, Ph.D.

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

MUDr. Ester Seberová

Česká společnost alergologie a klinické imunologie ČLS JEP

MUDr. Pokorný Jiří

POMAMED Praha

PRVNÍ VYDÁNÍ 2012



Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře

Společnost všeobecného lékařství, U Hranic 16, Praha 10

PÉČE O ALERGICKÉHO PACIENTA V ORDINACI VPL

**Doporučené diagnostické a terapeutické postupy
pro všeobecné praktické lékaře 2012**

Garant:

MUDr. Zuzana Miškovská, Ph.D., Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Hlavní autor:

MUDr. Tomáš Kočí, Česká společnost alergologie a klinické imunologie ČLS JEP

Spoluautoři:

MUDr. Rudolf Červený, Ph.D., Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

MUDr. Ester Seberová, Česká společnost alergologie a klinické imunologie ČLS JEP

MUDr. Pokorný Jiří, POMAMED Praha

Oponenti:

MUDr. Alice Havlová, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

MUDr. Ondřej Rybníček, Česká společnost alergologie a klinické imunologie ČLS JEP

CÍL DP

Cílem DP je podat všeobecným praktickým lékařům (VPL) informace o možnostech diagnostiky a léčby alergických onemocnění a nemocí s poruchami imunity.

Poskytuje základní doporučení pro optimální výběr pacientů odesílaných k alergologickému a imunologickému vyšetření, řeší otázky priority diagnóz a priority časové, otázky spojené s přípravou pacienta k vyšetření a navrhuje postup do doby před vyšetřením alergologem/imunologem (ALG).

Navrhuje kompetence mezi VPL a ALG v otázkách dispenzarizace pacientů a při předepisování léků.

OBSAH

A. ORGANIZAČNÍ OTÁZKY A KOMPETENCE	3
Indikace k alergologickému vyšetření, odeslání a příprava nemocného, management pozá- važné reakci, dispenzarizace nemocných	
B. OBECNÁ ALERGOLOGIE A IMUNOLOGIE.....	5
Základní pojmy: atopie, alergie, senzibilizace, projevy nemoci, imunodeficit, autoimunita, Základní vyšetřovací postupy Léčba akutních projevů, principy dlouhodobé léčby	
C. SPECIÁLNÍ ČÁST (ALERGOLOGIE A IMUNOLOGIE)	7
Anafylaxe, potravinová alergie, alergické onemocnění dýchacích cest, očí a kůže, reakce na hmyz, reakce na léčiva, speciální situace, očkování	

A. ORGANIZAČNÍ OTÁZKY A KOMPETENCE VE VZTAHU VŠEOBECNÝ PRAKTICKÝ LÉKAŘ (VPL) A ODBORNÝ LÉKAŘ ALERGOLOG/KLINICKÝ IMUNOLOG (ALG)

1. INDIKACE K VYŠETŘENÍ V ORDINACI ALG

K vyšetření jsou indikováni především pacienti se závažnějšími projevy alergických onemocnění, pacienti s častými nebo neobvykle probíhajícími infekcemi a pacienti s podezřením na autoimunitní onemocnění. Prioritu mají pacienti, u kterých hrozí závažné nebo život ohrožující stavy:

- Pacienti po prodělané celkové alergické/anafylaktické reakci, zejména po bodnutí blanokřídlým hmyzem, po požití potravin, po aplikaci léků, po námaze nebo z nejasných příčin (anafylaktická reakce, angioedém)
- Pacienti s častými nebo závažnějšími projevy onemocnění dolních dýchacích cest (bronchiální astma a jeho diferenciální diagnostika), těhotné astmatičky
- Pacienti se závažnějšími projevy obtíží v horních dýchacích cestách (rinosinusitida nebo rinokonjunktivitida), projevy očními, kožními (urtikárie, ekzém) a gastrointestinálními (dysfagie, zažívací dyskomfort a chronické průjmy, které nemají jiné vysvětlení)
- Pacienti se závažnými nebo opakovanými infekcemi a pacienti s infekcemi, které nereagují na standardní léčbu včetně antibiotik (podezření na poruchu imunity)
- Pacienti s podezřením na autoimunitní onemocnění

2. ODESLÁNÍ K VYŠETŘENÍ DO ORDINACE ALG

Doporučení k vyšetření by mělo vždy obsahovat:

- Důvod, pro který je pacient k vyšetření odeslán. Základní údaje o době trvání obtíží, o sezónnosti a o vazbě obtíží na venkovní, bytové nebo pracovní prostředí, případně na jiné vnější okolnosti. Dosud provedená vyšetření a jejich výsledky. Případná předchozí léčba a její efekt.
- Shrnutí rodinné anamnézy se zvláštním zaměřením na alergická onemocnění a poruchy imunity.
- Rámcový přehled dalších onemocnění a kompletní seznam užívaných léků.
- Podrobná pracovní anamnéza – s ohledem na profesní astma, profesní rýmu a dermatitidu.
- U pacientů po prodělané anafylaxi pokud možno přiložit záznam o průběhu a akutním ošetření pacienta.

3. VHODNÁ VYŠETŘENÍ A PŘÍPRAVA NEMOCNÉHO PŘED VLASTNÍM ALG VYŠETŘENÍM

3.1. Rozsah závisí na charakteru obtíží pacienta.

Vyšetření jiným odborníkem je doporučeno v případě závažnějšího lokalizovaného onemocnění (ORL lékař, dermatolog, plicní lékař, gastroenterolog, oční lékař ap.), v případě podezření na autoimunitní onemocnění vyšetření internistou, před imunologickým vyšetřením je nutné vyloučit ložiskovou infekci.

3.2. Mezi vhodná screeningová laboratorní vyšetření patří:

KO+ diff., hladiny základních imunoglobulinů (IgG, IgA, IgM a IgE), zánětlivé ukazatele (FW a/nebo CRP), základní vyšetření autoprotilátek (ANA, případně dle anamnézy další), případně základní biochemické vyšetření (sérum + moč).

Vyšetřování specifických IgE protilátek proti předpokládaným alergenům není vhodné ani nutné, neboť interpretace výsledků bez hlubšího rozboru problematiky a výsledků dalších testů je obtížná.

3.3. Příprava.

Před základním alergologickým vyšetřením není třeba žádné zvláštní přípravy pacienta, neplatí žádná věková ani sezonní omezení. Překážkou není předchozí protialergická ani protiastmatická léčba.

3.4. Kožní testy jako součást alergologického vyšetření přípravu vyžadují:

Vynechání terapie antihistaminiky na dobu 7–10 dnů, pokud to stav pacienta dovoluje. Kožní testy jsou ovlivněny také užíváním některých dalších léků (p.o. kortikosteroidy, psychofarmaka aj.) a aplikací topických kortikosteroidů. U chronicky nemocných pacientů, kde hrozí dekompenzace onemocnění, je vhodné užívané léky ponechat a pouze uvést jejich seznam a dávkování.

Testy se neprovádějí v době jakéhokoli akutního onemocnění včetně exacerbace alergického stavu. Pokud se jedná o pacienta se sezónní alergií, je vhodnější provádět toto vyšetření mimo období obtíží (mimo pylovou sezonu). Chronické stabilizované alergické projevy nejsou kontraindikací provedení kožních testů.

4. MANAGEMENT PACIENTA PO ZÁVAŽNÉ ALERGICKÉ REAKCI DO DOBY VYŠETŘENÍ V ORDINACI ALG

Pacient po prodělané závažné celkové alergické/anafylaktické reakci by měl být vždy doporučen k vyšetření v ordinaci ALG. Toto vyšetření by mělo být upřednostněno, dle místních možností například osobní domluvou VPL a ALG. Do doby tohoto vyšetření a převzetí do péče odborníkem ALG je VPL (nebo ošetřující lékař na oddělení akutní péče, byl-li pacient ošetřen v nemocnici) povinen zajistit pacientovi léky pro první pomoc a jeho poučení. V případně závažnějších obtíží, které nesnesou odkladu (například astmatické obtíže s projevy dušnosti, výrazná urtikárie apod.) a kdy vyšetření v ordinaci ALG není například z kapacitních důvodů okamžitě dostupné, VPL zahájí příslušnou léčbu a v doporučení to uvede.

5. KOMPETENCE VPL A ALG V PÉČI O SPOLEČNÉ PACIENTY

5.1. Dlouhodobé sledování a dispenzarizace v ordinaci ALG je nutná především u pacientů po závažné celkové alergické reakci (například po bodnutí hmyzem - zde indikována specifická imunoterapie ve všech vhodných případech), dále v případě středně těžkých až závažných forem alergického průduškového astmatu, alergické rýmy, projevů alergie na potraviny nebo léky, urtikárie a angioedému.

Pacienti s atopickým ekzémem jsou obvykle dispenzarizováni dermatology, odborníci ALG v těchto případech jejich péči doplňují (například pátráním po případných relevantních vzdušných nebo potravinových alergenech). Odborníci ALG dispenzarizují pacienty se závažnějšími poruchami imunity a nemocemi autoimunitními dle místních podmínek, ve spolupráci s centry, která se na tato onemocnění specializují a ve spolupráci s revmatology, endokrinology a dalšími odborníky.

5.2. Konsiliární vyšetření.

U pacientů s alergickým onemocněním s mírnými projevy postačuje úvodní diferencielně diagnostické resp. konsiliární vyšetření v ordinaci ALG a další kontroly jsou prováděny dle potřeby a doporučení VPL.

5.3. U pacientů s astmatem lehčího stupně, pokud nejsou v trvalé dispenzarizační péči odborníkem, je nutné v pravidelných intervalech kontrolovat funkci plic (**spirometrie minimálně 1–2x ročně**).

5.4. Léčbu pacientů s nezávažnými projevy pylové alergie může dobře indikovat a vést VPL, ale provedení alergologického vyšetření je důležité ke zjištění případné další latentní alergie a odhadu vývoje onemocnění.

5.5. Specifická alergenová imunoterapie je v rukou odborníka ALG. Zahájení imunointervenční léčby by mělo být provedeno až po základním vyšetření imunity, i když k zahájení léčby běžně dostupnými volně prodejnými přípravky k ovlivnění imunity u pacientů, u kterých není podezření na závažnější imunodeficit, není zcela nezbytné. Je však vhodné postupovat dle doporučeného schématu léčby a sledovat působení přípravku na pacienta. V případě podezření na závažnější poruchu imunity je nutné podrobnější vyšetření u ALG, který následně zvolí odpovídající léčbu.

5.6. Předepisování léků pro společné pacienty je v ideálním případě prováděno VPL i ALG dle potřeby (s několika výjimkami speciálních léků, omezených pro preskripci odborníkům ALG). V případně nezávažného

onemocnění je předepisování antialergik a antiastmatik plně v rukou VPL. V případě dispenzarizace pacienta v ordinaci ALG je zde pacient vybavován potřebnými léky do další plánované kontroly. (Výjimečně, kdy pacient není schopen se z různých důvodů ke kontrole včas dostavit, VPL potřebné léky pacientovi předepíše na nutnou dobu.)

B. OBECNÁ ALERGOLOGIE A IMUNOLOGIE

1. ZÁKLADNÍ POJMY

1.1. Atopie označuje vrozený stav dispozice ke vzniku alergického onemocnění. Alergické onemocnění se může rozvinout i u neatopiků (u atopiků je nejčastější I. typ alergické reakce)

Alergické onemocnění se nejčastěji rozvíjí u jedinců s vrozenou dispozicí k alergii, tj. u atopiků. Aby se tato vrozená dispozice projevila, je třeba působení řady dalších faktorů z vnějšího prostředí, na vzniku onemocnění se podílejí i epigenetické vlivy. Vzhledem k řadě genů s různými dispozicemi dochází u atopických jedinců ke vzniku různých alergických onemocnění – buď jednoho, nebo několika v různých kombinacích. Během života se může počet alergických onemocnění u alergického jedince zvyšovat, nebo může přecházet jedno onemocnění v jiné, případně může dojít k dlouhodobé remisi alergického onemocnění. Někdy v této souvislosti mluvíme o takzvaném „**atopickém pochodu**“. Obvykle nejdříve, nejčastěji do 1 roku věku, vznikají kožní projevy (atopický ekzém) a projevy potravinové alergie. Pokud se alergie rozvíjí později, postihuje častěji dýchací cesty (alergická rýma a bronchiální astma). U dospělých v ČR se uvádí výskyt ekzému kolem 5 %, alergické rýmy až 25 %, bronchiálního astmatu cca 8 % (vyšší prevalence u mladších osob).

Vlastním alergickým projevům předchází **období senzibilizace**, to znamená přítomnost specifických vazebných míst (alergických protilátek) pro alergen v organizmu. Senzibilizace může být dlouhodobě latentní – klinicky nemá (cca 30–60 % populace má pozitivní kožní testy bez projevů alergického onemocnění). Prokazujeme ji velmi často u disponovaného jedince, který již trpí alergií na jiný alergen. Senzibilizace je vždy rizikovým faktorem a obvykle předchází výskytu klinických potíží.

Ke vzniku prvních projevů onemocnění přispívají zevní faktory a také **celková kondice** pacienta. První alergické příznaky u senzibilizovaného jedince vznikají často po masivním kontaktu s alergenem, ale také při nespecifickém oslabení organizmu (těžké infekční onemocnění, stres, vyčerpání, apod.).

Alergická reakce se rozvíjí u atopiků jako patologická obranná reakce po setkání s alergenem. Může vznikat různými mechanismy, které (spíše z didaktických důvodů) dělíme na 4 hlavní typy. Ve skutečnosti se při alergických projevech obvykle účastní všechny složky alergické reakce (specifické i nespecifické, humorální a buněčné), pouze některý typ převažuje. Určitý typ alergické reakce je většinou charakteristický pro dané alergické onemocnění: např. alergická rýma a alergické astma vznikají nejčastěji na podkladě alergické reakce 1. typu (atopie), ekzém na podkladě alergie 4. typu (buněčná přecitlivělost), u kopřivky se mohou vedle obou předchozích typů alergie podílet také imunokomplexy (3. typ reakce), případně zcela jiné imunopatologické mechanismy.

Faktory prostředí ve vztahu k alergii posuzujeme za dvou hledisek:

Faktory vedoucí k senzibilizaci. V současné době nejsou všechny známy, proto nejsme schopni provádět účinnou primární prevenci. Z dosavadních sledování vyplývá, že se jedná o komplexní působení zevního i vnitřního prostředí. Svoji roli hraje např. správná střevní mikroflóra, osídlující zažívací trakt novorozence, nebo postupná přiměřená zátěž potravinovými alergeny, umožňující rozvoj tolerance. Z faktorů zevního prostředí byl jednoznačně prokázán negativní vliv cigaretového kouře, podporující rozvoj alergie.

Faktory vedoucí k rozvoji příznaků u již alergického (senzibilizovaného) jedince se nazývají spouštěče onemocnění. Sem patří například alergeny, jimiž je pacient senzibilizován, dále látky mechanicky nebo chemicky dráždivé, výrazné teplotní výkyvy a také infekce (především virové). I zde hraje negativní roli aktivní i pasivní kouření.

1.2. Imunodeficiencie primární jsou vrozené poruchy imunitního systému, způsobené poruchou genů, důležitých pro funkci imunitního systému. Sekundární imunodeficiencie vyvolávají různá onemocnění nebo imunosupresivní léčba, jejichž následkem je zvýšená náchylnost k infekcím.

1.3. Autoimunitní onemocnění mohou postihovat prakticky každý orgán nebo tkáň, obecně se dělí na onemocnění postihující celý systém (např. lupus erythematoses) a nebo jednotlivý orgán (např. autoimunitní thyreoiditida).

2. ZÁKLADNÍ DIAGNOSTICKÉ POSTUPY

2.1. Anamnéza.

Pečlivě odebraná osobní a rodinná anamnéza jsou základem alergologického vyšetření. Na jejím základě alergolog rozhoduje o volbě dalšího vyšetřovacího postupu. Alergické projevy u různých členů téže rodiny nemusí být shodné, informace o přítomnosti alergického onemocnění v rodině napomáhají v odhadu vývoje onemocnění u konkrétního pacienta. (Například dospělý pacient s chronickou alergickou rýmou má vyšší riziko rozvoje astmatu, jestliže sám měl v dětství atopický ekzém a některý z jeho rodičů je astmatik.)

V počátečních stádiích onemocnění bývá obvyklý náhlý vznik obtíží v kontaktu s alergenem, a také následné rychlé mizení příznaků. U chronických projevů je vazba na alergeny méně výrazná, přítomna bývá i zvýšená reaktivita na různé nespecifické podněty, proto je v těchto případech diagnostika alergického onemocnění obtížná.

2.2. Klinické a laboratorní vyšetření.

Vlastní příznaky závisí na typu alergenu a cestě jeho vstupu do organismu.

Základním testem k posouzení senzibilizace alergeny (v tomto případě reakce I. typu - IgE) jsou **kožní prick testy**. Při jejich provádění se lancetou vnese do epidermis standardní malé množství alergenu a po 15 minutách je odečítána reakce (v pozitivním případě kopřivkový pupen ≥ 3 mm). K testování jsou používány komerčně vyráběné alergeny, v případě podezření na potravinové reakce někdy také nativní potraviny.

Spirometrie je nezbytné vyšetření k posouzení funkce plic u pacientů s astmatem a u pacientů s chronickým kašlem a nespecifickými dechovými obtížemi. Její provedení je nutné také u pacientů s chronickou rýmou vzhledem k vysokému riziku vzniku průduškového astmatu. **Laboratorní vyšetření** je nedílnou součástí vyšetření v ordinaci ALG, v případě alergických onemocnění někdy jako komplementární, při diagnostice imunodeficiencí a dalších imunopatologií jako zcela nezbytnou.

Další speciální testy (zátěžové, provokační) jsou indikovány ve zvláštních případech, některé pouze na specializovaných pracovištích.

2.3. Léčba akutních projevů.

Praktický lékař musí být ve své ordinaci připraven na řešení problému spojeného s anafylaxií. Anafylaktická reakce může nastat kdykoliv po aplikaci léku v ordinaci (nejčastěji injekční antibiotikum nebo analgetikum) nebo po podání jakéhokoliv očkování.

Z tohoto důvodu patří mezi doporučené vybavení každé ordinace léky a pomůcky, nutné pro zvládnutí anafylaktické reakce (injekční adrenalin, krystalický roztok a vybavení pro podání nitrožilní infuze, ambuvak, zařízení pro inhalační podávání kyslíku, injekční antihistaminikum a inhalační beta-mimetikum s nástavcem). Každý lékař by měl opakovaně a pravidelně absolvovat praktické proškolení ve správném poskytování akutní péče, včetně léčby anafylaktické reakce (postup viz dále).

Pro pacienty ohrožené anafylaktickou reakcí jsou k dispozici 2 typy autoinjektorů s adrenalinem k laickému použití (Anapen a Epipen), které jsou ve svém účinku zaměnitelné, ale liší se v technickém způsobu použití. Všechny pacienty, jimž byl autoinjektor předepsán, je třeba důkladně proškolen tak, aby dobře rozuměli indikacím a správnému způsobu aplikace. Chybné použití může znamenat přímé ohrožení jejich zdraví. V případě vitální indikace neexistuje kontraindikace podání adrenalinu.

2.4. Principy léčby, dlouhodobá léčba.

Základem léčby alergického pacienta jsou **režimová opatření** – protialergický režim (omezení kontaktu s příčinným alergenem). Pacientům současně doporučujeme omezit kontakt s nespecifickými spouštěči jejich alergických obtíží, pokud je to možné. Dlouhodobá farmakologická protialergická a protizánětlivá léčba je doporučena v případě, že i přesto přetrvávají chronické obtíže. Jsou využívána antihistaminika (podávaná celkově i lokálně) a v závažnějších případech kortikoidy (v naprosté většině případů v topicke formě), případně jiná protizánětlivá léčba. Tato léčba zlepšuje kvalitu života pacientů, nejedná se však o léčbu kauzální.

Antihistaminika u alergické rinokonjunktivitidy podáváme obvykle v dávce 1 tabl. denně, po celou dobu kontaktu s alergenem, tedy po dobu trvání pylové sezony pravidelně. Volíme antihistaminika nové generace s omezeným sedativním a přídatným antialergickým účinkem. Při chronické urtikárii lze použít až 3× zvýšené běžné dávky. U bronchiálního astmatu jsou podávána většinou jen jako vedlejší léčba přidruženého alergického onemocnění, u ekzému bývají efektivní jen někdy (k potlačení svědění).

Kortikoidy jsou podávány inhalačně u bronchiálního astmatu, nasálně u alergické rýmy, topicky při exacerbaci atopické dermatitidy. Moderní topické kortikosteroidy, užívané v léčbě, představují velmi účinnou a bezpečnou terapii. Je důležité, aby VPL podporovali adherenci pacienta k dlouhodobé protizánětlivé léčbě a ve shodě s alergologem rozptýlovali jeho zbytečné obavy z vedlejších účinků lokálně podávaných kortikosteroidů.

Celkové podání volíme nárazově jen při závažné exacerbaci (týká se bronchiálního astmatu i všech alergických onemocnění), doporučujeme vyšší dávku (0,5–1 mg/kg, celkově max. 80 mg/den Prednisonu či ekvivalentu) pokud možno jen krátkodobě (do 7 dnů). Pouze u pacientů s nejtěžší formou alergického onemocnění je nutné dlouhodobé pravidelné podávání systémových kortikosteroidů, přitom je nezbytné sledovat možné nežádoucí účinky a předcházet jim (kalémie, glykémie, GIT obtíže, osteoporóza).

Specifická alergenová imunoterapie je jedinou běžně užívanou léčbou, která může ovlivnit podstatu alergického onemocnění, a v některých případech i jeho prognózu. Je indikována v případech, kdy je jednoznačně identifikován příčinný alergen, který nelze dostatečně odstranit, a jsou splněna další kritéria. Je vždy zaměřena specificky proti určitému (dominantnímu) alergenu, podávána dlouhodobě (3-5 let), nejčastěji celoročně, subkutánní nebo sublinguální formou (ve formě kapek, nově i podjazykových tablet). Vakcínu indikuje lékař ALG a je zodpovědný také za její podávání, včetně případné úpravy dávek při změně stavu pacienta a dle jeho reakce na léčbu. Přerušování podávání vakcíny je nutné v případě závažnější exacerbace alergického onemocnění (především astmatu) a při závažnějším interkurentním onemocnění, na nezbytně nutnou dobu.

Imunomodulační léčba v případě, že je indikována a je ověřena její účinnost, bývá podávána opakovaně (v závislosti na výsledcích laboratorního vyšetření a klinickém stavu pacienta). Běžná imunomodulancia (obvykle typu bakteriálních lyzátů) doporučuje ALG i VPL.

Frekvence doporučených kontrol (i v bezpříznakovém období) závisí na tíži chronického onemocnění: v případě závažnějšího stupně nemoci obvykle po 1–3 měsících, v případě lehčího onemocnění 1–2× ročně (spirometrie, imunologické laboratorní vyšetření a další).

Vzhledem k nutnosti dlouhodobé léčby je podobně jako u jiných chronických onemocnění zásadním kritériem úspěchu **spolupráce pacienta**. Z tohoto důvodu je vhodné pacientům vhodným způsobem vysvětlit podstatu jejich onemocnění a získat je pro dlouhodobou spolupráci při léčbě, ve které často hrají významnou aktivní roli. Při léčbě astmatu je zcela zásadní naučit pacienty správně používat jejich inhalační pomůcky, a toto používání pravidelně kontrolovat jak v ordinaci ALG, tak VPL. Podobně je třeba velmi podrobně a prakticky (s využitím tretražeru) pacienty naučit používat předepsaný autoinjektor s adrenalinem, a také tuto dovednost pravidelně (minimálně 1× ročně) kontrolovat.

C. SPECIÁLNÍ ČÁST

1. ANAFYLAXE

1.1. Epidemiologie, mortalita.

Každý rok zemře v České republice několik pacientů (průměrně 5) v důsledku anafylaktické reakce, tedy závažné systémové alergické reakce.

1.2. Průběh anafylaxe.

Anafylaxe zasahuje primárně tyto orgánové systémy: kožní, dýchací, kardiovaskulární a gastrointestinální. Klinická manifestace anafylaxe se většinou projevuje velmi brzy od kontaktu se spouštěčem reakce (nejčastěji během minut, zřídka se však může objevit se zpožděním několika hodin, někdy probíhá dvoufázově s recidivou po 6-12 hodinách). Obecně platí, že čím dříve po expozici spouštěče reakce se manifestují klinické příznaky, tím závažnější bývá průběh. Každé časné systémové projevy anafylaxe musí být považovány za počátek procesu, který by mohl pacienta usmrtit.

Nejvíce úmrtí na anafylaxi se vyskytne v prvních 30 minutách od expozice.

Pacient je nejvíce ohrožený akutním respiračním a/nebo kardiovaskulárním selháním.

Nejvíce ohroženými pacienty jsou astmatici, pacienti s přecitlivělostí na jed blanokřídlého hmyzu, pacienti s alergií na některé potraviny a pacienti s komorbiditami (včetně užívání některých léků jako betablokátorů a nesteroidní antiflogistika).

1.3. Klinické příznaky se obvykle projeví na kůži (často plošky, dlaně, genitál, kštice) jako pocit tepla, intenzivní svědění či mravenčení. Bývají provázeny celkovým zarudnutím a urtikou, ale nemusí tomu tak být vždy. Další příznaky zahrnují angioneurotický edém, GIT obtíže (nauzea, zvracení, průjem, abdominální bolest), dechové obtíže (hrudní oprese, dušnost, kašel), oběhové obtíže (pocení, slabost, černo před očima, hypotenze, tachykardie, nitkovitý puls), příznaky CNS (závratě, zmatenost) až anafylaktický šok s dechovým a oběhovým selháním. Diferenciální diagnostika anafylaktických reakcí většinou nečiní problémy. **V případech nejistoty je menší chybou ihned zahájit protišokovou léčbu, než váháním ztratit čas** (což by ve svém důsledku mohlo způsobit poškození pacienta nebo až jeho smrt).

1.4. Léčba anafylaxe.

Podat co nejdříve **adrenalin** 0,5 mg (u dětí 0,1 mg/10 kg hmotnosti dítěte, max. 0,5 mg) intramuskulárně (zevní strana stehna). Podle potřeby lze dávku po 5 minutách opakovat, a to i vícekrát.

(V nouzové situaci je adrenalin podáván autoinjektorem, kterým má být vybaven každý pacient s anafylaktickou reakcí v anamnéze – obsahuje 0,3 mg adrenalinu/0,15 mg pro děti do 25 kg).

Volat RZP/ARO.

Poloha vleže se zvýšením končetin, zabezpečit volné dýchací cesty.

U dechových potíží a anafylaktického šoku podat co nejdříve kyslík.

Zajistit spolehlivou žilní linku a dle potřeby podávat rychle roztok krystaloidů.

Podání antihistaminika a ev. kortikosteroidu i.v.

Zajistit transport k hospitalizaci.

1.5. Pamatuj!

Pacient s anafylaktickou reakcí by měl být vždy cestou ZZS transportován do nemocnice k další léčbě nebo k observaci. Toto doporučení platí i pro případy, kdy se po léčbě zdravotní stav pacienta již začal zlepšit – vzhledem k riziku dvoufázové reakce.

2. REAKCE NA JED BLANOKŘÍDLÉHO HMYZU**2.1. Význam.**

Závažná celková alergická reakce po hmyzím bodnutí je v ČR každoročně příčinou úmrtí několika osob. Každá nepřiměřená reakce na bodnutí hmyzem je proto nutnou indikací k alergologickému vyšetření. Pacienti s reakcí anafylaktického typu musí být dispenzarizováni na alergologickém pracovišti a většinou jsou léčeni alergenní imunoterapií.

K alergickým reakcím dochází po pobodání hmyzem z řádu blanokřídlých – sršní nebo vosou (mezi nimi existuje významná zkřížená alergie) a včelou případně čmelákem (také reagující zkříženě).

2.2. Normální reakce po bodnutí je omezena pouze na lokální příznaky – palčivou bolest a rychle vzniklý otok se zarudnutím v místě vpichu.

2.3. Toxická reakce může ohrozit život pacienta pouze při mnohočetném pobodání (po více než 50 včelích nebo vosích bodnutích u dětí a více než 100 bodnutích u dospělých).

2.4. Za abnormální lokální reakci je považován otok větší než 10 cm nebo přesahující 2 klouby, reakce je někdy velmi rozsáhlá s místním zánětem. Její rozvoj nastává až za několik hodin po bodnutí, s maximem po 24–48 hodinách, vychází z postiženého místa a není provázena celkovými alergickými příznaky. Pacienti s reakcí tohoto typu často reagují podobně i na jiný hmyz než na včelu a vosu (komár, ovád a podobně). Rizikové je bodnutí do úst, dýchacích cest nebo krku s následným otokem. Léčebně je doporučován klid, chlazení, případně zvý-

šení končetiny, antihistaminikum zmírní otok a svědění. Někdy jsou doporučována antibiotika – ale v tomto případě nejde o zánět infekční, nýbrž alergický, proto většinou nemá podávání antibiotik význam. Při rozsáhlém otoku jsou indikovány p.o. kortikoidy v nárazovém podání (Prednison 20–60 mg denně) na 3–5 dnů.

2.5. Systémová reakce při alergii na hmyzí jed se obvykle dělí do 4 stupňů (I-IV) a projevuje se stejně jako celková alergická reakce z jiných příčin (úzkost, svědění kůže, generalizovaná kopřivka, angioneurotický edém, nauzea, zvracení, závratě, průjem, bolest břicha, tlak na prsou, dušnost, dysartrie, zmatenost, inkontinence, kolaps, cyanóza až anafylaktický šok). Po bodnutí včelou je třeba opatrně celý jedový aparát s žihadlem z kůže vytlačit například hranou ostrého předmětu, aby nedošlo ke stlačení jedového vaku a tím k aplikaci zbylého toxinu do kůže. Léčebně doporučujeme ledový obklad, klid, antihistaminika, při rozvoji anafylaktické reakce aplikujeme okamžitě adrenalin a postupujeme jako při anafylaktické reakci z jiných příčin. Pokud byl pacient vybaven adrenalinovým autoinjektorem a v rámci první pomoci si jej sám nebo s pomocí aplikoval, vždy doporučujeme přivolat RZP a zajistit další vyšetření a sledování pacienta.

3. ALERGICKÁ ONEMOCNĚNÍ HORNÍCH DÝCHACÍCH CEST

Pro ně je charakteristické svědění sliznice nosu často s propagací na patro, do krku a uší, záchvaty kýčání a profusní vodnaté sekrece, někdy střídavě se zduřením nosní sliznice a ucpáním nosu. Většinou (zejména u polinosy) jsou projevy alergické rinosinusitidy provázeny i konjunktivitidou, pro kterou je typické silné svědění.

Suspektní alergické projevy na horních dýchacích cestách jsou vždy indikací k alergologickému vyšetření, a to i v případech, kdy je diagnóza onemocnění jasná. Důvodem je častá latentní senzibilizace dalšími alergeny a riziko progresu nemoci se vznikem komplikací.

4. OČNÍ ONEMOCNĚNÍ

Oči a jejich okolí jsou častým místem projevů alergických onemocnění (alergická rinokonjunktivitis, ekzém), prostého podráždění zevními fyzikálními nebo chemickými vlivy, ale i systémových imunopatologických onemocnění (Sjogrenova choroba apod.) Z těchto důvodů je v diferenciální diagnostice „červeného oka“ lékař ALG důležitým, nikoliv však jediným článkem - spolupracuje s oftalmologem, dermatologem, případně revmatologem.

5. BRONCHIÁLNÍ ASTMA ALERGICKÉHO TYPU

5.1. Projevuje se přechodným spazmem průdušek s typickými auskultačními spastickými fenomény, často však pouze dráždivým neproduktivním kašlem. Zatímco projevy na horních dýchacích cestách a spojivkách vznikají obvykle bezprostředně po inhalaci alergenu, projevy na průduškách mohou být opožděné i o několik hodin. Vazba na vyvolávající alergen je tedy pro pacienta méně nápadná.

U některých pacientů jsou projevy málo typické. Velmi často se alergie skrývá za kašlem nebo opakovanými „kataru horních nebo dolních dýchacích cest“. Na alergii musíme pomýšlet zejména tehdy, jestliže se onemocnění u pacienta opakuje ve stejnou roční dobu (jaro) a zejména není-li provázeno dalšími příznaky respirační infekce. Alergické a astmatické projevy mohou vést k poruchám spánku nebo spontánnímu omezení sportovních aktivit.

5.2. Vyšetření a dispenzarizace.

Vzhledem k anamnesticky obtížné identifikaci případného alergenu a typu astmatu je vždy doporučeno alergologické vyšetření u všech astmatiků – tedy i u pacientů dispenzarizovaných na plicních odděleních. Další sledování a dělení kompetencí mezi lékařem ALG a pneumologem závisí na místních podmínkách a dohodě, obvykle jsou alergičtí astmatici dispenzarizováni u lékařů ALG - i vzhledem k velmi časté komorbiditě ostatními alergickými onemocněními (alergická rýma, ekzém) a nutnosti systémové protialergické léčby, někdy i specifické imunoterapie. Více viz příslušný DP SVL ČLS JEP.

5.3. Astmatický záchvat.

Základem léčby je podávání bronchodilatační léčby inhalační cestou (salbutamol, fenoterol + někdy ipratropium), inhalace kyslíku a v těžším případě podání kortikosteroidu celkově v nárazové dávce. Podrobně viz příslušný DP www.svl.cz

6. KOŽNÍ (ALERGICKÁ) ONEMOCNĚNÍ

Alergické projevy kožní mají nejčastěji charakter urtikarie, Quinckeho edému nebo ekzému. V případě imunodeficiencí a dalších imunopatologií je kožní symptomatologie velmi pestrá.

Podíl IgE protilátek na těchto onemocněních je u dospělých méně častý a kožní projevy vznikají velmi často na jiném než alergickém podkladě.

Pacienta s kožními projevy zpravidla nejprve doporučíme k vyšetření dermatologem, kde by měla být provedena základní diferenciální diagnostika. Vhodnost a přínosnost vyšetření ALG by měl posoudit dermatolog.

Léčba je obvykle řízena dermatologem ve spolupráci s ALG, kromě režimových opatření a aplikace topické léčby (především u ekzému) jsou využívána antihistaminika ve vyšších dávkách, někdy je nutná i krátkodobá aplikace kortikosteroidů celkově.

7. NEŽÁDOUCÍ REAKCE NA POTRAVINY

7.1. Úvod, definice, diferenciální diagnostika rozvaha.

Alergické reakce na potraviny tvoří pouze malou část nežádoucích reakcí, které mohou potraviny vyvolávat.

Kromě toxických reakcí a častých reakcí psychosomatických (averze) existuje řada neimunologicky podmíněných onemocnění s vazbou na potraviny (laktózoová intolerance, histaminoliberace).

Vlastní imunologicky podmíněné reakce, tedy „pravé potravinové alergie“ jsou způsobovány IgE i non-IgE mechanismem.

7.2. Orální alergický syndrom (OAS) se rozvíjí jako komplikace pylové přecitlivělosti asi u třetiny pacientů přecitlivělých na pyly (nejčastěji při alergii na pyl břízovitých stromů). OAS má charakter podráždění, pálení, svědění a otoků sliznice v ústech, rtů, jazyka, často dojde i k intenzivnímu svědění zvukovodů. Dochází k polykacímu dyskomfortu, ve vážnějších případech se rozvíjí až laryngospasmus. Nejčastěji je vyvolán konzumací syrových jablek, běžných peckovin, syrové kořenové zeleniny a stromových ořechů. OAS obvykle provází klasické projevy polinózy (břízovité stromy), spíše výjimečně se vyskytuje samostatně.

7.3. Anafylaktické reakce na potraviny.

K nejrizikovějším potravinám pro dospělé věk u nás patří stromové oříšky, arašídy (ve skutečnosti jde o luštěnínu), ryby, mořské plody, lepek, celer, mák a sezam. Potravinová anafylaktická reakce postihuje často zažívací trakt (kolika, zvracení, průjem), ale má i závažné příznaky na ostatních orgánech, podobně jako anafylaxe z jiných příčin. Nejvíce ohrožení závažným průběhem a případně úmrtím jsou v tomto případě astmatici. Každý pacient po prodělané (byť lehčí) anafylaktické reakci a obzvláště astmatik s alergií k uvedeným potravinám by měl být vybaven autoinjektorem s adrenalinem.

Všichni pacienti s anafylaktickou reakcí (i s méně závažným průběhem) jsou jednoznačně indikováni k vyšetření a dispenzarizaci u alergologa.

7.4. Zvláštním typem je námahou vyvolaná anafylaxe, závislá na potravině (požití alergenu v kombinaci s tělesnou námahou).

Z těchto důvodů je důležitým léčebným opatřením – při vzniku jakéhokoliv podezření na nežádoucí reakci po potravině anafylaktického typu – tělesný klid, spolu s další nezbytnou protialergickou a protišokovou léčbou.

7.5. Imunologická reakce na potraviny (non-IgE typu) se může skrývat (také u dospělých) i za vleklými kožními obtížemi nebo dyspeptickými projevy bez typických alergických příznaků. Indikaci k alergologickému vyšetření v tomto případě provádí dermatolog nebo gastroenterolog, ve spolupráci s nimi je vedena další léčba.

8. LÉKOVÁ PŘECITLIVĚLOST

8.1. Úvod, definice, diferenciální diagnostika rozvaha.

Podobně jako v případě nežádoucích reakcí po potravinách, pouze malá část nežádoucích reakcí po podání léků je podmíněna imunologicky. Častější jsou reakce farmakologické, intoleranční, idiosynkrazie nebo jde o symptomy probíhajícího onemocnění, pro které je lék pacientovi podáván (typicky například infekční onemocnění s následným podáním ATB).

Nejčastějšími důvody k vyšetření pro podezření na alergickou reakci jsou nežádoucí reakce po podání PNC antibiotik, analgetik skupiny NSAID, léků pro celkovou anestezii, lokálních anestetik a jodových kontrastních látek.

8.2. PNC antibiotika (betalaktamová ATB).

Alergie se vyskytuje cca u 1 % léčených osob. I když anafylaktické reakce jsou vzácné, přesto jde o jednu z nejčastějších příčin úmrtí na anafylaxi. Atopie jako rizikový faktor nehraje roli. Rizikové je injekční podání a předchozí reakce na PNC. Při alergii na PNC je cca 10% riziko reakce i na cefalosporiny.

Doporučení k vyšetření ALG je vhodné, spočívá zejména v rozboru anamnézy a charakteru reakce. Vyšetření kožními testy a specifických IgE protilátek odkryje pouze malou část alergií, většina není zprostředkována IgE a specifické dg. postupy neexistují.

8.3. ACP a analgetika ze skupiny nesteroidních antiflogistik.

Častý výskyt intolerance u pacientů s těžším bronchiálním astmatem nealergického typu, chronickou rinosinuitidou a polypózou nosní a u pacientů s chronickou kopřivkou, častěji u žen. Atopie je rizikovým faktorem. Kožní testy ani laboratorní vyšetření nejsou přínosné. Diagnostika je možná provokačním testem, ale je třeba zvážit jeho potenciální užitek – často jsou postačující anamnestické údaje, které jsou základem diagnózy. Pacienty je třeba vybavit seznamem kontraindikovaných léků a doporučit náhradní léčbu (selektivní cox-2 inhibitory, případně paracetamol, ale ten není 5 % pacientů tolerován).

8.4. Lokální anestetika.

Obtíže pacientů po podání lokálního anestetika jsou poměrně časté, ale téměř nikdy se nejedná o pravou a závažnou alergickou reakci. Většinou jde o reakci psychomotorickou, vaso-vagální, někdy reakci na přídatné látky (adrenalin). Atopie nehraje roli. K vyloučení nežádoucí reakce je používán provokační test s aplikací postupně se zvyšující dávkou anestetika až do dávky, kterou je plánováno užít při zákroku.

9. JÓDOVÉ RTG KONTRASTNÍ LÁTKY (JKL)

9.1. Popis.

Reakce na JKL mají charakter anafylaktoidní (nesprávně alergoidní) reakce. Mohou se objevit již při prvním vyšetření s danou kontrastní látkou, neboť jim nepředchází senzibilizace (nejedná se o IgE mechanismus alergické reakce). Riziko časně nežádoucí reakce po podání JKL je zvýšeno zejména v těchto případech:

- předchozí střední nebo těžká reakce na podání JKL
- použití vysokoosmolální JKL (výskyt nežádoucích reakcí po podání vysokoosmolální KL je 6–8 %, u nízkoosmolálních KL 0,2–0,7 %, i když vzácně jde o reakce závažné)
- bronchiální astma, atopie, alergické onemocnění vyžadující léčbu
- závažnější kardiální onemocnění a léčba betablokatory

Kožní testy nemají pro diagnostiku význam.

Dalším rizikem je vznik pozdní reakce – kontrastní nefropatie, z tohoto důvodu je vhodné před vyšetřením znát hladinu kreatininu (riziko při zvýšené hladině) a zajistit hydrataci nemocného.

9.2. Prevence nežádoucích účinků JKL.

- 1) Informovat nemocného o povaze vyšetření, poměru zisku a rizika (volba metody vždy od jednodušší, např. UZ, prostý nativní RTG snímek).
- 2) U metody s využitím kontrastních látek indikaci konzultovat s provádějícím radiologem, použít nízkoosmolální JKL.
- 3) Podat premedikaci (především u rizikových pacientů): Obvyklá premedikace u rizikových pacientů zahrnuje podání kortikoidu celkově (například 12, (7) a 2 hodiny před vyšetřením) v dávce 20–40 mg p.o. Prednisonu,

případně doplněné podání antihistaminika před výkonem (účinnost tohoto postupu není potvrzena). Za premedikaci rizikového pacienta odpovídá indikující lékař.

- 4) Čtyři hodiny před výkonem vyšetřovaný omezí perorální příjem pouze na čiré tekutiny v malém množství (např. 100 ml/hod.), nepřijímá již žádnou pevnou stravu.

Lékař, který JKL aplikuje, musí být vyškolen v léčbě nežádoucích reakcí a kardiopulmonální resuscitaci a pracoviště k tomu musí být náležitě vybaveno.

Problematiku řeší metodický list Radiologické společnosti ČLS JEP – Metodický list intravaskulárního podání jódo- vých kontrastních látek (JKL) ze dne 16. 01. 2007 a pravidla pro užití KL jsou na www.ESUR.org

10. ZVLÁŠTNÍ SITUACE

10.1. Těhotenství.

Obecně se léčba těhotné ženy s alergickým onemocněním a astmatem neliší od standardní léčby, až na naprosto výjimky nejsou žádné léky používané při této léčbě v těhotenství kontraindikovány. Je třeba dbát o co nejpečlivější stabilizaci onemocnění, kontroly u těhotných jsou doporučeny v intervalu 2–3 měsíců, dle potřeby častěji. Poněkud komplikovanější situace je v případě léčby autoimunitního onemocnění nebo závažné poruchy imunity, rozhodnutí o dalším postupu záleží na příslušném specialistovi.

10.2. Příprava alergika k operaci.

Kontrolní vyšetření u ALG je vhodné především v případě, že se jedná o pacienta s astmatem nebo jiným chronickým závažnějším onemocněním, a závisí také na typu plánované operace. Jeho cílem je zhodnotit stabilizaci onemocnění a doporučit adekvátní předoperační přípravu (úprava dlouhodobé léčby, předoperační podání kortikoidů celkově apod.)

10.3. Očkování.

Atopický stav, alergické onemocnění ani závažná anafylaxe v anamnéze nejsou kontraindikací očkování – podmínkou je stabilní stav onemocnění a nepřítomnost akutních obtíží. Výjimku tvoří stav po anafylaktické reakci na vaječný bílek v případě některých očkovacích látek proti chřipce a některých vakcín před cestováním do zahraničí (žlutá zimnice), závažná alergická reakce na stejnou očkovací látku v anamnéze a dále ostatní obecné kontraindikace k podání očkovací látky.

V případě probíhající léčby injekční specifickou alergickou imunoterapií je doporučena týdenní pauza mezi oběma typy vakcín. Při podávání sublinguální imunoterapie není doporučeno očkovat v den podání podjazykové vakcíny.

Po podání gamaglobulinu se nedoporučuje očkovat 2–3 týdny.

V případě závažnější imunodeficience nebo závažnějšího autoimunitního onemocnění je vhodné konzultovat příslušného odborníka, případně očkovací centrum.

LITERATURA

Pokorný J., Červený R. Aktualizace DP Přednemocniční neodkladná péče 2010; SVL ČLS JEP.

Pokorný J. et al. Urgentní medicína, Galén, 2004; 263.

Nolan JP et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Resuscitation 2010; 81:1256

Špičák V., Panzner P. Alergologie. Galén 2004

Tisk podpořen společností

ZENTIVA
SPOLEČNOST SKUPINY SANOFI

Doporučený postup byl vytvořen s podporou Nadačního fondu Praktik

NADAČNÍ FOND
PRAKTIK

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře

U Hranic 16, 100 00 Praha 10

e-mail: svl@cls.cz

<http://www.svl.cz>

ISBN: 978-80-86998-54-1

978-80-86998-54-1



© 2012, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP