

Dlouhodobý management anafylaxe

Dlouhodobý management pacienta, který prodělal anafylaxi, začíná alergologickým vyšetřením. Alergolog se na základě zhodnocení anamnézy rozhodne o provedení konkrétních testů, jejichž cílem je identifikovat alergen, který reakci vyvolal. Pacient je pak poučen, jakým způsobem se příčinného alergenu vyvarovat. V případě potravinové alergie je též informován o možnostech zkřížené alergie s jinými alergeny, o skrytých alergenech a o situacích, které představují zvýšené riziko reakce (4). Pacient s alergií na jed hmyzu je poučen o možných režimových opatřeních, která mohou pomoci snížit riziko opakovaného bodnutí (18, 19). Alergolog dále rozhoduje o zahájení specifické alergenové imunoterapie, která je indikována u pacientů, kteří prodělali anafylaktickou reakci po bodnutí blanokřídlým hmyzem (v našich geografických podmínkách nejčastěji včelou, vosou, sršní, vzácněji čmelákem), pokud alergologické vyšetření alergii na hmyzí jed jednoznačně potvrdí (20, 21). Tato léčba (VIT, venom immunotherapy) je určena dětem a dospělým, kteří po bodnutí prodělali těžkou či středně těžkou systémovou alergickou reakci (přesahující generalizovanou kožní symptomatologii – stupeň II–IV dle Ringa a Messmera; Tab. 2). Je ale také zvažována, a v případě vyššího rizika dalšího bodnutí indikována i pacientům, kteří po bodnutí prodělali lehčí systémovou reakci, která se manifestovala pouze generalizovanou kožní symptomatologií (stupeň I dle Ringa a Messmera; Tab. 2) (22). VIT spočívá v opakované subkutánní aplikaci malých dávek včelího/vosího jedu a spadá plně do kompetence alergologa. VIT je velmi bezpečná a vysoce účinná. Je doloženo, že poskytuje ochranu před recidivou systémové reakce v případě dalšího bodnutí až 96 % pacientů léčených vosím a 84 % nemocných léčených včelím jedem (15, 19, 22). Pro pacienty s alergií na potraviny není alergenová imunoterapie v současné době v ČR k dispozici (23). U pacientů s lékovou alergií jsou u některých léčiv vytvořeny desenzitizační protokoly, pomocí nichž lze navodit krátkodobou toleranci léčiva. K desenzitizaci se přistupuje jen v ojedinělých případech, po zvážení možných rizik, pokud není k dispozici alternativa léku a lék je pro pacienta životně důležitý. Desenzitizace poskytuje jen dočasnou toleranci, která je udržována trvalým podáváním léku. Po ukončení podávání tolerance mizí (4, 13).

Trvalé vybavení pacienta s anafylaxi v anamnéze autoinjektorem s adrenalinem je samozřejmostí. Preskripce není vázána na specializaci, autoinjektor může předepsat jakýkoli lékař, proto by k vybavení a seznámení s jeho užitím mělo optimálně dojít již při propuštění z akutního ošetření po reakci. Kromě pacientů s anamnézou proběhlé anafylaxe, mají být autoinjektorem vybaveni i pacienti, kteří jsou ve velkém riziku vzniku anafylaxe (16). Jasně vymezené indikace k preskripci autoinjektoru s adrenalinem shrnuje aktualizované doporučení ČSAKI z roku 2019 (Tab. 3). Vzhledem k tomu, že za určitých podmínek nemusí mít aplikace jednoho autoinjektoru dostatečný efekt, doporučuje ČSAKI na základě evropských guidelines v jistých situacích předpis dvou balení adrenalinového autoinjektoru (Tab. 4) (13, 16).

V ČR jsou registrovány adrenalinové autoinjektory EpiPen (s obsahem 150 a 300 µg) a Emerade (s obsahem 150, 300 a 500 µg). K nácviu jejich užití jsou k dispozici trenažéry, které usnadňují edukaci pacienta. Autoinjektor s obsahem 0,15 mg (150 µg) je určený, jak již bylo zmíněno výše, pro děti vážící 7,5–25 kg, osobám s hmotností nad 25 kg je určen autoinjektor s obsahem 0,3 mg (300 µg). Pro použití autoinjektoru s obsahem adrenalinu 0,5 mg zatím nejsou k dispozici přesná data, dle

Tab. 2. Klasifikace systémové reakce po bodnutí hmyzem (upraveno dle Ringa a Messmera)

Stupeň	Příznaky
I.	generalizované kožní symptomy (flush, generalizovaná kopřivka, angioedém)
II.	mírné plicní, kardiovaskulární a gastrointestinální příznaky (dušnost, závrať, nausea)
III.	anafylaktický šok, ztráta vědomí
IV.	zástava srdce, apnoe

Tab. 3. Indikace k preskripci autoinjektoru s adrenalinem – doporučení ČSAKI 2019 (13)

1. pokud pacient prodělal anafylaxi navozenou potravinami, aeroalergeny, latexem, fyzickou zátěží nebo anafylaxi idiopatickou
2. pokud pacient prodělal anafylaxi navozenou hmyzem
3. v případě, že pacient anafylaxi zatím neprodělal, ale je v riziku anafylaxe, tj. má nestabilní středně těžké nebo těžké perzistující astma a současně závažnou formu alergie na potraviny, má prokázané mastocytární onemocnění či vysokou hladinu bazální tryptázy

Tab. 4. Situace vhodné k vybavení pacienta i druhým autoinjektorem – doporučení ČSAKI 2019 (13)

předchozí užití více než jedné dávky adrenalinu
předchozí téměř fatální anafylaxe
pokud je dávka v jednom autoinjektoru příliš malá z důvodu vyšší tělesné hmotnosti pacienta
současná přítomnost klinicky významné potravinové alergie (s výjimkou orálního alergického syndromu) a nestabilního nebo středně těžkého až těžkého perzistujícího astmatu
současná přítomnost onemocnění žírných buněk nebo zvýšení bazální hladiny tryptázy
obtížná dostupnost lékařské péče, např. z geografických nebo jazykových důvodů

doporučení ČSAKI se nabízí možnost preskripce tohoto autoinjektoru dospělému nemocnému s anamnestickým údajem téměř fatální anafylaxe, s nutností opakované aplikace dávky 0,3 mg (300 µg) v minulosti, s nadváhou či obezitou (BMI nad 30,0 kg/m²). Je-li v rukou lékaře, může být použit u nemocného s hmotností nad 50 kg (13).

Kromě adrenalinu mohou být pacienti navíc vybaveni také tabletami neselektivního antihistaminika s rychlým nástupem účinku (např. pro dospělé levocetirizin 10 mg nebo cetirizin 20 mg, pro děti dvojnásobná dávka adekvátní pro věk) a tabletami kortikoidu (např. prednison tbl à 20 mg v dávce: pro dospělé 50–100 mg a pro děti 1–2 mg/kg tělesné hmotnosti). Nemocní s astmatem by měli mít také k dispozici rychle působící inhalační beta-2-mimetikum. Všechny tyto léky jsou však léky doplňkové, lékem volby při anafylaxi je jednoznačně adrenalin. Vybavení těmito léky se doporučuje zejména u pacientů s alergií na hmyzí jed. Jedná se totiž o specifickou skupinu nemocných, kteří jsou (měli by být) léčeni vysoce efektivní profylaktickou léčbou VIT, která, jak již bylo uvedeno, významně snižuje riziko opakování anafylaktické reakce po dalším hmyzím bodnutí. U těchto nemocných je možné bezprostředně po bodnutí nejprve podat, pokud je pacient zcela asymptomatický, doporučenou dávku orálního antihistaminika a kortikoidu. Nicméně pokud se jakýkoli příznak svědčící pro rozvoj celkové alergické reakce (obvykle jakýkoli příznak vyskytující se mimo místo vpichu, např. kašel, chraptot, dušnost, slabost apod.) objeví, musí být neprodleně užit autoinjektor s adrenalinem, a to bez ohledu na užitou p. o. medikaci (15, 18). Naštěstí