

Diagnose en management van anafylaxie, een praktijkparameter

Bron: Lieberman P, Nicklas RA, Oppenheimer J, Kemp SF, Lang DM, et al. The diagnosis and management of anafylaxis practice parameter: 2010 update. *Journal of Allergy and Clinical Immunology* 2010;126:477-80.

Auteur: T. Hendriks

(*Ned Tijdschr Allergie & Astma* 2011;1:31-3)

Inleiding

Anafylaxie kan uitgelokt worden door veel oorzaken: voedsel, medicatie, biologicals, anesthesie, insectenbeten, latex, inspanning en kan ook idiopathisch zijn. Veel artsen worden er dus bij hun patiënten mee geconfronteerd. Het is belangrijk dat er duidelijke richtlijnen zijn voor de aanpak van anafylaxie, die alle hulpverleners die ermee te maken hebben kunnen toepassen.

In het artikel van Lieberman et al. wordt een update gegeven van de huidige kennis over diagnose, preventie en management van anafylaxie. De parameters werden ontwikkeld door een gezamenlijke 'task force' van American Academy of Allergy, Asthma and Immunology (AAAAI), American College of Allergy, Asthma and Immunology (ACAAI) en de Joint Council of Allergy, Asthma and Immunology. In deze samenvatting wordt alleen ingegaan op het acute management van een anafylactische reactie, waarin epinefrine (adrenaline) cruciaal is. Mogelijk kan dit ook een aanzet zijn tot een Nederlandse praktijkparameter.

Definitie

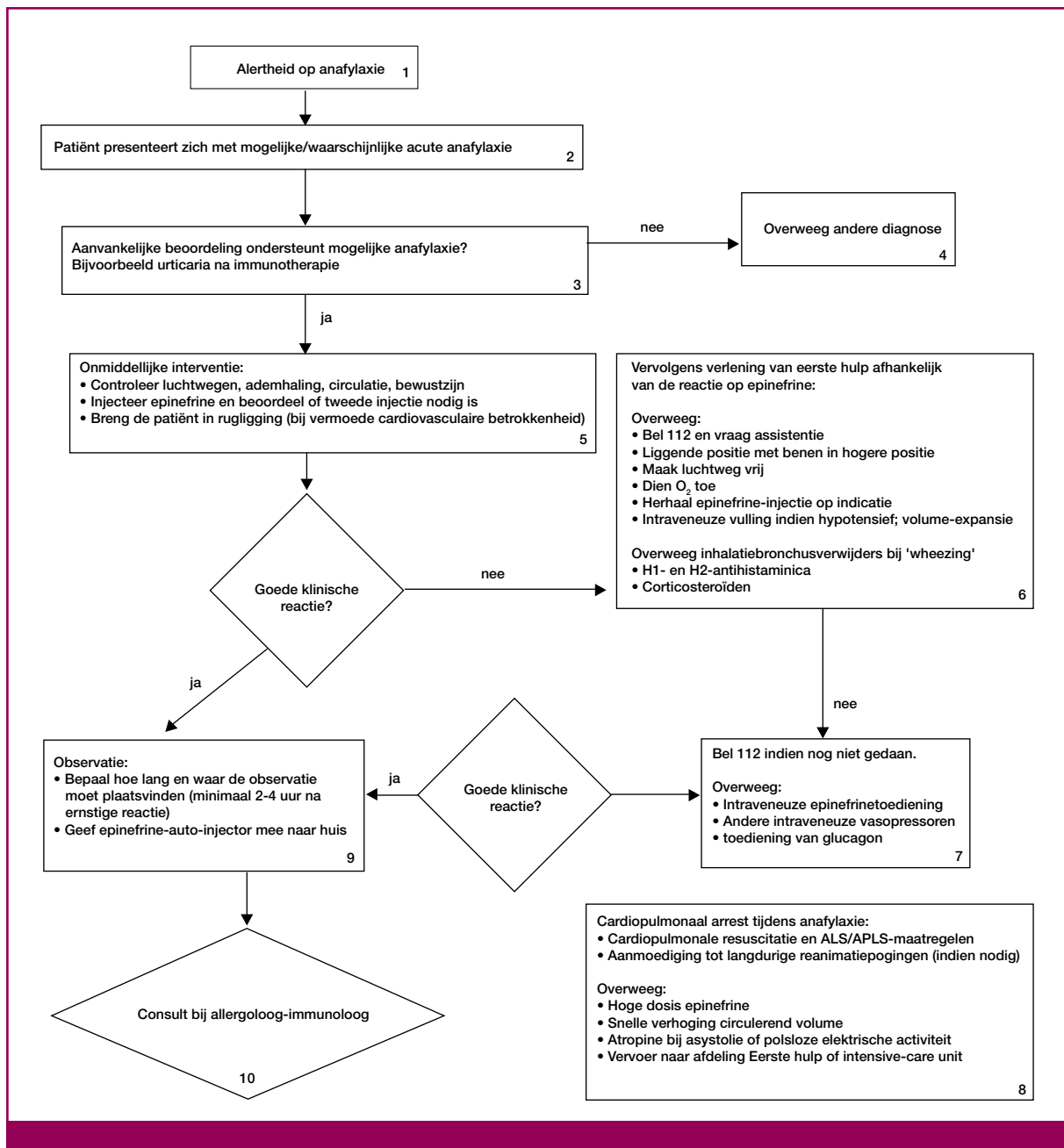
Anafylaxie wordt in dit artikel gedefinieerd als 3 klinische verschijningsvormen:

1. acuut begin van een reactie (minuten tot uren) met betrokkenheid van de huid en/of slijmvliezen en ten minste 1 van de volgende kenmerken:
 - a. respiratoire bedreiging;
 - b. verlaagde bloeddruk of symptomen van eindorgaanfunctie;
2. Twee of meer van de volgende verschijnselen die snel optreden na blootstelling aan een voor die patiënt 'waarschijnlijk' allergeen:
 - a. betrokkenheid van huid en/of slijmvliezen;
 - b. respiratoire bedreiging;

- c. verlaagde bloeddruk of geassocieerde symptomen;
 - d. persisterende gastro-intestinale symptomen;
3. verlaagde bloeddruk na blootstelling aan een bekend allergeen.

Management van anafylaxie

- Anafylaxie is een acute levensbedreigende systeemreactie met verschillende mechanismen, klinische presentatie en ernst, die veroorzaakt wordt door het plotseling systemisch vrijkomen van mediators uit mestcellen en basofielen.
- Hoe sneller anafylaxie zich ontwikkelt, hoe groter de kans is dat de reactie ernstig en levensbedreigend zal verlopen.
- Prompt herkennen van anafylaxie is dus cruciaal. Ook als er twijfel is, is het beter om toch epinefrine toe te dienen.
- Epinefrine en zuurstof zijn de meest belangrijke therapeutica die worden toegediend bij anafylaxie. Epinefrine is de medicatie van keuze. De juiste dosering dient zo snel mogelijk toegediend te worden bij de start van een anafylaxie. De experts zijn het erover eens dat de behandeling in volgorde van belang is: epinefrine, positioneren van patiënt, zuurstof, intraveneus vocht, verneveltherapie, vasopressoren, antihistaminica, corticosteroiden en eventueel andere middelen.
- Adequaat vullen met kristalloïden of colloïd en snel transport naar een ziekenhuis zijn essentieel voor patiënten die instabiel zijn, of niet reageren op de ingezette therapie.
- Medische praktijken waar anafylaxie kan voorkomen, moeten een erkend en voor iedereen te vinden plan van aanpak hebben bij anafylaxie. Dit moet regelmatig geoefend worden. Personeel dat er werkt, moet een anafylactische reactie snel kunnen herkennen en direct kunnen behandelen.



Figuur 1. Algoritme voor de behandeling van een anafylactische reactie buiten een klinische setting.

Epinefrine

Er wordt geadviseerd bij anafylaxie de epinefrine intramusculair te geven in de laterale dijspier.

Epinefrine (adrenaline) wordt geleverd in ampullen van 1:1000 (1 mg=1 ml). De dosis voor volwassenen is 0,2-0,5 mg of 0,2-0,5 ml. De dosis bij kinderen is 0,01 mg/kg of 0,01 ml/kg.

In Nederland zijn voor kinderen ook ampullen met 1:10.000 (0,1 mg=1 ml); de dosis is dan 0,01 mg/kg of 0,1 ml/kg.

Bij studies bij asymptomatische proefpersonen blijkt

dat bij intramusculaire toediening van adrenaline in de musculus vastus lateralis (laterale dij) de tijd tot de hoogste concentratie in bloed het kortst is. Dit is korter dan bij subcutane toediening of intramusculaire toediening in de musculus deltoideus. Er zijn geen studies die deze vergelijking bij patiënten met anafylaxie hebben onderzocht. Er zijn ook geen data die aangeven dat subcutane toediening of intramusculaire toediening van adrenaline in de musculus deltoideus niet effectief is.

Epinefrine moet direct intramusculair worden toe-

gediend als de diagnose anafylaxie wordt vermoed en kan elke 5 minuten worden herhaald, indien nodig zelfs sneller.

Intraveneuze toediening van adrenaline geeft een risico op potentieel levensbedreigende ritmestoornissen. De intraveneuze route moet dus alleen gebruikt worden bij patiënten met anafylaxie met een ernstige hypotensie of een cardiorespiratoir arrest of patiënten die niet reageren op herhaald intramusculair toegediende adrenaline. Er is geen erkend doseringsschema voor adrenaline IV, maar in het artikel worden wel doseringen geadviseerd.

Patiënten die bètablokkers gebruiken, hebben een groter risico op ernstige anafylaxie met bronchospasme en verminderde contractiliteit van het hart met diepe hypotensie en bradycardie. Dit komt mede doordat de reactie op epinefrine verminderd is. Als bij zo'n patiënt bij anafylaxie de epinefrine ineffectief is, kan glucagon een refractair bronchospasme of hypotensie couperen door het bypassen van de bèta-adrenerge receptor en direct adenylyclase activeren. Circulatoir helpt in dit geval isotone volume-expansie, dus vullen (soms wel tot 7 liter) is het beste.

Zuurstof

Zuurstof moet worden toegediend bij alle patiënten met een anafylactische reactie.

Vulling

Patiënten die hypotensief blijven of circulatoir bedreigd zijn ondanks epinefrinetoediening, moeten worden gevuld. De voorkeur gaat uit naar vulling met fysiologisch zout.

Soms zijn grote hoeveelheden vocht nodig om de circulatie te herstellen.

Vasopressoren als dopamine kunnen worden gebruikt als adrenaline en vulling falen.

Verneveltherapie

Als intramusculair toegediend epinefrine het bronchospasme onvoldoende verbetert, kan vernevelen met bèta-agonisten als salbutamol helpen. Er is casuïstiek dat bij bovensteluchtwegobstructie door angio-oedeem vernevelen met adrenaline effectief kan zijn.

Antihistaminica

Antihistaminica worden beschouwd als ondersteunende therapie en vervangen epinefrine niet. Het is bij anafylaxie tweedelijsmedicatie, die kan worden gegeven na de epinefrine. Ze verminderen de huidsymptomen en hebben een cardiovasculair stabiliserend effect.

Corticosteroiden

Glucocorticoïden zijn bij onderzoek niet effectief gebleken in de acute behandeling van anafylaxie, maar kunnen theoretisch wel een rol spelen bij de preventie van een geprotraheerde anafylaxie.

In *Figuur 1* op pagina 32 staat een schematische weergave van de opvang van een anafylactische reactie.

Conclusie

Epinefrine intramusculair is het middel van eerste keuze bij anafylaxie en kan zo nodig herhaald worden na 3-5 minuten. Intraveneuze toediening is alleen geïndiceerd bij ernstige hypotensie en cardiorespiratoir arrest.

Van belang is dat er per instelling een duidelijk, voor iedereen toegankelijk en uit te voeren protocol is.