

Anafilaksja

RYSZARD KURZAWA

Klinika Alergologii i Pneumonologii OT IG i ChP w Rabce-Zdroju

Grupa Ekspertów Europejskiej Akademii Alergologii i Immunologii Klinicznej (EAACI) w 2001 r. zaproponowała nową, obecnie obowiązującą w Europie, definicję anafilaksji – ciężkiej, zagrażającej życiu, systemowej lub uogólnionej, natychmiastowej reakcji nadwrażliwości. Nadwrażliwość została określona jako obiektywnie występujące, powtarzalne objawy wywołane przez ekspozycję na bodziec o sile dobrze tolerowanej przez osoby zdrowe. Jednolitej definicji anafilaksji nie ma do dziś. Pomimo powyższej propozycji EAACI z 2001 r., która zyskuje coraz więcej zwolenników, w amerykańskim stanowisku z 2005 r. anafilaksję zdefiniowano jako stan wywołany reakcją zależną od IgE i utrzymano dodatkowo podział na reakcje anafilaktoidalne, jako reakcje o takim samym obrazie klinicznym jak anafilaksja, ale niezależne od IgE. Również wśród lekarzy praktyków są różne podejścia do anafilaksji. Niektórzy z nich mianem anafilaksji określają reakcję, w trakcie której dochodzi do istotnego spadku ciśnienia tętniczego krwi i współtowarzyszących objawów bronchospastycznych, czyli obrazu przypominającego wstrząs lub zagrożenie wstrząsem. Inni zaś używają tego terminu także w przypadkach innych groźnych, typowych objawów o charakterze ogólnym i systemowym (np. pokrzywki i obrzęku). Anafilaksja i nadwrażliwość nie są traktowane jako jednostki chorobowe, więc istnieją duże trudności dotyczące oceny skali ich występowania w populacji. Analizując piśmiennictwo z okresu ostatnich 10 lat, wydaje się, że częstość występowania reakcji anafilaktycznych w ostatnim czasie się zwiększa (szczególnie wśród dzieci), a częstość tych zgonów w wyniku tych reakcji, na szczęście, cechuje zdecydowanie mniejsza tendencja wzrostowa.

W czasie ostatniego Kongresu EAACI w Warszawie, w sesji 12-tej ustnych prezentacji prac oryginalnych, przedstawiono 6 doniesień, związanych właśnie z epidemiologią anafilaksji – z oceną stosunku pacjentów do problemu zagrożenia wystąpienia reakcji anafilaktycznej, a także z leczeniem anafilaksji.

Worn i wsp. w swojej pracy zwrócili uwagę, że częstość występowania ciężkich reakcji alergicznych jest w dużym stopniu nieznana, a wciąż brak informacji odnośnie alergenów wywołujących i czynników nasilających, danych demograficznych pacjentów i możliwości leczenia [1]. Europejski szeroki rejestr danych (ANA-EU) mógłby być potężnym narzędziem służącym poprawie efektywności

leczenia ciężkich reakcji alergicznych, zarówno z perspektywy medycznej, jak i z perspektywy zdrowia publicznego. Analiza już istniejących rejestrów w kontekście typu i jakości danych, które są zbierane, została użyta do opracowania założeń paneuropejskiego rejestru. Rejestr ten powinien zwrócić szczególną uwagę na alergeny pokarmowe, jako najczęstsze czynniki wywołujące reakcje anafilaktyczne, oraz na ich prawidłowe leczenie we wszystkich krajach Unii Europejskiej. Rejestr ten powinien także uświadomić rzeczywistą skalę występowania tych reakcji w określonych populacjach, jak również poprawić efektywność postępowania leczniczego. Również z punktu widzenia prawnego – powinien pomóc w lepszym nadzorowaniu oznakowań na różnych produktach spożywczych (sprzedawanych w opakowaniach, jak również bez opakowań) odnośnie możliwości wystąpienia reakcji niepożądanych i reakcji krzyżowych. Dla lekarzy leczących i dla pacjentów zebrane i przeanalizowane dane, dotyczące wyników postępowania terapeutycznego, powinny być pomocne w doborze najbardziej efektywnych sposobów postępowania i tym samym poprawić opiekę medyczną nad uczulonymi pacjentami.

Muraro, wraz z zespołem autorów z Padwy [2], zwróciła uwagę na regionalny rejestr reakcji anafilaktycznych utworzony w 2007 r. w regionie Wenecji i północno-wschodnich Włoch, obejmujący populację 4,5 mln mieszkańców, w tym 700 000 dzieci w wieku od 0-15. r. z. Celem tego rejestru było monitorowanie, w czasie rzeczywistym, występowania przypadków reakcji anafilaktycznych, wymagających wizyt w SOR-ach lub hospitalizacji. System wykorzystuje komputerową bazę danych z 38 Oddziałów Ratunkowych dla dorosłych, z 2 Oddziałów Ratunkowych dla dzieci, oraz z 22 Szpitalnych Oddziałów Dziecięcych. Rejestr ten zawiera dane pacjentów, które są pomocne w leczeniu stopniowanym, zarówno w ostrej, jak i przewlekłej fazie postępowania, i pozwala na szybsze postawienie prawidłowej diagnozy i zidentyfikowanie czynnika przyczynowego. Dzięki temu umożliwia bardziej efektywne, celowane postępowanie terapeutyczne.

W kolejnej ciekawej prezentacji Jones i wsp. [3] dokonali przeglądu badań oceniających wiedzę i umiejętności pacjentów w zakresie obsługi autostrzykawkę z adrenaliną. Aby umożliwić szybką odpowiedź na leczenie reakcji anafilaktycznych, różne firmy produkują odpowied-

nio dawkowe strzykawki i urządzenia do automatycznego podawania adrenaliny (m.in.: EpiPen, AnaPen i Twinject). Pomimo dostępności tych urządzeń na rynku, już od pewnego czasu w wielu badaniach zwraca się uwagę na ich suboptymalne wykorzystanie. Celem pracy był przegląd przyczyn i niedoskonałości, zarówno w zakresie wiedzy, jak i umiejętności fachowego personelu medycznego, oraz pacjentów w zakresie używania autostrzykawk z adrenaliną. W bazie Medline od 1998 r. znaleziono 23 badania spełniające założone kryteria wyszukiwania (w większości badania z Wielkiej Brytanii (10) i USA (6)). 9 badań dotyczących oceny umiejętności personelu medycznego w zakresie demonstracji użycia autostrzykawki z adrenaliną wykazało, że tylko 21-36% fachowego personelu medycznego potrafiło prawidłowo zademonstrować pacjentowi użycie autostrzykawki. 14 badań oceniało wiedzę i umiejętności pacjentów lub opiekunów w zakresie prawidłowego użycia urządzeń do automatycznego podawania adrenaliny, i wykazało, że tylko 22-50% pacjentów i opiekunów używało ich prawidłowo. Jako najczęstsze problemy zgłaszano brak indywidualnego szkolenia w czasie demonstrowania tych urządzeń przez fachowy personel medyczny oraz brak wiedzy i zaufania, że w czasie podawania adrenaliny opiekun czy rodzic nie skaleczy swojego dziecka. Podsumowując, należy stwierdzić, że systematyczny przegląd badań prowadzonych od 10 lat wskazuje, że wiedza oraz umiejętności w zakresie postępowania w anafilaksji są bardzo małe, zarówno wśród personelu medycznego jak i pacjentów dorosłych, dzieci i ich opiekunów. Ważne jest również to, aby wyeliminować czynniki psychologiczne, takie jak obawy i brak przekonania wśród rodziców lub opiekunów dzieci, że obsługując (prawidłowo) autostrzykawkę z adrenaliną, nie zranią swojego dziecka.

Gallagher i wsp. [4] przedstawili stosunek brytyjskiej młodzieży z grupy ryzyka anafilaksji do autostrzykawk i urządzeń do automatycznego podawania adrenaliny. Jak wykazano w badaniach epidemiologicznych, młodzież stanowi grupę, w której ryzyko wystąpienia złych wyników leczenia anafilaksji jest większe niż w innych grupach. Personel medyczny często uważa, że to młodzi ludzie, nie nosząc przy sobie autostrzykawk z adrenaliną, plasują się w grupie zwiększonego ryzyka słabych wyników leczenia anafilaksji. W związku z powyższym grupa badaczy z Uniwersytetu w Edynburgu przeprowadziła pogłębione wywiady z 25 młodymi pacjentami i ich rodzicami, którym lekarze przepisali urządzenia do automatycznego podawania adrenaliny, na wypadek wystąpienia reakcji anafilaktycznej. Młodzież miała różny stosunek do noszenia tych urządzeń przy sobie: część z nich odmówiła noszenia ich przy sobie, podczas gdy inni rzadko wychodzili z domu bez nich. Największa część z badanych nosiła te urządzenia ze sobą tylko sporadycznie. Czynniki, które wpływały na to, kiedy i gdzie autostrzykawki były noszone przez młodzież, to z jednej strony poczucie bezpieczeństwa i ryzyka zagrożenia, a z drugiej, naciski ze strony rodziców. Najczęstszym życzeniem zgłaszanym przez młodzież było, aby autostrzykawki były bardziej kompaktowe. Chłopcy zwracali szczególnie uwagę na to, że urządzenia są nieporęczne i mają zbyt duże rozmiary. Wielu ankietowanych

nigdy nie używało urządzeń do automatycznego podania adrenaliny w czasie wystąpienia u nich reakcji anafilaktycznych, pomimo zaleceń z różnych powodów. Po pierwsze zarówno młodzi ludzie, jak i ich rodzice mieli wątpliwości, kiedy należy wykonać autoiniekcję adrenaliny. Po drugie ulegali panice w czasie wystąpienia reakcji anafilaktycznej. Po trzecie nie byli przekonani co do zasadności użycia autostrzykawk, optymistycznie zakładając, że reakcja anafilaktyczna ustąpi sama. Podsumowując wyniki tej analizy, należy stwierdzić, że stosunek młodzieży do podawania adrenaliny z autostrzykawk jest niewłaściwy.

Inne badania przeprowadzili Koutsostathis i wsp. [5]: ocenili czynniki związane z prawidłową techniką i stosowaniem urządzeń do automatycznego podawania adrenaliny u pacjentów uczulonych na jad owadów błonkoskrzydłych oraz ich wpływ na jakość życia. Do badania włączonych zostało 131 pacjentów regularnie odczulanych na jady owadów błonkoskrzydłych (VIT). Pacjentów proszono o:

- a) zademonstrowanie stosowania adrenaliny za pomocą urządzenia do automatycznego podawania adrenaliny z użyciem placebo,
- b) pokazanie swoich urządzeń do automatycznego podania adrenaliny przepisanych im przez lekarza, i sprawdzenie terminu przydatności ich zastosowania,
- c) udzielenie odpowiedzi, kiedy ostatnio przepisano im autostrzykawkę z adrenaliną, i czy byli przeszkoleni w zakresie prawidłowego wykonania iniekcji.

Autorzy badań wykazali, że automatyczne strzykawki do podawania adrenaliny zostały przepisane przez lekarzy 42% pacjentów w okresie po pierwszym użądleniu z reakcją ogólną oraz 68% pacjentów po drugim użądleniu przed rozpoczęciem immunoterapii (VIT). 94% pacjentów odpowiedziało, że noszenie przy sobie tych urządzeń znacznie wpłynęło na poprawę jakości ich życia, a u 72% pacjentów zdecydowanie obniżył się niepokój przed użądleniem, natomiast prawie 98% pacjentów oceniło, że stosowanie adrenaliny poprzez użycie tych urządzeń jest łatwe lub raczej łatwe. 13% pacjentów przechowywało swoje autostrzykawki w domu a 15% w samochodzie. 18% pacjentów użyłoby adrenaliny z autostrzykawki po użądleniu, pomimo niewystąpienia objawów a tylko 13% pacjentów nosiło przy sobie autostrzykawki, których termin ważności minął. Po rozpoczęciu VIT 29% pacjentów nie nosiło przy sobie automatycznych urządzeń do podania adrenaliny, przebywając na obszarach zagrożonych użądleniem. 10 spośród 131 pacjentów przeżyło reakcję wstrząsową (pięciu z nich nie nosiło autostrzykawk z adrenaliną). 60% pacjentów przestrzegało zaleceń lekarskich w zakresie noszenia przy sobie autostrzykawk a 75% pacjentów zademonstrowało poprawne ich użycie. Stwierdzono, że najbardziej przestrzegali zaleceń lekarskich pacjenci, którym autostrzykawki przepisano mniej niż 12 miesięcy wcześniej, a właściwie używali ich wyłącznie ci, którym przepisano je stosunkowo niedawno. Podsumowując, badacze greccy stwierdzili, że przepisanie urządzeń do automatycznego podawania adrenaliny było opóźnione u wielu pacjentów przed rozpoczęciem VIT (pozostawieni bez zabezpieczenia). Noszenie przy sobie autostrzyka-

wiek z adrenaliną zdecydowanie zmniejsza u pacjentów obawy przed użądleniem przez owady błonkoskrzydłe i poprawia jakość życia u większości chorych. Duża część pacjentów, niestety, nie potrafi prawidłowo stosować autostrzykawk. Wyniki wspomnianych badań wskazują, że sprawdzanie częstości przepisywania autostrzykawk jest dobrym niezależnym czynnikiem prognostycznym wykonywania oraz właściwej techniki ich stosowania. Jest to szczególnie ważne w niektórych grupach pacjentów – determinowanych przez wiek (u osób starszych) albo przez wykonywany zawód (u rolników, pszczelarzy). Częste i regularne przepisywanie autostrzykawk charakteryzuje grupę pacjentów uczulonych na jad owadów błonkoskrzydłych, co oznacza, że aktywnie interesują się swoją chorobą.

Tobiasz-Adamczyk i wsp. [6] ocenili wpływ uczulenia dzieci na jad osy i pszczoły na zachowanie się ich rodziców w sytuacjach zagrażających życiu dzieci po użądleniu przez te owady. Uczulenie na jad owadów błonkoskrzydłych u dzieci jest rzadkim, ale potencjalnie zagrażającym życiu, stanem chorobowym, który może znamienne wpływać na jakość życia zarówno chorych dzieci, jak i ich rodziców czy opiekunów. Celem tego badania była ocena wpływu uczulenia na jady owadów błonkoskrzydłych występującego u dzieci jako predyktora zachowań ich rodziców w sytuacjach podwyższonego ryzyka użądlenia przez osy i pszczoły. Rodzice 73 dzieci w wieku 5-14 lat pochodzący z pięciu współpracujących w tym programie centrów badawczych w Polsce (Kraków – 3 ośrodki, Białystok i Poznań) byli oceniani za pomocą specjalnie do tego celu zaadaptowanego kwestionariusza, który zawierał dane demograficzne i ogólną ocenę stanu zdrowia dzieci za pomocą skali Oude-Elberinka (oceniającej niepokój, czujność, ograniczenia i dyskomfort dorosłych pacjentów uczulonych na

jad osy) oraz informacje o oczekiwaniu na końcowy efekt i wpływ immunoterapii (VIT) na ocenę jakości życia dzieci (badanych na tych samych zasadach). Dzieci były badane w różnych okresach leczenia odczulającego (średnia wieku 1,9 lat, odchylenie standardowe SD=1,7) i oceniane za pomocą wieloczynnikowego modelu regresji liniowej według programu statystycznego SPSS 15 dla systemu Windows. Średnia całkowita wartość wskaźnika oceniającego jakość życia (QoL) u rodziców dzieci uczulonych na jad owadów błonkoskrzydłych wynosiła 3,7 pkt, (SD=1,3) w 7-punktowej skali oceny. Najwyższe wartości punktowe wśród różnych analizowanych składowych jakości życia dotyczyły oceny niepokoju (średnia 2,7 pkt, SD=1,5). Czasokres prowadzenia skutecznej immunoterapii (VIT) wpływał na wszystkie aspekty oceny jakości życia w badanej grupie. Poziom niepokoju w grupie rodziców obniżał się w zależności od wyników leczenia odczulającego. Całkowita ocena jakości życia rodziców była niższa w przypadkach, gdy ich dzieci zostały użądłone co najmniej 3 lub 5 razy przed rozpoczęciem VIT. Wynik był niższy w zależności od wzrostu oczekiwań na poprawę po zakończeniu odczulania. Z przeprowadzonego badania autorzy wyciągnęli następujące wnioski:

- a) czas prowadzenia leczenia odczulającego (VIT) u dzieci wpływa na jakość życia ich rodziców,
- b) poziom niepokoju rodziców zmniejsza się w zależności od wzrostu ich oczekiwań po zakończeniu leczenia odczulającego (m.in. poczucie bezpieczeństwa),
- c) jakość życia rodziców i dzieci związane z ich chorobą były zależne od tych samych składowych.

Omówione streszczenia zjazdowe

(Allergy, Supplement 90. 2009; Vol. 64):

1. Worm M i wsp. Towards a European registry of severe allergic reactions: current status of national registries and future needs. (Abstract 67, p. 33)
2. Muraro A i wsp. Implementation of an area-based register for anaphylaxis monitoring. (Abstract 68, p. 33)
3. Jones C i wsp. A systematic review of studies assessing professionals and patients' knowledge and skills in the use of self-injectable epinephrine. (Abstract 69, p. 33-34)
4. Gallagher M i wsp. Attitudes to adrenaline auto-injectors in UK adolescents at risk of anaphylaxis. (Abstract 70, p. 34)
5. Koutsostathis N i wsp. Factors associated to proper technique and carrying compliance with self-injectable adrenaline in insect venom allergic patients and its effect on patients' quality of life. (Abstract 71, p. 34-35)
6. Tobiasz-Adamczyk B i wsp. The impact of yellow-jacket and bee venom allergy in children on the behaviour of patients during situations when the children are at risk of being stung. (Abstract 72, p. 35)