

Anafylaxe po požití kmínu

Jiřina Chládková

Dětská klinika UK LF a FN, Hradec Králové

Nemocní s potravinovou alergií jsou vystaveni vysokému riziku anafylaxe, které dosahuje 30 %. Ne vždy je snadné rozpoznat anafylaxi podle klinických příznaků. Tíže anafylaxe je různá a kolísá od mírných příznaků až po úmrtí během několika minut po expozici alergenem na globální respirační insuficienci nebo kardiální selhání. Lék první volby adrenalin se aplikuje co nejdříve po objevení se příznaků anafylaxe intramuskulárně, a to bez ohledu na to, zda-li jde o ambulantního nebo hospitalizovaného pacienta. Neexistuje absolutní kontraindikace podání adrenalinu u anafylaxe, která nemocného ohrožuje na životě. Mezi jednoznačné indikace k předpisu autoinjektoru s adrenalinem patří anafylaxe s respiračními a kardiovaskulárními příznaky, anafylaxe vyvolaná fyzickou námahou, idiopatická anafylaxe a perzistující astma sdružené s potravinovou alergií. Kazuistika pojednává o těžké anafylaxi vyvolané kmínem obsaženém v kari koření u 17 leté dívky s polyvalentní potravinovou alergií a průduškovým astmatem pod nedostatečnou kontrolou.

Klíčová slova: potravinová anafylaxe, kmín, adrenalin, autoinjektor.

Caraway seed-induced anaphylaxis: a case report

Patients with food allergy are at great risk of anaphylaxis reaching 30%. Anaphylaxis is not always easy to recognize clinically. It may be mild and may disappear spontaneously or it may be severe and progress within minutes to respiratory or cardiovascular compromise and death. Intramuscular epinephrine is an established first-line therapy for anaphylaxis, in hospital and in the community, and should be given as soon as the condition is recognized. There are no absolute contraindications to administering epinephrine in patients with life-threatening anaphylaxis. Absolute indications for prescribing self-injectable epinephrine are prior cardiorespiratory reactions, exercise-induced anaphylaxis, idiopathic anaphylaxis and persistent asthma with food allergy. This case report shows severe anaphylaxis caused by curry spice containing caraway seeds in a 17-year-old girl with a multiple food allergy and uncontrolled bronchial asthma.

Key words: food-induced anaphylaxis, caraway seeds, epinephrine, autoinjector device.

Klin Farmakol Farm 2011; 25(4): 199–200

Úvod

Děti a dospělí s potravinovou alergií jsou vystaveni vysokému riziku anafylaxe, které dosahuje až 30 %. Mezi časté alergizující potraviny patří mléko, ořechy, arašidy, ryby, měkkýši, korýši, vejce, ovoce a zelenina, koření a mák. Přitom lískové a vlašské ořechy, arašidy, ryby, měkkýši a korýši (krevety, krabi, sčepie, ústřice aj.) primárně vyvolávají celoživotní potravinovou alergii a anafylaxi s těžším průběhem. Ne vždy je snadné rozpoznat anafylaxi podle klinických příznaků. Mezi časté příznaky patří generalizovaná kopřivka, angioedém, dušnost, zvracení, bolesti břicha, průjem a hypotenze. Tíže anafylaxe je různá a kolísá od mírných příznaků, které spontánně vymizí v důsledku působení endogenního adrenalinu, angiotenzinu II a endotelinu, až po úmrtí během několika minut po expozici alergenem na globální respirační insuficienci nebo kardiální selhání. V současnosti není dostupný žádný rychlý a spolehlivý diagnostický test pro anafylaxi. Neexistuje ani žádná laboratorní metoda, pomocí které by bylo možné odlišit od sebe osoby přecitlivělé na potravinové alergenů bez rizika anafylaxe a jedince s rizikem anafylaxe.

Pravděpodobnost fatálního průběhu je vyšší, pokud se anafylaxe rozvine u pacienta s průduškovým astmatem pod nedostatečnou kontrolou, alergií na ořechy, arašidy, ryby, měkkýše a korýše a v případě, že je opomenuto podání adrenalinu nebo je-li příliš pozdní. Lék první volby adrenalin

se aplikuje co nejdříve po objevení se příznaků anafylaxe intramuskulárně, a to bez ohledu na to, zda-li jde o ambulantního nebo hospitalizovaného pacienta. Neexistuje absolutní kontraindikace podání adrenalinu u anafylaxe, která ohrožuje nemocného na životě (nejčastěji dušnost nebo hypotenze). Mezi jednoznačné indikace k předpisu autoinjektoru s adrenalinem patří anafylaxe s respiračními a kardiovaskulárními příznaky, anafylaxe vyvolaná fyzickou námahou, idiopatická anafylaxe (vyvolávající faktor nebyl zjištěn) a perzistující (chronické) průduškové astma sdružené s potravinovou alergií (1).

Anamnéza

Sedmnáctiletá dívka byla dispenzarizována ve spádové alergologické ordinaci pro potravinovou alergii, sezonní alergickou rýmu a atopické průduškové astma. Vyšetření séra prokázalo pozitivitu specifických IgE protilátek proti roztočům, pylu trav a z potravinových alergenů proti máku, česneku a kmínu.

Osobní anamnéza

V 5 letech života byla dívka dvakrát hospitalizována pro středně těžkou exacerbaci astmatu. I když měla v posledních 3 letech příznaky perzistujícího astmatu, které ji omezovaly ve sportovní aktivitě, nebyla léčena inhalačními kortikosteroidy. Symptomy astmatu (kašel, pís-

koty a dušnost) se objevovaly s četností třikrát týdně při sportovní činnosti (především běhu) a při akutní respirační infekci. V období pylové sezony užívala nepravdělně pro alergickou rýmu cetirizin v denní dávce 10 mg (Zyrtec tbl.).

V posledních 3 letech si stěžovala na projevy potravinové anafylaxe. Udávala otoky rtů, svědění patra, nevolnost a silné bolesti břicha po požití máku, kmínu, sezamu a lískových ořechů. Po bonbonech obsahujících mátu se objevovala i dušnost. Dívka byla poučena spádovým alergologem o nutnosti vyloučit z jídelníčku alergizující potraviny, ale autoinjektor s adrenalinem k dispozici neměla.

Rodinná anamnéza

Dívčin otec a jeho matka se léčí inhalačními kortikosteroidy pro atopické průduškové astma a dívčina matka prodělala epizody anafylaxe vyvolané acylpyrinem a penicilinovými antibiotiky.

Anafylaxe po požití kmínu obsaženém v kari koření

Dívka si ve školní jídelně na začátku dubna (před nástupem pylové sezony trav, na které byla přecitlivělá) objednala masovou směs s rýží, která byla ochucena kari kořením. Žádné léčivé přípravky v té době neužívala. Nikdy v minulosti toto směsné koření nepožila. Netušila ani, že obsahuje kmín, který u ní již v minulosti anafylaxi vyvolal. Její matka velmi pečlivě dbala na eliminační dietu

a žádné koření při vaření nepoužívala. Stravování v restauracích se rodina vyhýbala.

Bezprostředně po požití prvního sousta dívka pocítila pálení v dutině ústní. I když ho okamžitě vyplivla na talíř, do 5 minut se objevila silná bolest břicha a dušnost. Ihned informovala o svých obtížích mobilním telefonem dědu, který duchapřítomně přivolal vozidlo RZP s lékařem. Dívka vyšla z jídelny naproti zdravotníkům a na chodníku před školní jídelnou upadla do bezvědomí. Vozidlo RZP dorazilo k dívce za 5 minut po nahlášení anafylaxe dispečerce. Lékař okamžitě zahájil oxygenoterapii, zajistil žilní vstup a nitrožilně aplikoval 60 mg methylprednisolonu (Solu-Medrol inj. i. v.), Calcium chloratum 10 ml a rychlou infuzi 250 ml fyziologického roztoku (během 10 minut).

Hospitalizace na dětské klinice

Při přijetí na dětskou kliniku byla dívka dušná a dezorientovaná. Dýchání bylo zrychlené (DF 25/min) s distančními pískoty. Měla tachykardii (TF 96/min) a krevní tlak byl při dolní hranici normy (100/60 torrů). Ihned byla zahájena bronchodilatační léčba inhalačním salbutamolem (Ventolin dos. aer. 4 x 4 dávky, tj. 4 x 400 mikrogramů po 20 minutách během první hodiny) přes inhalační nástavec Volumatic. Intravenózně byl aplikován klemastin (Tavegil inj. i.v.) v dávce 2 mg, methylprednisolon (Solu-Medrol inj. i.v.) celkem 500 mg a Calcium chloratum 10 ml. Po přijetí byla podána infuze 500 ml fyziologického roztoku rychlostí 250 ml/hod. Po 2 hod. příznaky anafylaxe vymizely. Přestože se u dívky objevila dušnost, ani jeden z lékařů neindikoval intramuskulární podání adrenalinu.

Za dva dny bylo provedeno alergologické vyšetření. Plicní funkce byla normální a bronchodilatační test byl negativní (léčba methylprednisolonom). Vzhledem k anamnestickým údajům, které svědčily jednoznačně pro perzistující průduškové astma, byla zahájena preventivní antiastmatická farmakoterapie beklomethazonem (Ecobec Easi-Breathe dos. aer.) v dávce 2 x 250 mikrogramů. Dívka byla zacvičena ve správné inhalační technice z dechem aktivovaného inhalátoru a v používání autoinjektoru s adrenalinem (Epipen inj. 0,3 mg). Zároveň byla vybavena písemným plánem léčby anafylaxe a astmatu (včetně salbutamolu a prednisonu) a dostala pohotovostní balíček. Byla také poučena o nutnosti důsledně se vyhnout všem potravinám (kmín, mák, sezam, lískové ořechy a máta), které byly spouštěčem anafylaxe v minulosti. Byla informována o tom, že důležité je nejen sledovat složení potravin na etiketách od výrobců, ale nezbytné je i zjistit, z čeho se skládá jídlo ve školní jídelně nebo restauraci (nebezpečí skrytých potravinových alergenů).

Další průběh onemocnění

Po měsíci preventivní farmakoterapie byla astma pod úplnou kontrolou. Za tři měsíce byla denní dávka beklomethazonu (Ecobec Easi-Breathe dos. aer.) snížena 2 x 100 mikrogramů. Pro lehkou perzistující alergickou rýmu v pylové sezoně dívka užívala levocetirizin (Xyzal tbl.) 5 mg. Její sportovní výkonnost se tak zlepšila, že získala stříbrnou medaili na juniorském mistrovství Evropy v karate. V dalších 10 letech byla alergická onemocnění pod úplnou kontrolou a anafylaxe se při důsledném dodržování eliminační diety již neobjevila.

Diskuze

Těžká anafylaxe jako projev potravinové alergie není častá, přesto si zasluhuje náležitou pozornost. Vzhledem k nárůstu prevalence potravinové alergie a anafylaxe ve vyspělých zemích západní Evropy a měnícím se stravovacím návykům v České republice lze očekávat, že počet postižených dětí bude stoupat i u nás.

V tomto případě byla anafylaxe velmi pravděpodobně vyvolána kmínem, na který byla dívka přecitlivělá a po jeho požití již celkovou alergickou reakci v minulosti prodělala.

Kari je směsné koření (může být složeno až ze 36 druhů koření), které nejčastěji obsahuje kmín, koriandr, kurkumu, pepř, kardamon, fenykl, papriku, hořčici, zázvor, ale i piskavici, česnek, muškát, hřebíček, anýz a čili.

V souhlase s literárními údaji nebyl terapeutický postup správný. I když je u anafylaxe s dušností a nebo hypotenzí jednoznačně indikována intramuskulární aplikace adrenalinu, nebyl u dívky použit. Důvodem by mohly být neoprávněné obavy z nežádoucích účinků intramuskulárního adrenalinu, mezi které u dětí a mladých dospělých patří krátkodobé zblednutí, palpitace, zvracení a třes. Důležité je, že neexistují kontraindikace podání adrenalinu u anafylaxe, která ohrožuje život. Výhodou je, že závažná srdeční onemocnění jsou u mladých osob vzácná. Opatrnosti je třeba u nemocných s obstruktivní hypertrofickou kardiomyopatií, která se vyskytuje zcela výjimečně (1).

Intramuskulární cesta podání je doporučována pro přednemocniční i nemocniční terapii z důvodu rychlé biologické dostupnosti. V porovnání s intravenózním má intramuskulární podání adrenalinu delší účinek a lepší bezpečnostní profil. Nejvýhodnějším místem pro intramuskulární injekci je zevní plocha střední třetiny stehna. Intravenózní adrenalin se podává na JIP u nemocných s těžkou anafylaxií, u kterých nebyla úspěšná farmakoterapie intramuskulárním adrenalinem nebo při kardiálním selhání. Podmínkou je sledování srdeční činnosti a krevního tlaku (nebez-

pečí hypertenzní krize a komorové tachykardie). Subkutánní a inhalační podání adrenalinu nebulizací není dostatečně účinné pro nižší systémovou dostupnost (2). Terapie antihistaminikem má své opodstatnění, stejně tak jako použití glukokortikoidu v dostatečné dávce. Význam glukokortikoidu podaného v akutní fázi anafylaxe spočívá v zabránění rozvoje pozdní fáze, která se může objevit v intervalu 6–8 hod. Riziko pozdní fáze anafylaxe je důvodem hospitalizace nemocného po dobu 24 hod., a to i v případech, kdy se podaří akutní fázi dobře zvládnout. Proto musí být pacient poučen, aby po aplikaci léčivých přípravků bez prodlevy přivolal RZP (tel. 155) (3). Je také třeba změnit postoj k používání kalcia, které již nemá místo v léčbě akutních alergických stavů.

V rámci první pomoci je třeba nemocné s hypotenzí neprodleně uložit do polohy vleže s elevací dolních končetin, zatímco pacienti s dušností zaujmají polohu v sedě nebo v polosedě.

Příběh také ukazuje, jak důležité je u pacientů s alergickou rýmou aktivně pátrat po příznacích astmatu. Toto pravidlo platí zejména u dospívajících a mladých dospělých, kteří mají tendenci podceňovat příznaky onemocnění nebo dokonce je zamlčovat, aby se vyhnuli diagnóze chronického onemocnění.

Závěr

Vzhledem k tomu, že většina těžkých anafylaxií se objevuje po náhodném požití alergizujících potravin mimo domov a riziko recidivy je vysoké, je nezbytné, aby nemocný nosil s sebou pohotovostní balíček (např. autoinjektor s adrenalinem v jednom pouzdře spolu s mobilním telefonem) a průkazku alergika se záznamem faktorů vyvolávajících anafylaxi. Zároveň je třeba, aby byl pacient poučen o tom, jakým způsobem (návlek s placebem) a za jakých okolností použít adrenalin v autoinjektoru (písemný plán léčby anafylaxe).

Literatura

1. Muraro A, Roberts G, Clark A, et al. The management of anaphylaxis in childhood: position paper of the European academy of allergology and clinical immunology. *Allergy* 2007; 62: 857–871.
2. Petrů V. Anafylaktické reakce. *Alergie, Supplementum* 1/2005; 41–44.
3. Simons FER, Frew AJ, Ansotegui IJ, et al. Practical allergy (Practall) report: risk assessment in anaphylaxis. *Allergy* 2008; 63: 35–37.

Článek přijat redakcí: 24. 10. 2011

Článek přijat k publikaci: 14. 11. 2011

doc. MUDr. Jiřina Chládková, Ph.D.

Dětská klinika UK LF a FN
Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové
chladkova@fnhk.cz