

gií udávala současně přítomnost jiných alergií, např. potravinových či na plísň, traviny či srst, především potravinové alergie byly identifikovány jako rizikový faktor spojený s přítomností lékových alergií, spolu s ženským pohlavím a anamnézou atopie (12). Jedním z vlivů zvyšujících četnost diagnózy lékové alergie u pacientů s jinou přítomnou alergií je i zvýšená informovanost těchto pacientů o příznacích a průběhu alergické reakce (11, 13).

Kožní manifestace byla nejčastěji uváděným projevem alergických reakcí (41 %), což je v souladu s publikovanými daty (27,3–98,6 %) (11). Četnost anafylaktických reakcí se v literatuře uvádí mezi 2,1–10 % v závislosti na definici, v našem případě byla reakce s postižením více než jednoho orgánového systému udávána v 5 % případů.

Dle očekávání a v souladu s literárními údaji (11) byly nejčastěji uváděné lékové skupiny antibiotika (36 % všech alergií) a z nich nejčastěji betalaktamy (55 %) a kotrimoxazol (24 %), na dalším místě pak nesteroidní antiflogistika, přípravky s obsahem jódu a lokální anestetika. V případě udávaných alergií na jód se jednalo ve 33 % případů o anamnézu reakce na kontrastní látku, v ostatních případech pak šlo o reakce na desinfekční přípravky. Při odběru anamnézy je nutné pečlivě rozlišovat mezi těmito variantami, aby nedocházelo ke zbytečným kontraindikacím podání kontrastních látek u pacientů s kontaktní reakcí na desinfekční přípravky.

Klíčovou součástí studie bylo zhodnocení shody mezi zdravotnickou dokumentací a anamnézou odebranou od pacienta. U 15 % pacientů byl zjištěn rozpor mezi údaji uvedenými v dokumentaci a těmi získanými při podrobném odběru anamnézy. Ve více jak polovině těchto případů pacient popíral alergii uvedenou v dokumentaci, ve 40 % pak uváděl alergii, která nebyla v dokumentaci zaznamenána. V obou případech hrozí potenciální ohrožení zdraví pacienta, ať už podáním rizikové léčivé látky či zbytečnou nutností podání alternativních léčiv, která mohou být rizikovější z hlediska nežádoucích účinků či mohou mít nižší účinnost než léky první linie, případně mohou být nákladnější. Literární údaje uvádějí, že až 85 % podezření na lékové alergie se při objektivních testech nepotvrdí (14), v případě alergie na penicilin pak může dokonce až 97 % udávaných alergií být falešně pozitivních (15). U těchto pacientů jsou pak často volena antibiotika ze skupiny makrolidů,

flurochinolonů či glykopeptidů, která nesou vyšší riziko toxicity a vyšší náklady (4).

Uvádí se, že až 80 % dokumentace zapisované při vyšetření pacienta je zkopírováno z předchozích záznamů a jen část lékařů při odběru anamnézy ověřuje údaje uvedené v elektronickém systému (4, 16). Ač je to s ohledem na časový tlak pochopitelné, může to vést i k tomu, že údaj v anamnéze jednou uvedený již není znovu ověřen, nebo je i při pochybnostech o jeho validitě dále uváděn „pro jistotu“, případně s poznámkou „dle dokumentace“. Alergologické anamnézy jsou navíc ve velké většině případů uváděny jen velmi stručně, nejčastěji jen s uvedením názvu léčivé látky či léčivého přípravku, bez popisu průběhu reakce. To zásadně komplikuje vyhodnocení skutečného rizika a rozlišení intolerancí či nežádoucích účinků od opravdových alergií.

Jednou ze standardních metod k odhadu pravděpodobnosti souvislosti mezi expozicí léčivému přípravku a výskytem nežádoucích účinků je tzv. Naranjo skóre, které hodnotí mimo jiné časové souvislosti, přítomnost alternativních vysvětlení či potvrzení objektivními metodami (17). V případě naší populace nebylo nakonec toho skóre vyhodnoceno, protože s ohledem na časový odstup od výskytu reakcí nebylo možné většinu otázek zodpovědět a skóre se tak pro velkou většinu pacientů pohybovalo v pásmu „možné“ reakce (1–4 body). Hodnocení příčinné souvislosti tak bylo provedeno méně formálně, kdy autoři nezávisle vyhodnotili jednotlivé reakce a poté dosáhli konsensu na těch, které lze považovat za méně pravděpodobné. Příkladem byl výskyt kašle po inhibitech angiotenzin konvertujícího enzymu, nevolnost či průjem po antibioticích nebo točení hlavy bez dalších příznaků po podání lokálních anestetik. Vyhodnocení validity anamnézy při klinické indikaci v ní uvedeného léčivého přípravku musí být provedeno individuálně se zvážením možných rizik a možností monitorace pacienta (například podání cefalosporinů hospitalizovanému pacientu s uváděnou nepřesvědčivou alergií na penicilin).

V případě informací o objektivizaci přítomnosti alergie nebyli často pacienti schopni upřesnit, na kterou alergii byl případný test proveden. Vzhledem k tomu, že četnost testů byla vyšší u pacientů s vícečetnými reakcemi zahrnujícími i alergie nelékové, lze odhadnout, že objektivní testy byly prováděny spíše na přítomnost potravinových či pylových alergií. To je v souladu s publikovanou literaturou, dle které je jen malé procento lékových alergií ověřeno

objektivním testem (13). Situaci nadále komplikuje skutečnost, že pozitivní a negativní prediktivní hodnota alergologických testů nemusí být dostatečná, jejich použití není standardizováno (9, 18). Mezi dostupné metody objektivizace alergických reakcí patří především alergologem provedené kožní testy zahrnující i intradermální techniku, laboratorní testy (při anafylaxi akutní hladina tryptázy a s odstupem stanovení specifických IgE a/nebo testu aktivace bazofilů) a v neposlední řadě provokační testy k vyvolání alergie u pacientů s nízkým rizikem skutečné alergie, v praxi nejčastěji prováděné u penicilinových antibiotik a lokálních anestetik. Seznam českých pracovišť věnujících se diagnostice lékových alergií je možné najít na stránkách České společnosti alergologie a klinické imunologie (<https://www.csaki.cz/lekove-alergie>).

Omezením prezentované studie je zahrnutí pouze některých klinik nemocnice a někdy velmi dlouhý časový odstup od proběhlé reakce neumožňující získání odpovědi na všechny dotazy. Silnou stránkou je opravdu podrobný popis udávaných alergií u velké většiny pacientů, v rámci limitací zmíněných výše, který umožňuje vyhodnocení závažnosti a pravděpodobné validity anamnézy lépe než informace běžně uváděné v dokumentaci. Bohužel nebylo v možnostech této studie u pacientů provádět objektivní vyšetření na přítomnost alergické reakce – vyhodnocení pravděpodobně falešně pozitivních anamnéz bylo tedy možné provést jen orientačně na základě podrobného popisu klinického obrazu.

Výsledky ilustrují důležitost kvalitního opakování odběru alergologické anamnézy a jejího záznamu v dokumentaci tak, aby bylo možné při léčbě pacienta kvalifikovaně volit optimální farmakoterapii.

Závěr

Prevalence amnesticky udávaných lékových alergií mezi hospitalizovanými pacienty je vysoká. Kvalita alergologické anamnézy se zaměřením na léky je klíčová pro bezpečnou a racionální terapii. Objektivizace přítomnosti lékové alergie je prováděna jen v ojedinělých případech a není standardní součástí diagnostického postupu. Omezení výskytu falešně pozitivních či negativních anamnéz může zlepšit kvalitu péče snížením nutnosti používání léků druhé linie.

*Kateřina Pospíšilíková a Veronika Glumbíková se na přípravě textu podílely stejným dílem.
Podpořeno grantem AZV 17-31540A*