

ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΞΕΙΑ ΚΝΙΔΩΣΗ ΣΤΗΝ ΑΝΑΦΥΛΑΞΙΑ

*Αθηνά Παπαδοπουλου,
Διευθύντρια ΕΣΥ, ΓΝ ΚΑΤ
παιδίατρος αλλεργιολόγος-πνευμονολόγος*

Κνίδωση ονομάζεται η ταχεία εμφάνιση πομφών, μεταναστευτικού χαρακτήρα που περιβάλλονται από ερυθρή άλω και μπορεί να συνοδεύονται από αγγειοοίδημα, αίσθημα κνησμού ή καύσους. Οι πομφοί υποχωρούν πλήρως μέσα σε 24 ώρες είτε αυτόματα είτε με την βοήθεια αντισταμινικών φαρμάκων. Εμφανίζεται συχνά στα βρέφη και τα παιδιά (>40%) ιδιαίτερα σε παιδιά με ατοπία.

Αγγειοοίδημα ορίζεται η επίκτητη περιστασιακή αύξηση της διαπερατότητας των αγγείων η οποία προκαλεί σημαντική έγχρωμη διόγκωση του υποδέρματος και του κατώτερου τμήματος της επιδερμίδας. Το αγγειοοίδημα μπορεί να συνοδεύεται από πόνο ή καύσος ενώ υποχωρεί δυσκολότερα από τους πομφούς σε διάστημα 72 ωρών.

Τα κυριότερα αίτια κνίδωσης με ή χωρίς αγγειοοίδημα στα παιδιά είναι οι ιώσεις και οι τροφές ενώ σπανιότερα τα φάρμακα, τα υμενόπτερα, φυσικά αίτια ή επαφή με χημικές ή ερεθιστικές ουσίες. Η κνίδωση στα παιδιά παρόλο που συνήθως υποχωρεί αυτόματα, συχνά υποτροπιάζει. Διακρίνεται σε οξεία αν οι πομφοί υποτροπιάζουν μέσα σε διάστημα μικρότερο των 6 εβδομάδων. Με την χρήση της κλίμακας UAS7 η οποία αξιολογεί τον αριθμό των πομφών και την σοβαρότητα του κνησμού όπως αυτή εκτιμάται από τον ασθενή, καταγράφεται η ενεργότητα της νόσου. Διαφορική διάγνωση θα πρέπει να γίνει από την κνιδωτική αγγειίτιδα, την μαστοκύττωση, το κληρονομικό αγγειοοίδημα, την αναφυλαξία στην άσκηση και την κρουοσφαιρινοπάθεια

Η κνίδωση ιστοπαθολογικά χαρακτηρίζεται από συσσώρευση μαστοκυττάρων η αποκοκκίωση των οποίων ελευθερώνει ισταμίνη, τον παράγοντα ενεργοποίησης των αιμοπεταλίων (PAF) και πληθώρα κυτοκινών που ενεργοποιούν τα αισθητικά νεύρα και προκαλούν αγγειοδιαστολή, εκροή πλάσματος και συνάθροιση ουδετεροφύλων, ηωσινοφίλων και T λεμφοκυττάρων. Σε μια αναφυλακτική αντίδραση η ιστοπαθολογική εικόνα είναι εντονότερη και γενικευμένη

Η αναφυλαξία αποτελεί μία σοβαρή επικίνδυνη για την ζωή IgE μεσολαβούμενη αντίδραση υπερευαισθησίας η οποία χρήζει άμεσης αντιμετώπισης με την χορήγηση αρχικά επινεφρίνης ενδομυϊκά. Αναγνωρίζονται γύρω στις 1-30 περιπτώσεις ανα 100000 πληθυσμού το χρόνο ενώ 1-2% αυτών έχει τελική κατάληξη. Συχνότερα αίτια αποτελούν οι τροφές (φυστίκι, ξηροί καρποί, ψάρι, οστρακοειδή, γάλα, αυγό), τα δείγματα από υμενόπτερα και τα φάρμακα ενώ στο 1/3 αυτών δεν αναγνωρίζεται υπεύθυνο αίτιο.

Τα κριτήρια διάγνωσης της αναφυλαξίας φαίνονται στο πίνακα. Βασικά απαιτείται η παρουσία συμπτωμάτων από τουλάχιστον δύο συστήματα εκτός αν τα συμπτώματα αφορούν το καρδιαγγειακό σύστημα.

Μέχρι σήμερα αναγνωρισμένος εργαστηριακός δείκτης ο οποίος να μπορεί να καθορίσει την ομάδα εκείνη των παιδιών που θα εκδηλώσει αναφυλαξία δεν υπάρχει. Ούτε τα όρια ασφαλεία των εργαστηριακών δοκιμάσιων σε ευαισθητοποιημένους ασθενής μπορούν καθαρά να διακρίνουν την ανοχή από την αναφυλαξία. Η μέτρηση της ισταμίνης αποτελεί ένα καλό δείκτη αν μετρηθεί μέσα στη πρώτη μισή ώρα. Η μέτρηση της ολικής τρυπτάσης κατά την διάρκεια του αναφυλακτικού επεισοδίου θα μπορούσε να βοηθήσει αν είναι γνωστές οι τιμές αυτής εν ηρεμία για το συγκεκριμένο ασθενή αλλά δεν αυξάνεται σε αναφυλαξία από τροφή. Η μέτρηση της β τρυπτάσης αποτελεί πιο ειδικό δείκτη ενεργότητας των μαστοκυττάρων στην αναφυλαξία. Η μέτρηση της χυμάσης, της καρβοξυπεπτιδάσης A3 των μαστοκυττάρων και άλλων μεσολαβητών των μαστοκυττάρων και των βασεοφίλων βρίσκονται υπο διερεύνηση.

Υπάρχουν κάποιοι έμμεσοι κλινικοί δείκτες που είναι περισσότερο βοηθητικοί όπως το είδος του αλλεργιογόνου, η εφηβική ηλικία και το ισχυρό ιστορικό ατοπίας. Επιπλέον η παρουσία άλλων παραγόντων όπως μαστοκύττωση, μη ελεγχόμενο άσθμα και η εντατική άσκηση μπορεί να αυξήσουν το κίνδυνο αναφυλακτικού επεισοδίου. Η γενικευμένη κνίδωση αποτελεί προάγγελο αναφυλαξίας ιδιαίτερα στα μικρά παιδιά με ευαισθητοποίηση σε τροφικά αλλεργιογόνα. Αλλά η παρουσία ενός αναφυλακτικού επεισοδίου αποτελεί τον ισχυρότερο δείκτη επανάληψης του επεισοδίου.

Τα μη κατασταλτικά αντισταμινικά αποτελούν την πρώτη γραμμή θεραπείας στην οξεία κνίδωση με δυνατότητα τετραπλασιασμού της δόσης σε πιο ανθεκτικά περιστατικά. Σε παρουσία αναφυλαξίας άμεσα και χωρίς καθυστέρηση χορηγείται ενδομυϊκά επινεφρίνη και ανάλογα με την συμμετοχή των συστημάτων επιλέγεται ανά περίπτωση η χορήγηση οξυγόνου, ενδοφλέβιων υγρών, αγωνιστές β διεγέρτων, αντισταμινικά, ή και κορτικοειδή και ο ασθενής θα πρέπει να παρακολουθείται τουλάχιστον για 4-6 ώρες. Επιπρόσθετα, συστήνεται η αποφυγή του εκλυτικού αιτίου και δίνεται αυτοενέσιμη επινεφρίνης για άμεση αντιμετώπιση τυχόν επόμενου επεισοδίου.

Βιβλιογραφία

1. Zuberbier T, Aberer W, Asero R et al. The EAACI/GA²LEN/EDF/WAO Guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria: the 2013 revision and update. *Allergy* 2014; 69: 868–887.
2. Ferrante G, Scavone V, Muscia MC et al. The care pathway for children with urticaria, angioedema, mastocytosis. *World Allergy Organ J.* 2015; 8(1): 5

3. Simons FER, Frew AJ, Ansotegi IJ et al. Practical allergy (PRACTALL) report: risk assessment in anaphylaxis. *Allergy* 2008; 63: 35–37
4. 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.
5. Simons FER, Arduş LRF, Beatrice Bilò M et al. International consensus on (ICON) anaphylaxis. *World Allergy Organ J.* 2014; 7(1): 9
6. Simons FER, Ebisawa M, Sanchez-Borges M et al. 2015 update of the evidence base: World Allergy Organization anaphylaxis guidelines *World Allergy Organ J.* 2015

Πίνακας. Κλινικά κριτήρια διάγνωσης της αναφυλαξίας

Υψηλή πιθανότητα αναφυλαξίας αν πληρείται ένα από τα 3 ακόλουθα κριτήρια

1. οξεία έναρξη (σε λεπτά ή ώρες) συμπτωμάτων από το δέρμα, τους βλενογόνους ή και τα δύο υπό την μορφή γενικευμένων πομφών, κνησμού ή ερυθρότητας, οίδημα γλώσσας, χειλιών ή σταφυλής
 - και τουλάχιστον ένα από τα επόμενα
 - A. αναπνευστική δυσχέρεια (δύσπνοια, βρογχόσπασμος, σιγμός, υποξία)
 - B. καρδιαγγειακή ανεπάρκεια (υπόταση, collapse)
2. Δύο από τα πιο κάτω που εμφανίζονται άμεσα (σε λεπτά ή ώρες) μετά από έκθεση σε υποτιπο αλλεργιογόνο
 - A. συμπτωμάτων από το δέρμα, τους βλενογόνους ή και τα δύο υπό την μορφή γενικευμένων πομφών, κνησμού ή ερυθρότητας, οίδημα γλώσσας, χειλιών ή σταφυλής
 - B. αναπνευστική δυσχέρεια (δύσπνοια, βρογχόσπασμος, σιγμός, υποξία)
 - C. καρδιαγγειακή ανεπάρκεια (υπόταση, collapse)
 - D. επιμένοντα γαστρεντερικά συμπτώματα (κοιλιακό άλγος, εμετός)
3. Υπόταση άμεσα (σε λεπτά ή ώρες) μετά από έκθεση σε υπεύθυνο αλλεργιογόνο
 - Υπόταση στα παιδιά ορίζεται η τιμή της συστολικής πίεσης
 - <70 mmHg για παιδιά ηλικίας 1-12 μηνών

- $<70 \text{ mmHg} + (2 \cdot \text{ηλικία})$ για παιδιά 1-10 ετών
- $<90 \text{ mmHg}$ για παιδιά 11-17 ετών