

## **Κνίδωση–αναφυλαξία μετά από άσκηση, κρύο, ζέστη**

Αθηνά Παπαδοπούλου

ΕΑΑCΙ Παιδοαλλεργιολόγος–ΕRS Παιδο- πνευμονολόγος,

Διευθύντρια ΕΣΥ, Παιδιατρικό Ιατρείο ΓΝ ΚΑΤ,

Η κνίδωση μετά από κρύο ή ζέστη ανήκει στη ομάδα των φυσικών κνιδώσεων με μηχανισμό παρόμοιο με εκείνο της χρόνιας κνίδωσης ο οποίος χαρακτηρίζεται από αθρόα απελευθέρωση ισταμίνης, PAF και κυτοκινών από τα ενεργοποιημένα μαστοκύτταρα του δέρματος. Μπορεί να είναι τοπική ή γενικευμένη και στις μισές περιπτώσεις συνδυάζεται με συστηματικές αντιδράσεις όπως κεφαλαλγία, εμετό, διάρροια, αδυναμία, ταχυκαρδία, συριγμό ή δύσπνοια. Κύριος εκλυτικός παράγοντας θεωρείται η ζέστη ή το κρύο σε κατά άγνωστο μηχανισμό ευαισθητοποιημένα άτομα. Σπανίως έχει οικογενή χαρακτήρα. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων η αντίδραση είναι άμεσου τύπου (σε μερικά λεπτά) και σπανίως επιβραδυνόμενου δηλ καθυστερημένη έναρξη (0.5-2 ώρες) και υποχώρηση (12-14 ώρες). Επιβραδυνόμενου τύπου αντίδραση αναφέρεται συνήθως στα παιδιά με κνίδωση εκ ζέστης.

5% του γενικού πληθυσμού παρουσιάζει φυσική κνίδωση συχνότερα με την μορφή του δερμογραφισμού. Εξ αυτών 3-30% παρουσιάζουν κνίδωση εκ ψύχους ενώ <1% κνίδωση εκ ζέστης.

Η διάγνωση τίθεται κυρίως κλινικά μετά από λεπτομερή ανάλυση του ιστορικού και μπορεί να επιβεβαιωθεί εργαστηριακά με δοκιμασία πάγου-θερμοκρασίας στις οποίες μπορεί να καθοριστεί ο ουδός αντίδρασης. Η δοκιμασία σε κνίδωση εκ ψύχους μπορεί εύκολα να γίνει με το TempTest® (CKE Electronic, Köln, Germany) στο οποίο εφαρμόζεται σε διαφορετικά σημεία διαφορετική θερμοκρασία από 4-42°C καθορίζοντας ακριβώς την θερμοκρασία και το χρόνο που χρειάζεται για την εκδήλωση των συμπτωμάτων και κατ' επέκταση την θερμοκρασία και το χρόνο ανοχής με ή χωρίς θεραπεία. Αποτελεί αξιόπιστος δείκτης της ενεργότητας και σοβαρότητας της νόσου. Διαφορική διάγνωση θα πρέπει να γίνει από την κρουοσφαινιναιμία και τα περιοδικά σύνδρομα της κρουοπυρίνης. Η κνίδωση εκ ζέστης εκλύεται συνήθως μετά από ένα ζεστό μπάνιο ή έκθεση σε ζεστό αέρα, ατμό, ζεστά επιθέματα ή φωτιά με μέση θερμοκρασία αντίδρασης τους 46°C. Διαφορική διάγνωση θα πρέπει να γίνει από την ηλιακή κνίδωση η οποία οφείλεται σε αντίδραση μετά από έκθεση συνήθως σε UVΑ ηλιακή ακτινοβολία (320–400 nm; ή ορατά κύματα μήκους 400–600 nm) και είναι το αποτέλεσμα αυτοάνοσης IgE μεσολαβούμενης διαδικασίας. Παρόλα αυτά δεν υπάρχει απόλυτη συσχέτιση του ιστορικού και των διαθέσιμων δοκιμασιών. Περίπου το ένα τρίτο των ασθενών με θετικό ιστορικό έχει αρνητική δοκιμασία. Πιθανόν να είναι αναγκαία η συνύπαρξη και άλλων παραγόντων ή καταστάσεων πχ στρες ή λήψη τροφής ή θερμοκρασία και υγρασία του περιβάλλοντος ή να σχετίζεται με την έκταση του σώματος που εκτίθεται. Η παρουσία κνίδωσης σε

κάποιον φυσικό παράγοντα αυξάνει την πιθανότητα παρουσίας κνίδωσης και σε άλλον.

Η θεραπεία συνίσταται στην χορήγηση μη κατασταλτικών αντισταμινικών μέχρι τετραπλασιασμού της δόσης ώστε να επιτευχθεί ικανοποιητική ανοχή. Σε ανθεκτικές περιπτώσεις χορηγείται ομαλιζουμάμη ή κυκλοσπορίνη Α. Σε περιπτώσεις αναφυλαξίας συνιστάται η χορήγηση αυτοενούμενης αδρεναλίνης. Η πρόγνωση είναι καλή στο 45 % των ασθενών οι οποίοι παρουσιάζουν πλήρη υποχώρηση ή βελτίωση των συμπτωμάτων.

Η κνίδωση-αναφυλαξία από άσκηση αποτελεί ξεχωριστή οντότητα που κυρίως ανταποκρίνεται στην χορήγηση αντισταμινικών και μοντελουκάστης. Η κνίδωση - αναφυλαξία προκαλούμενη από τροφή μετά από άσκηση είναι αποτέλεσμα μη σαφών μηχανισμών και χαρακτηρίζεται από την παρουσία συμπτωμάτων μόνο αν η λήψη τροφής κυρίως σιτηρά ή LTP συνδυαστεί με άσκηση. Ανήκει στις τροφικές αλλεργίες, εμφανίζεται συνήθως στους εφήβους και έχει σχετικά καλή πρόγνωση. Οι ασθενείς μπορεί να έχουν ευαισθητοποίηση στην ω5 γλοιαδίνη ή σε παναλλεργιογόνα τα οποία δίνουν αντίδραση μόνο αν συνυπάρχει άσκηση χωρίς οι συνθήκες να είναι απόλυτα γνωστές. Η πρόκληση με δοκιμασία άσκησης μετά από την λήψη τροφής είναι αξιόπιστη άλλα ενέχει κινδύνους συστηματικής αντίδρασης και γι 'αυτο θα πρέπει πάντα να γίνεται σε νοσοκομειακό περιβάλλον. Η θεραπεία συνίσταται στην αποφυγή της υπεύθυνης τροφής τουλάχιστον 3 ώρες πριν την άσκηση ενώ ο ασθενής θα πρέπει πάντα να φέρει μαζί του αντισταμινικά και αυτοενούμενη αδρεναλίνη.

#### Ενδεικτική 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. Sánchez-Borges M, González-Aveledo L, Caballero-Fonseca F, Capriles-Hulett A. Review of Physical Urticarias and Testing Methods. *Curr Allergy Asthma Rep* (2017) 17: 51
3. Pezzolo E, Peroni A, Gisondi P, Girolomoni G. Heat urticaria: a revision of published cases with an update on classification and management. *British Journal of Dermatology* (2016) 175, pp473–478
4. Jain SV, Mullins RJ. Cold urticaria: a 20-year follow-up study. *JEADV* (2016) 30, 2066–2071.
5. Barg W, Medrala W, Medrala AW. Exercise-Induced Anaphylaxis: An Update on Diagnosis and Treatment. *Curr Allergy Asthma Rep* (2011) 11:45–51
6. Maurer M, Metz M, Brehler R et al. Omalizumab treatment in patients with chronic inducible urticaria: A systematic review of published evidence. *J Allergy Clin Immunol* 2018;141:638-49.