

artykuł sponsorowany

Planowane są zmiany w klasyfikacji wstrząsu anafilaktycznego

„Jedynym przeciwwskazaniem do szczepienia przeciwko COVID-19 jest uczulenie na którykolwiek składnik szczepionki lub reakcja anafilaktyczna po poprzedniej dawce” — mówi prof. Radosław Gawlik, z którym rozmawiamy o częstości występowania anafilaksji, jej objawach, metodach niesienia pomocy z okazji Światowego Tygodnia Alergii, którego organizatorem w Polsce jest Polskie Towarzystwo Alergologiczne.

Ostatnio dużo mówi się o wstrząsie anafilaktycznym w kontekście szczepienia przeciwko COVID-19. Czy jest się czego obawiać?

W porównaniu do innych szczepionek, np. przeciwko grypie, szczepienia przeciwko COVID-19 nie powodują większego ryzyka rozwoju anafilaksji. Statystycznie na milion podanych dawek zdarza się ok. 1,5 takich przypadków. W badaniach prowadzonych na początku akcji szczepień rzeczywiście pojawiły się doniesienia o występowaniu silnych reakcji uczuleniowych. Wzbudziło to na tyle duże obawy, że według pierwszych wytycznych brytyjskich przeciwwskazaniem do szczepienia była anafilaksja w wywiadzie, niezależnie od tego, czy pojawiła po przyjęciu szczepionki, zażyciu leku czy zjedzeniu pokarmu. Bardzo szybko się z tego wycofano. Już pod koniec grudnia 2020 r., gdy zaszczepionych zostało kilka milionów osób, instytucja regulacyjna w Wielkiej Brytanii złagodziła swoje stanowisko.

Przeciwwskazaniem przestał być wstrząs anafilaktyczny na znany czynnik, pod warunkiem szczepienia w punkcie, w którym personel był przeszkolony i wyposażony w zestaw przeciwwstrząsowy, a także obserwacja pacjenta przedłużona do 30 minut. Doświadczenia brytyjskie wskazują, że powszechne uczulenia nie stanowią zwiększonego ryzyka wystąpienia anafilaksji po przyjęciu szczepionki przeciwko COVID-19. Obecnie jedynym przeciwwskazaniem jest uczulenie na którykolwiek składnik szczepionki lub reakcja anafilaktyczna po poprzedniej dawce.

Co uczula w szczepionkach?

Reakcja jest wywoływana prawdopodobnie przez substancje pomocnicze, a więc polietyloglikol (w szczepionce Pfizer/BioNTech) lub polisorbitat 80 (w szczepionce AstraZeneca). Co ciekawe, polietyloglikol nie doczekał się dotychczas żadnej pogłębionej charakterystyki, mimo iż jest stosowany od ok. 30 lat w wielu lekach, artykułach spożywczych i kosmetykach. Po doniesieniach o przypadkach wstrząsu anafilaktycznego u osób zaszczepionych, wzbudziło to niemałą panikę, zwłaszcza w Stanach Zjednoczonych. Z ostatnich doniesień naukowych, jak również badań prowadzonych w naszej klinice, wynika jednak, że uczulenia na te substancje są niezwykle rzadkie. Warto jeszcze wspomnieć, że szczepionki przeciwko COVID-19 są zamykane korkami, które zawierają gumę, a nie lateks, co minimalizuje ryzyko anafilaksji. Oczywiście, przy szczepieniu tak dużej populacji należy brać pod uwagę, że może wystąpić jakaś bardzo nietypowa nadreaktywność.

Jakie są najbardziej typowe objawy wstrząsu anafilaktycznego i w jakim czasie po zetknięciu z alergenem mogą wystąpić?

W większości przypadków reakcja pojawia się w ciągu 30 minut, chociaż zdarza się, że jest ona opóźniona. Symptomatologia anafilaksji jest zróżnicowana. Najczęściej, bo u 90 proc. pacjentów, występują zmiany skórne, w tym pokrzywka i obrzęk naczyń ruchomy, który jest szczególnie niebezpieczny, jeżeli pojawi się w obrębie krtani lub innej części dróg oddechowych, może prowadzić do problemów z przełykaniem i oddychaniem. U połowy chorych rozwijają się objawy oddechowe w postaci duszności czy świstów nad płucami, a także dolegliwości ze strony układu krążenia, takie



O KIM MOWA

Prof. dr hab. n. med. Radosław Gawlik jest specjalistą w dziedzinie chorób wewnętrznych i alergologii, kierownikiem Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Alergologii i Immunologii Klinicznej Wydziału Nauk Medycznych w Zabrzu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, członkiem zarządu Europejskiej Akademii Alergologii i Immunologii Klinicznej oraz przewodniczącym Oddziału Śląskiego Polskiego Towarzystwa Alergologicznego.

Doświadczenia brytyjskie wskazują, że powszechne uczulenia nie stanowią zwiększonego ryzyka wystąpienia anafilaksji po przyjęciu szczepionki przeciwko COVID-19.

jak spadek ciśnienia tętniczego, osłabienie, omdlenie. To one w głównej mierze decydują o stopniu ciężkości reakcji anafilaktycznej. W innych przypadkach pojawiają się zaburzenia mowy, chrypka, drapanie w gardle, zaburzenia ze strony układu pokarmowego (np. nudności, wymioty, biegunka), katar sienny (zwłaszcza jeżeli ktoś wcześniej cierpiał na alergiczny nieżyt nosa).

Na czym polega pierwsza pomoc we wstrząsie anafilaktycznym ze strony świadków takiego zdarzenia?

Przede wszystkim należy pozostać przy chorym i — jeżeli jest taka możliwość — usunąć czynnik sprawczy (np. ążdło, pozostałości pokarmu czy leku z jamy ustnej), a następnie ocenić nasilenie reakcji anafilaktycznej. W przypadku, gdy wstrząs manifestuje się objawami oddechowo-krążeniowymi, które szybko narastają, to najlepiej podać adrenalinę, a następnie zatelefonować po wykwalifikowaną pomoc. Ważne jest przy tym, aby nie pionizować chorego, nawet jeżeli jego stan się poprawia, ponieważ wstrząs anafilaktyczny ma charakter hipowolemiczny. Istnieją badania, które dowodzą, że zbyt szybka pionizacja pacjenta może doprowadzić do zgonu. Lepiej, aby chory jak najdłużej pozostał w pozycji leżącej z lekko uniesionymi nogami.

Jeżeli stan pacjenta nie poprawia się, to po 10 minutach należy podać drugą dawkę adrenaliny. Lekarz, który dotrze na miejsce zdarzenia i stwierdzi duszność, może podać tlen czy beta2-mimetyk, czyli lek rozkurczający oskrzela i rozszerzający naczynia krwionośne. Personel medyczny powinien również zabezpieczyć dostęp do żyły i uzupełnić płyny. Warto dodać, że leki antyhistaminowe są skuteczne tylko w objawach skórnych, a powszechnie stosowane kortykosteroidy zapobiegają późnym objawom anafilaksji, ale nie ma dowodów na ich skuteczność w leczeniu samego wstrząsu. Podstawowym lekiem ratującym życie w takiej sytuacji jest adrenalina.

Czy obserwuje się w ostatnim czasie tendencję wzrostową jej stosowania?

Z radością stwierdzam, że tak. W 2007 r. wzięliśmy sobie za cel analizowanie udzielania pierwszej pomocy we wstrząsie anafilaktycznym. Do tej pory przeprowadziliśmy kilka tysięcy obserwacji. Widać wyraźnie, że od roku 2015, gdy zaczęto prowadzić kampanie społeczne dotyczące stosowania adrenaliny, świadomość wszystkich — od pacjentów, przez ratowników, po lekarzy POZ i specjalistów — ogromnie wzrosła. Wcześniej mniej niż 20 proc. pacjentów nosiło przy sobie i samodzielnie stosowało adrenalinę. Obecnie nie spotykam pacjenta, który przeżył reakcję anafilaktyczną i nie otrzymał adrenaliny. Co więcej, osoby z grupy ryzyka są wyposażane w autostrzykawkę z adrenaliną. W 2015 r. 60 proc. pacjentów nie otrzymywało takiej recepty, a dzisiaj otrzymują ją wszyscy zagrożeni anafilaksją. Niestety, 40 proc. tych osób nadal nie ma jej przy sobie w momencie wystąpienia wstrząsu.

Tymczasem większość tego typu zdarzeń pojawia się niespodziewanie, zwykle poza domem, w pracy, w szkole, podczas urlopu, na wycieczce. Wiele krajów na świecie (m.in. Kanada, Irlandia, USA) wprowadziło obowiązek wyposażenia szkolnych apteczek w autostrzykawkę z adrenaliną. Są też państwa, w których są

one dołączane do zestawów ratunkowych z defibrylatorem, znajdujących się w przestrzeni publicznej, np. w centrach handlowych, restauracjach. W Polsce, nawet jeżeli adrenalina jest dostępna w szkole, to w postaci ampulek, z których trzeba naciągnąć ją do strzykawki. Niestety, dla osoby bez wprawy nie jest to łatwe, a pielęgniarka nie zawsze jest na miejscu.

Czy w związku z tym można przygotować pacjenta na wstrząs anafilaktyczny?

Najważniejsza jest wizyta u alergologa i zdiagnozowanie przyczyn anafilaksji. 20 proc. anafilaksji ma charakter idiopatyczny, co oznacza, że trudno określić ich przyczynę. W pozostałych przypadkach wywiad lekarski oraz badania diagnostyczne pozwalają dokładnie określić czynnik wywołujący wstrząs. Należy mieć świadomość, że astma, zwłaszcza jej postać ciężka i niestabilna, zwiększa ryzyko wstrząsu 7-krotnie, a pacjenci z katarciem siennym czy pyłkowicą niemal 4-krotnie częściej doznają obrzęku krtani. Ryzyko ciężkiej reakcji anafilaktycznej rośnie również wraz z wiekiem i jest większe wśród mężczyzn. Poza tym wzrasta w przebiegu mastocytozy i po intensywnym wysiłku fizycznym. Istnieje przy tym pojęcie tzw. zsumowanej anafilaksji, co oznacza, że na pojedynczy czynnik dana osoba reaguje dobrze, ale pewne połączenia wywołują u niej silną reakcję. Tak jest np. gdy po spożyciu uczulającego posiłku, najczęściej zawierającego pszenicę, rybę lub owoce morza, pacjent wypije alkohol, pójdzie pobiegać, zażyje lek przeciwbólowy czy dostanie gorączki w przebiegu infekcji.

Jak wspominałem, pacjenci z grupy ryzyka powinni mieć zawsze przy sobie adrenalinę. Muszą też zdawać sobie sprawę, że jej skuteczność zależy od czasu podania: im wcześniej, tym lepiej. W momencie, gdy zastanawiają się, czy ją zaaplikować, ona już powinna być zaaplikowana. 70 proc. chorych wstrzykuje sobie adrenalinę zbyt późno.

Jakie zmiany zaszły w klasyfikacji jednostek chorobowych związanych ze wstrząsem anafilaktycznym?

Anafilaksja w systemie ICD-10 znajduje się w rozdziale „Urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych” w podrozdziale „Ujemne skutki niesklasyfikowane gdzie indziej”. W związku z tym wstrząs anafilaktyczny jest w różny sposób kodowany, co prowadzi do znacznie zaniżonych statystyk. Nowa klasyfikacja w systemie ICD-11, która będzie obowiązywała od 2022 r., obejmuje cały podrozdział poświęcony chorobom alergicznym, który bardzo precyzyjnie eksponuje wstrząs anafilaktyczny w powiązaniu z czynnikami przyczynowymi. Z pewnością umożliwi to większą rozpoznawalność tego problemu klinicznego. Wstępne badania z zastosowaniem nowej klasyfikacji wskazują na niemal 30-procentową poprawę dokładności w identyfikowaniu anafilaksji. Myślę, że będzie miało to przełożenie zarówno na wzrost świadomości na temat tej jednostki chorobowej, jak i na decyzje systemowe, w tym refundacyjne.

Rozmawiała Katarzyna Matusiewicz

Partnerami tegorocznego Światowego Tygodnia Alergii są: Berlin-Chemie/Menarini, EMMA MDT, HVD Life Sciences, LEK-AM, Polpharma oraz Zentiva.