

Kursusresumé og Take-home message

Hans-Jørgen Malling

- Flere forskellige insekter inden for hvepse-slægten, honningbi og humlebi kan forårsage allergisk reaktion
- Stikreaktion kan variere fra lokal hævelse – mild systemisk reaktion – livstruende anafylaksi
- Hvepse- og bigift har dels fælles komponenter samt artsspecifikke komponenter
- Insektgift kan dels påvirke organismen som et toksisk stof, et allergen eller begge dele

- Allergitestning skal **KUN** udføres på patienter med systemiske reaktioner
- Hudtest - oftest som priktest – alternativt intradermal vil ofte udgøre den primære testmetode
- IgE-test kan være af stor værdi – specielt komponentdiagnostik ved dobbeltsensibilisering
- IgG inkl. IgG₄ har ingen plads i diagnostisk sammenhæng

- Mastocytose er en overset sygdom
- Risikoen for anafylaksi er øget hos personer med mastocytose
- > 1/3 af mastocytose-patienter har normal tryptase (dvs < 11,4 µg/l)
- cKit mutation bør måske undersøges hos alle patienter med anafylaksi efter insektstik

- Det vigtigste akutberedskab inden kausal behandling (VIT) er iværksat er adrenalin autoinjektor
- Den eneste behandling, som har potentialet til at kunne forhindre fremtidige anafylaktiske reaktioner, er immunterapi med insektgift (VIT)
- Kun VIT ved systemisk allergisk reaktion (med enkelte undtagelser)
- Kun VIT med mere end et gift-præparater ved ægte dobbeltsensibilisering

- Effekten af VIT – specielt for hveps er tæt på 100% - lidt mindre for bigift
- VIT gennemføres som standard i 5 år for at sikre langtidseffekt
- VIT bedrer patientens livskvalitet i modsætning til kun at udstyre patienten med en adrenalin autoinjektor
- Adrenalin autoinjektor anbefales almindeligvis ikke efter at vedligeholdelsesdosis er nået

- Omfatter symptomer udløst < 2 timer efter indtagelse af specifik fødevare
- Ses primært hos børn med atopisk dermatitis
- Skal re-provokeres jævnligt med henblik på regression
- Udstyres med adrenalin autoinjektor gælder primært:
 - Svære systemiske reaktioner
 - Lav tærskelværdi

- Har den højeste risiko for fatal anafylaksi
- Kryds-sensibilisering vs kryds-allergi
- Pollen-Food Allergy Syndrome skyldes primært en pollen-sensibilisering og ikke en fødevareallergi

- Fødevareprovokation er Gold Standard ved udredning for fødevareallergi
- Giver oplysning om:
 - +/- allergi; tærskelværdi; reaktionstype;
 - risikovurdering (adrenalin autoinjektor)
- Faresignaler ved fødevareprovokation:
opkast; astma; urticaria; rhinoconjunctivitis; anafylaksi
- Planlagt dosi kan modificeres:
 - mindre dosis
 - længere tidsinterval mellem provokationer

- Fremmer udløsningen af en allergisk reaktion
- Hyppige co-faktorer:
 - anstrengelse, ASA, alkohol
- Behandling:
 - Identifikation af udløsende fødevare
 - Undgå co-faktorer eller fødevare
 - Uddannelse af patient/pårørende

Nye behandlingstiltag ved svær kontrollabel fødevareallergi

- Omalizumab ved multiple fødevareallergier
- OIT virker hos børn – ikke voksne
 - Beskyttelse kræver vedvarende indtag af fødevare
 - Mange bivirkninger
- Plasmaferese + supplerende Omalizumab → lavt IgE
- Hæmning af mastceller med antistof mod receptor (Siglec)

- Anafylaksi er akut indsættende symptomer med respiratoriske og/eller kardio-vaskulære symptomer
- Anafylaksi er en sjælden årsag til dødsfald – men det ses
- Behandlingen af anafylaksi er ADRENALIN i.m.
- Lokal anæstetika er sjældent årsag til anafylaksi
- Latex-allergi er stærkt aftagende
- Klorhexidin er en hyppig årsag

Mekanismer

- Mastcellen er den primære allergi-celle
- Mastceller hos allergikere måske mere reaktive
- Mastceller i blodkar har højere indhold af histamin og tryptase
- Følsomheden for mediatorer kan være øget hos allergikere
- IgE kvalitet vigtigere end kvantitet

ASA/NSAID-intolerance

- Repræsenteret oftest en intolerance og ikke allergi
- COX-hæmmere er den udløsende årsag
 - Respiratoriske symptomer (med underliggende sygdom)
 - Kutane symptomer (urticaria) med underlig. sygd.
 - Kutane symptomer uden underliggende sygdom
- 1-2 % af befolkningen – 20-40 % af astmapatienter
- Diagnosen stilles ved provokation

Penicillinallergi

- Hyppighed: selvrapporeret 5-15 % af befolkningen efter udredning 1-3 %
- Hudtest og IgE-måling viser ofte divergerende resultater
- Ved provokation vil 20 % være straks- og 80 % senreaktioner
- Danske retningslinjer:
 - Visitationskriterier efter risikostratificering
 - Provokation afhængig af risiko for anafylaksi

Sjældne lægemiddelreaktioner

- Indholdsstoffer skal overvejes ved uafklarede og gentagne anafylaksitilfælde
- Macrogol er i mange medicinske produkter
 - Resulterer ofte i svære anafylaktiske reaktioner (SPT kan udløse systemisk reaktion)
- Methylcellulose (findes bl.a. i depotsteroid)

Lægemiddelreaktioner i huden

- Lokaliseret / generaliseret
- + / - kvadler (urticaria)
- Tidsforløb (tidlige / sene reaktioner)
- Exanthem:
 - blærer
 - Pustler
 - Purpura
- Macula / papula