

Anafylactische reacties

Een anafylactische reactie is een ernstige, levensbedreigende, gegeneraliseerde of systemische overgevoelighedsreactie(1). De klinische verschijnselen kunnen optreden in verschillende orgaansystemen: urticaria en pruritus, angioedeem, rhinorroe en niezen, conjunctivitis, bronchospasmen en stridor, buikkrampen en diarree, misselijkheid en braken, aritmieën en/of hypotensie(2). Anafylactische reacties treden vrij snel na toediening op, meestal binnen minuten tot een uur, al kunnen reacties langer dan een uur na inname voorkomen. Hoewel vaak kenmerkend hoeft hypotensie of bronchospasme niet obligaat aanwezig te zijn om de diagnose anafylaxie te stellen. Zeker als tijdig is ingegrepen kan het beeld zich beperken tot uitgebreide jeuk en angioedeem en malaise.

Wanneer de bloeddruk is verlaagd en er tekenen zijn van shock, spreken we van een anafylactische shock. De bloeddruk is verlaagd doordat de bloedvaten onder invloed van vaso-actieve stoffen wijd open gaan staan en de haarvaatjes gaan lekken. Hierdoor ontstaat oedeem, wat in de huid en slijmvliezen zichtbaar kan zijn, maar in inwendige organen onopgemerkt kan blijven. De hartslag is in een dergelijk geval in eerste instantie verhoogd, doordat het hart probeert om bij afname van het circulerende volume toch nog voldoende circulatie op gang te houden.

Hoewel zeldzaam, kan een dergelijke reactie optreden als bijwerking van een geneesmiddel.

Anafylactische reacties treden vrij snel na toediening op. De latentietijd varieert enigszins met de toedieningsweg, bij intraveneuze toediening kan een reactie "aan de naald" optreden. In het algemeen geldt dat hoe sneller de reactie optreedt hoe ernstiger deze kan verlopen.

In sommige gevallen kan 6-8 uur na een primaire anafylactische reactie een late reactie optreden, met bijvoorbeeld bronchoconstrictie of angioedeem. In een dergelijk geval is er eerder een herkenbare primaire reactie opgetreden.

Anafylaxie kan worden verward met een vasovagale collaps ("flauwvallen"). Bij deze laatste treedt geen jeuk op, is de patiënt vaak bleek, met misselijkheid en transpireren en kan er sprake zijn van een lage bloeddruk met daarbij juist een langzame hartslag. De symptomen verdwijnen meestal snel bij liggende positie. Daarnaast kan soms verwarring optreden met neurologische beelden als een TIA of epilepsie, of met cardiale ritmestoornissen of een longembolie(2).

Naast anafylactische reacties wordt ook vaak gesproken over anafylactoïde reacties, die beter "niet-allergische anafylaxie" genoemd kunnen worden(1). Beide reacties onderscheiden zich niet wat betreft de klinische verschijnselen, maar wel wat betreft het onderliggend mechanisme.

Allergische anafylactische reacties zijn type I overgevoelighedsreacties en worden gemedieerd door allergeenspecifieke IgE-antilichamen. Deze antilichamen worden na eerste blootstelling aan een allergeen door het immuunsysteem aangemaakt. Bij hernieuwde blootstelling bindt het allergeen aan de IgE antilichamen die zijn gebonden aan mestcellen en basofiele granulocyten. Door dwarsverbindingen tussen antilichamen onderling (cross-linking) degranuleert de mestcel en komen massaal vooral histamine, maar ook tryptase, cytokines, prostaglandines en plaatjes activerende factor (platelet activating factor) vrij. Deze mediators geven op hun beurt weer aanleiding tot degranulatie van andere mestcellen waardoor de reactie zich snel over het gehele lichaam uitbreidt (dominosteen effect)

Als er sprake is van allergische antistoffen kan dit soms worden aangetoond met huidtesten of in vitro bepalingen. Men toont dan specifiek IgE aan, gericht tegen het voor de anafylactische reactie verantwoordelijke agens (allergeen), door middel van een skin prick test of intracutane huidtest of RAST-test. Met huidtesten moet tot 4-6 weken na de reactie worden gewacht, eerder is de bepaling niet betrouwbaar. Naast geneesmiddelen zijn voedingsmiddelen (pinda, kippenei), insectengiften (bij, wesp) en natuurrubberlatex de belangrijkste oorzaken van anafylaxie(2-4). Uitgebreidere informatie over deze testen kan men vinden in het Diagnostisch Kompas.

Niet-allergische anafylactische reacties treden op als door aspecifieke triggers de mestcel en/of basofiele granulocyt tot degranulatie wordt gebracht. Zoals gezegd is het klinisch beeld hetzelfde. Door de afwezigheid van IgE is er echter geen diagnostiek mogelijk, afgezien van provocatietesten.

In het geval van een anafylactische reactie op een geneesmiddel kan er zowel sprake zijn van een allergische anafylaxie als van niet-allergische anafylaxie. Voor beide vormen geldt dat er kruisovergevoeligheid kan bestaan voor verwante geneesmiddelen. Zo kan bij een IgE gemedieerde allergie voor bijvoorbeeld penicilline, waarbij veelal IgE tegen de beta lactam ring aantoonbaar is, ook een reactie worden uitgelokt als de patient daarna wordt behandeld met een alternatief antibioticum wat ook een beta lactam ring bevat. Het anti beta lactam-IgE maakt als het ware geen onderscheid.

Bij een aspecifieke mestceldgranulatie op bijvoorbeeld röntgencontrast media kan er sprake zijn van een verhoogde gevoeligheid van de patient om met een dergelijke reactie te reageren en kan bij een volgende toediening van een andere mestcelderanulotor, zoals morfine, opnieuw een reactie optreden. Voor anafylactische reacties op NSAIDs wordt verwezen naar de modelterugkoppeling NSAID anafylaxie

In voorkomende gevallen verdient het aanbeveling om de patiënt te verwijzen naar een specialist met ervaring in de diagnostiek van anafylaxie.

Informatie over de behandeling van anafylaxie kunt u nalezen op de website van de Nederlandse Vereniging voor Allergologie: www.nvva-allergologie.nl onder het kopje richtlijnen: "de behandeling van anafylaxie, de adrenaline auto-injector" (5).

Reference List

- (1) Gerth van Wijk R, van Cauwenberge PB, Johansson SG. [revised terminology for allergies and related conditions]. Ned Tijdschr Geneeskd 2004; 146(48):2289-2293.
- (2) Murrant T, Bihari D. Anaphylaxis and anaphylactoid reactions. Int J Clin Pract 2000; 54:322-328.
- (3) Yunginger JW. Anaphylaxis. Ann Allergy 1992; 69:87-96.
- (4) Bochner BS, Lichtenstein L.W. Anaphylaxis. N Engl J Med 1991; 324:1785-1790.
- (5) www.nvva-allergologie.nl Richtlijnen "de behandeling van anafylaxie, de adrenaline auto-injector"