

Anafylactische shock

Anafylaxie is een overdreven reactie van het lichaam tengevolge een gevoeligheid op een lichaamsvreemde stof. Hierbij komen vaatactieve stoffen vrij (o.a. histamine). We spreken van shock als het organisme zonder hulp van buiten niet meer in staat is zich met behulp van zijn eigen homeostatische compensatiemechanismen van de toestand te herstellen. Dan treden enkele deels elkaar versterkende mechanismen op die de shock verergeren.

1. Kliniek Aanvang Binnen seconden tot minuten na het contact geeft een acute shocktoestand deze kan leiden tot de dood door:

- luchtwegobstructie
- circulatoire collaps

Respiratoir

- brochospasmen
- larynxoedeem

Cardiovasculair

- hypotensie
- ritmestoornissen
- myocardischemie

Gastro-intestinaal

- Nausea
- Braken
- Diarree

Huid:

- Jeuk
- Angioedeem

Neurologisch

- kans op stuipen

Hematologisch

- kans op
thrombocytopenie
DIC (diffuse intravascular coagulopathy)

2. Oorzaken

Massieve vrijstelling van mediators uit inflammatoire cellen

Welke mediators?

- histamine
- leukotriënen
- prostaglandines

Men kan 2 groepen oorzaken onderscheiden: IgE gemedieerd

welke stoffen kunnen IgE gemedieerde anafylaxie veroorzaken?

Antibiotica

Voornamelijk penicillines

Insektengif

voornamelijk van bijen en van wespen

Latex

Dit wordt in ziekenhuizen massaal gebruikt.

Patiënten met een latexallergie dienen dit steeds op voorhand te melden en kunnen best steeds een kaartje met de vermelding ervan bijhouden.

In ziekenhuizen kan men eventueel een bord met de vermelding "LATEXALLERGIE !" aan het bed van de patiënt hangen.

Vaccinaties

Voedingsstoffen

schelvis

sojabonen

noten

melk

eieren

nitraten / nitrieten

Niet-IgE gemedieerd

welke stoffen kunnen niet-IgE gemedieerde anafylaxie veroorzaken?

Jodium (contraststoffen en ontsmettingsmiddelen)

Opiaten

Vancomycine

Quaternaire ammonium spierrelaxantia

3. Diagnostische workup

Snelle klinische diagnostiek is essentieel

Onmiddellijk starten met therapie op basis van het klinisch beeld is belangrijk

Vaak wordt de ernst van een anafylaxie initieel onderschat

Welke onderzoeken kunnen nuttig zijn?

ECG

Lab: bloedgassen

RX thorax

4. differentiaaldiagnose bij anafylaxie

Longoedeem

AMI

Luchtwegobstructie

Asthma

Tensiepneumothorax
Syncope
Reactie op NSAID
Hereditair angiooedeem
Serumziekte
Systemische mastocytose
Feochromocytoma
Carcinoid syndroom

5. THERAPIE bij anafylactische shock

De therapie bestaat uit initiële stabilisatie volgens het ABC systeem, gevolgd door toedienen van epinefrine en toedienen van voldoende hoeveelheden intraveneus vocht.

In zeldzame gevallen kan het afbinden van een lidmaat nuttig zijn als daar de oorzakelijke stof nog aanwezig is (bijvoorbeeld bij een insectenbeet of slangebeet)

Eerste opvang: ABC Epinefrine Behandeling van bronchospasmen Hypotensie
Glucocorticoiden Glucagon 1mg IV Opnamecriteria H1-blokkers: antihistaminica H2-blokkers:

Eerste opvang: ABC

A: Ademweg

Zo nodig snel intuberen, eventueel eerst toedienen epinefrine om oedeem van de keel te beperken. Overweeg en bereid voor op een eventuele spoedcricotiëmie. Zorg dat het materiaal daartoe klaar ligt of laat eventueel een chirurg komen die een open cricothrotomie kan uitvoeren. laryngotomie is in urgenties zelden geïndiceerd en kan best alleen door een ervaren chirurg worden uitgevoerd.

B: Beademing: zo nodig

C: Circulatie

Voorzie zo snel mogelijk een perifere toegangsweg.

Het gebruiken van grote catheters en/of plaatsen van een tweede veneuse toegangsweg is meestal geen luxe. Denk eraan dat een perifere toegangsweg in regel beter is om snel te vullen dan een centrale catheter.

Bij hypotensie kan royaal toedienen van vloeistoffen nodig zijn. Gebruik hiervoor colloïden en/of cristalloïden.

Monitoring!

Epinefrine

INTRAVENEUS:

dosis: bij volwassenen 0,3-0,5 mg

SUBCUTAAN of SUBLINGUAAL: indien geen veneuse toegangsweg voorhanden kan je subcutaan spuiten. Voor snellere resorptie kan je eventueel ook een injectie onder de tong toedienen. Voor mensen waarvan men weet dat ze allergisch zijn kan het bij hebben van een voorgemaakte spuit nuttig zijn. (EpiPen 0,3 of 0,5mg)

AEROSOL Een alternatief is het via aerosol vernevelen van 0,5 mg epinefrine, aangelengd met een beetje

fysiologische oplossing.

VIA ENDOTRACHEALE TUBE

Bij geïntubeerde patiënten kan men deze dosis ook endotracheaal toedienen.

Behandeling van bronchospasmen

Hiervoor gebruikt met bronchodilatoren, best via aerosol.

bijvoorbeeld duovent monodose

Hypotensie

Hypotensie wordt behandeld met

epinefrine

agressief opvullen

hoogstand van de benen

Glucocorticoïden

Methylprednisolone (solu-medrol)

volwassenen: 125mg iv

kind: 1-2 mg/kg iv

hydrocortison (solu cortef)

volwassenen: 500 mg iv

kind: 4-8 mg/kg iv

Glucagon 1mg IV

Als geen reactie op adrenaline

Als allergie op B blokkers

H1 blokkers: antihistaminica

Phenergan

1 amp = 50 mg, best IM geven

Fenistil

1co = 1mg

Pos: 3-6g/d in 3 doses

Zyrtec

1co = 10mg

pos: 10mg/d

H2 blokkers: maagzuursecretieremmers

Ranitidine (ZANTAC)

1 co = 150 of 300 mg

1 amp = 50mg iv

Posol = 300 mg/d

Cimethidine (TAGAMET, CIMETHIDINE)

1 co = 200 mg Pos = 200-800mg/d

Opnamecriteria

Op intensieve zorgen:

elke beademde patiënt

elke patiënt met blijvende dyspnee of met onvoldoende reactie op de initiële behandeling.

Op een gewone afdeling:

Elke patiënt met een gegeneraliseerde reactie kan best 24h in observatie blijven.

Voeg een nieuwe reactie toe

[Login](#) [1] of [registreer](#) [2] om te kunnen reageren

Bron-URL: <https://www.medics4medics.com/nl/advanced-life-support/anafylactische-shock>

Links

[1] <https://www.medics4medics.com/nl/user/login?destination=node/%23comment-form>

[2] <https://www.medics4medics.com/nl/user/register?destination=node/%23comment-form>