

ANAFILASSI - GESTIONE PREOSPEDALIERA

Carlo Massara - SASP



Reazione di ipersensibilità sistemica grave, potenzialmente mortale

- Sviluppo molto rapido di
 - Ostruzione delle vie aeree
 - Problemi respiratori e/o circolatori
 - Solitamente associato a alterazioni della cute e delle mucose

Epidemiologia

- Incidenza 30-950 casi/100.000/anno
- Mortalità inferiore a 1%
 - » (ERC 2010 GL)
- CNSAS 2009: puntura di insetti
36/5633 chiamate (0,6%)

Meccanismi

- Liberazione massiva di istamina, citochine e altri mediatori
 - vasodilatazione
 - broncocostrizione
 - Aumento della permeabilità capillare

Fattori scatenanti

- Farmaci (ASA; FANS; antibiotici)
- Alimenti
- Veleni naturali (punture di imenotteri)
- Lattice

Latenza

- Via endovenosa < 5'
- Via sottocutanea 10' - 15'
- Via orale 30'-35'
- Possibilità di reazione bifasica

DIAGNOSI

- Insorgenza improvvisa e rapida progressione
- Ostruzione delle vie aeree e/o
- Disturbi respiratori - circolatori
- Reazione cutanea o delle mucose (80% circa)
 - Eritema
 - Orticaria
 - Angioedema
- Allergene noto

Valutazione primaria: A

- Edema delle prime vie aeree
- Il paziente ha difficoltà a respirare e deglutire, sente che "la gola si chiude"
- Voce soffocata
- Stridor

Valutazione primaria: B

- Dispnea, aumento della FR
- Sibili espiratori all'EOP
- Affaticamento
- Arresto respiratorio

Valutazione primaria: C

- Paziente pallido, sudato, tachicardico
- Ipotensione fino al collasso
- Possibili sintomi di ischemia miocardica
- Arresto cardiaco

Valutazione primaria: D

- Paziente agitato, confuso
- Progressivo deterioramento dello stato di coscienza
- DD con crisi di panico

Valutazione primaria: E

- Le alterazioni cutanee spesso sono il primo sintomo
- Possono essere minime o molto evidenti
- Possono essere cutanee, mucose o entrambe
- E' frequente il prurito diffuso
- Angioedema: soprattutto palpebre e labbra
- Reazioni cutanee isolate non sono diagnostiche di anafilassi

TRATTAMENTO: PRIMA LINEA

- Rimozione dell'allergene se possibile
- O₂ alla max concentrazione se disponibile
- Adrenalina
- Bolo rapido di fluidi

TRATTAMENTO: PRIMA LINEA

- Adrenalina
 - Riduce la vasodilatazione periferica
 - Riduce la permeabilità capillare
 - Migliora la contrattilità miocardica
 - Riduce la broncocostrizione
- IM 0,5 ml 1:1000 - ripetibile/5'
- Sconsigliato l'uso EV preospedaliero

TRATTAMENTO: PRIMA LINEA

- Fluidi in bolo EV rapido
- Sol. Fisiologica
- Adulti 500-1000 ml
- Bambini 20 ml/kg
- Spesso necessarie grandi quantità

TRATTAMENTO: SECONDA LINEA

- Monitorare il paziente
- Antiistaminici (H1)
- Steroidi
- Broncodilatatori

- IOT precoce
- RCP prolungata

TRATTAMENTO: SECONDA LINEA

- Antiistaminici (H1)
 - Clorfenamina (Trimeton)
 - Fiale da 10 mg/1 ml EV lenta, IM, SC

TRATTAMENTO: SECONDA LINEA

- Antiistaminici (H1)
 - Clorfenamina (Trimeton)
 - Fiale da 10 mg/1 ml EV lenta, IM, SC
- Corticosteroidi
 - Idrocortisone (Flebocortid o Solucortef)
 - 100, 250, 500 mg fl DA RICOSTITUIRE
 - 200 mg (?) EV lenta
 - Betametasone (Bentelan o generico)
 - Fiale da 4 mg EV o IM

OSSERVAZIONE

- Almeno 6 ore dalla risoluzione
- Meglio 24 ore (e eventuale H) se:
 - Reazioni gravi a esordio lento (idiop.)
 - Paziente asmatico
 - Anamnesi di reazioni difasiche
 - Paziente non autosufficiente
 - Notte o accesso difficoltoso

Grazie per la pazienza!

