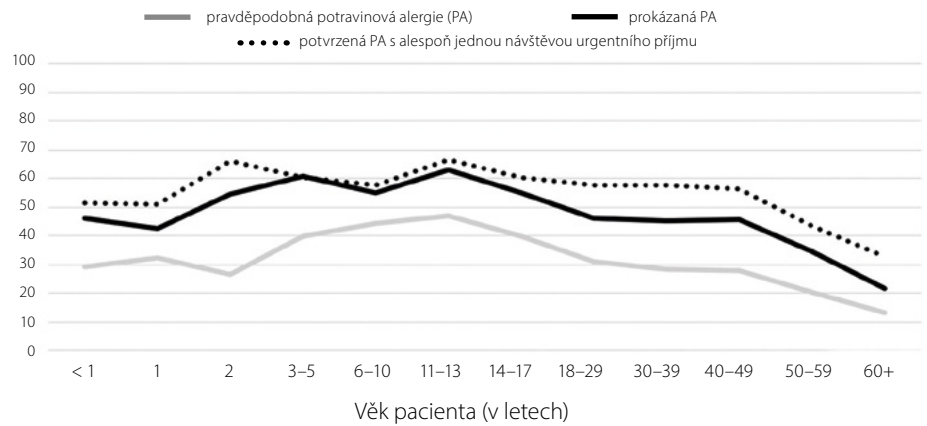


příjmu z důvodu anafylaxe indukované potravinou (7). Nejčastěji byly zastoupeny arašíd, následovány stromovými ořechy a semeny (7). Studie SchoolNut prováděná v Melbourne v Austrálii mezi adolescenty alergickými na potraviny zaznamenala časté alergické reakce (44,4 %) a anafylaxi (9,7 %) na potraviny, kde byly arašíd a stromové ořechy nejčastější potravinové spouštěče. Adolescenti s astmatem a ti, kteří trpí více než dvěma potravinovými alergiemi, byli v největším riziku (8).

Data z Evropského registru anafylaxe z let 2007 až 2015 o dětech a adolescentech popisují potraviny jako nejčastější vyvolávající příčinu (66 %), následovanou anafylaxí v důsledku alergie na jed blanokřídlého hmyzu (19 %). Kravské mléko a slepičí vejce byly převažující spouštěče ve skupině dětí do dvou let, lískový oříšek a kešu u předškoláků a arašíd napříč všemi věkovými kategoriemi (9). Ve skupině dospělých (18–64 let) a seniorů (> 65 let) byla nejčastější vyvolávající příčinou alergie na jed blanokřídlého hmyzu, následovaná alergií na léky (nejčastěji antibiotika a analgetika), méně častou příčinou byla potravinová alergie (10).

Bělohávková et al. publikovali v roce 2021 výsledky registru potravinových alergií DAFALL (Database of Food Allergy) v České republice (třileté sledování, zařazeno 1 747 pacientů s nově diagnostikovanou potravinovou alergií z téměř celé České republiky, z toho 22 % kojenců, 26 % dětí od 1 do 6 let věku, 25 % dětí mezi 7. a 18. rokem a 27 % pacientů dospělých) (11). Z hlediska závažnosti splňovalo 4,5 % všech potravinových reakcí kritéria anafylaxe. Jejimi nejčastějšími spouštěči byly arašíd (26,9 % anafylaxi), mléko (13,4 % anafylaxi) a na třetím místě kešu (12 % anafylaxi). Spektrum potravinové alergie u nás má svá specifika: nízký výskyt reakcí na sóju a pšeničnou mouku, vysoký výskyt reakcí na semena (zejména české specifikum – mák), vzrůstající význam kešu ořechu, zejména u malých dětí. Vysoký počet reakcí na arašíd v české populaci byl překvapením a předmětem dalších analýz bude, zda převažují reakce celkové v rámci senzibilizace zásobními proteiny semen, nebo zda se jedná o reakce charakteru orálního alergického syndromu mediované převážně Bet v 1 homologními molekulami (11). Na dalších místech ořechů a semen, jejichž zásobní proteiny působí ana-

Obr. 1. Současná preskripce adrenalinového autoinjektoru – pacienti v riziku anafylaxe pro potravinovou alergii – závislost na věku pacienta



(Převzato z: Sicherer SH, Warren CM, Dant C, Gupta RS, Nadeau KC. Food Allergy from Infancy through Adulthood. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2020 June;8(6):1854-1864)

fylyxi se umístily: lískový ořech, vlašský ořech, sezam a mák (11).

Gupta et al. určili podíl dětí a dospělých s potravinovou alergií a současně s anamnézou alespoň jedné celkové alergické reakce – anafylaxe: děti 42,3 % z dětí s potravinovou alergií a 51,1% dospělých s potravinovou alergií. Mezi dětmi/dospělými konkrétní potraviny s největším podílem pacientů s anamnézou anafylaxe byly: (podíl dětí/podíl dospělých): arašíd 59,2 % / 67,8 %, stromové ořechy 56,1 % / 61,3 %, krevety (51,1 % / 56,6 %) a ryba (49,0 % / 56,5 %) (12, 13).

Obrázek 1 ukazuje procentuální zastoupení preskripce adrenalinového autoinjektoru u pacientů s rizikem anafylaxe pro potravinovou alergii, kde na ose x je věk pacienta (14). Na tomto grafu je v souladu s epidemiologickými daty vidět, že anafylaxi po potravině nejsou ohroženi pouze dětští pacienti. V odhalení takovýchto pacientů napomáhá v současnosti i komponentová diagnostika – stanovení specifického IgE proti molekulárním alergenům.

Rizikové faktory a kofaktory

Dle některých autorů jsou „rizikové faktory“ obecným termínem, pod který lze zahrnout jakýkoliv faktor, který může vést k závažnější alergické reakci. Patří sem augmentující – zesilující faktory, komorbidita pacienta a kofaktory (15), zatímco jiní autoři rozlišují mezi rizikovými faktory a kofaktory (16).

V současnosti se dle dat z Evropského Registru Anafylaxe za nejdůležitější ukazatel zvýšeného rizika závažné anafylaxe považují vyšší věk a průvodní mastocytóza (17).

Rizikovým faktorem fatálního průběhu anafylaxe obecně je opožděné podání adrenalinu, což je faktor ovlivnitelný a zřetele hodný. Dalším rizikovým a dobře ovlivnitelným faktorem je správné polohování pacienta dle klinických symptomů. Při hemodynamické nestabilitě, poklesu krevního tlaku v důsledku distribuční povahy anafylaktického šoku (vazodilatace, zvýšená cévní permeabilita, únik tekutiny do interstitia) je třeba pacienta polohovat do Trendelenburgovy polohy se zvýšenými dolními končetinami. Naopak má-li pacient respirační obtíže v důsledku bronchospasmu (působením histaminu) je nutné pacienta uložit do polohy v polosedě. Stabilizovaná poloha je indikována pro pacienta v bezvědomí.

Tzv. kofaktory mohou vysvětlit, proč může být alergen tolerován, vyvolat mírnou reakci nebo u stejného jedince indukovat anafylaxi. Kofaktory mohou mít dva různé účinky: a) snižovat práh, takže závažná alergická reakce je vyvolána menšími dávkami alergenu nebo b) zvyšovat závažnost – kdy je anafylaxe vyvolána dávkou alergenu, která by byla bez kofaktoru tolerována (15). Kofaktory hrají roli u dospělých ve 30 % a u dětí v 18 % případů. Nejčastější kofaktory anafylaxe jsou fyzická námaha, nesteroidní protizánětlivé léky, alkohol, menstruace, infekce, některé léky, extrémní teplota vzduchu, abúzus kanabisu, stres. Většina anafylaktických reakcí indukovaných fyzickou námahou je ve vztahu k požití potravin, na které je pacient alergický (FDEIA – food derived exercise induced anaphylaxis). V predikci ohrožení pacienta touto reakcí významně pomůže komponentová diagnostika. Data o FDEIA se zaměřují na pře-