

nici jako vyvolávající faktor, v těchto případech je většinou kauzálním alergenem – proteinem omega-5-gliadin pšenice, proti němuž můžeme stanovit hladinu specifického IgE. Ve Středozeří se zdá být nejčastějším vyvolatelem FDEIA lipid transfer protein (LTP) (18), jako příklad můžeme uvést lipid transfer protein Pru p 3 broskve. V dalších studiích jsou jako nejčastější kofaktory potravinové alergie uváděny léky skupiny nesteroidních antirevmatik, následované fyzickou námahou a opět rostlinné alergeny z rodiny lipid transfer proteinů jako nejčastější kauzální alergeny (15).

Komu předepsat adrenalinový autoinjektor pohledem potravinové alergie

Autoinjektor s adrenalinem by měl být předepsán každému, kdo prodělal potravinovou anafylaxi, kdo zareagoval systémovou reakcí na stopové množství potravinového alergenu včetně kožního kontaktu nebo inhalace potravinového aerosolu. AAI musí být vybaven astmatik s prokázanou IgE mediovanou senzibilizací a alespoň minimální reakcí na nejrizikovější proanafylaktické potraviny: ořechy, arašidy, semena, některé ovoce (vyjma orálního alergického syndromu v rámci pylově-potravinové křížkové reaktivity), ryby, koryše, měkkýše, mléko a vejce (19).

LITERATURA

- Petrů V, Krčmová I. Anafylaxe – urgentní alergický stav. *Remedia*. 2009;19:205-209.
- Kučera P, Cvačková M. Patofyziologie anafylaxe. *Alergie*. 2008;3:197-204.
- Worm M, Nguyen DT, Rackley R, et al. Epinephrine delivery via EpiPen® Auto-Injector or manual syringe across participants with a wide range of skin-to-muscle distances. *Clin Transl Allergy*. 2020;10:21.
- Lee J, Rodio B, Lavelle J, et al. Improving anaphylaxis care: The impact of a clinical pathway. *Pediatrics*. 2018;141(5).
- Warren CM, Zaslavsky JM, Kan K, et al. Epinephrine auto-injector carriage and use practices among US children, adolescents, and adults. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*. 2018;121(4):479-91.
- Robinson M, Koplin JJ, Field MJ, et al. Patterns of carriage of prescribed adrenaline autoinjectors in 10- to 14-year-old food-allergic students: A population-based study. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology In Practice*. 2019;7(2):437-43.
- Motosue MS, Bellolio MF, Van Houten HK, et al. National

prevenzi potravinových anafylaxi je důležité vytipování, vybavení a edukování rizikových pacientů – tj. i těch, kteří dosud žádnou anafylaxi neprodělali. Stanovení hladiny specifického IgE proti molekulárním alergenům je rozhodující ve zhodnocení dalšího ohrožení celkovou reakcí u pacienta s potravinovou alergií. Anafylaxe je asociována s určitými komponentami – molekulárními alergeny. Nejrizikovější proanafylaktické komponenty jsou: omega-5-gliadin u pšenice, LTP u ovoce, zásobní proteiny ořechů a semen typu vicilin, konglutinin, legumin, 2S albumin, kasein mléka, ovomukoid vajíčka, parvalbumin ryb, tropomyosin koryšů a měkkýšů a hevein u latex fruit syndromu (15, 19).

Potravinový alergik s vyšší bazální hladinou tryptázy (suspektní nebo potvrzený syndrom aktivity mastocytů včetně systémové mastocytózy) musí být rovněž vybaven AAI (19).

Význam správného vybavení adrenalinovým autoinjektorem vyplývá i z čísel anafylaxe v důsledku alergie na potraviny, kdy se většina případů odehraje doma nebo venku (15). Je proto také potřeba vybavit AAI potravinového alergika se systémovým charakterem reakcí a nedostupnou pohotovostní péčí. Pacient se systémovým charakterem reakce a současně s jazykovou bariérou u nás či kdekoli na světě musí být rovněž vybaven AAI (19).

trends in emergency department visits and hospitalizations for food-induced anaphylaxis in US children. *Pediatr Allergy Immunol*. 2018;29(5):538-44.

- McWilliam VL, Koplin JJ, Field MJ, et al. Self-reported adverse food reactions and anaphylaxis in the SchoolNuts study: A population-based study of adolescents. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2018;141(3):982-90.
- Grabenhenrich LB, Dölle S, Moneret-Vautrin A, et al. Anaphylaxis in children and adolescents: The European Anaphylaxis Registry. *J Allergy Clin Immunol*. 2016;137(4):1128-1137.e1.
- Worm M, Moneret-Vautrin A, Scherer K, et al. First European data from the network of severe allergic reactions (NORA). *Allergy*. 2014;69(10):1397-404.
- Bělohávková S, Kopelentová E, Štádl J, et al. Registr potravinových alergií DAFALL – konečné výsledky sledování. *Alergie*. 2021;(Supl. 1):7-15.
- Gupta RS, Warren CM, Smith BM, et al. The Public Health Impact of Parent-Reported Childhood Food Allergies in the United States. *Pediatrics*. 2018;142(6).
- Gupta RS, Warren CM, Smith BM, et al. Prevalence and Se-

Závěr

Včasná aplikace adrenalinu je spolu s polohováním pacienta dle dominantních klinických příznaků: v případě kardiovaskulárních (hypotenze) – do Trendelenburgovy polohy, v případě respiračních příznaků (dušnosti) – v polosedě – nejdůležitějším krokem v léčbě anafylaxe. Adrenalin představuje život zachraňující léčbu. Neexistuje žádná absolutní kontraindikace podání adrenalinu u anafylaxe. Při správné intramuskulární injekci působí adrenalin během několika sekund. Aplikace adrenalinu pomocí adrenalinového autoinjektoru vede k dřívějšímu dosažení vrcholové hladiny adrenalinu v séru ve srovnání s aplikací adrenalinu pomocí intramuskulární jehly a stříkačky.

Adrenalin jako lék první volby ve zvládnutí anafylaxe stále není samozřejmostí. Mapování vyšetření pacienta v riziku anafylaxe a pojmenování bariér v preskripci/použití adrenalinového autoinjektoru je jednou z cest, jak tuto situaci zlepšit. Pokroky v diagnostice – komponentová diagnostika – stanovení hodnot specifického IgE proti proanafylaktogenním potravinovým molekulárním alergenům – zásadně přispívají ke správnému vyhodnocení rizika celkové reakce pacienta a k adekvátnímu vybavení pacienta adrenalinovým autoinjektorem.

verity of Food Allergies Among US Adults. *JAMA Netw Open*. 2019;2:e185630. [PubMed: 30646188]

- Sicherer SH, Warren CM, Dant C, et al. Food Allergy from Infancy through Adulthood. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2020 June;8(6):1854-1864.
- Bilo MB, Martini M, Tontini C, et al. Anaphylaxis. *Eur Ann Allergy Clin Immunol*. 2021;53(1):4-17.
- Cardona V, Luengo O, Garriga T, et al. Co-factor-enhanced food allergy. *Allergy*. 2012;67(10):1316-8.
- Worm M, Francuzik W, Renaudin JM, et al. Factors increasing the risk for a severe reaction in anaphylaxis: An analysis of data from The European Anaphylaxis Registry. *Allergy*. 2018;73(6):1322-1330.
- Romano A, Scala E, Rumi G, et al. Lipid transfer proteins: the most frequent sensitizer in Italian subjects with food dependent exercise-induced anaphylaxis. *Clin Exp Allergy*. 2012;42:1643-53.
- Fuchs M, et al. Potravinová alergie a intolerance. 5. kapitola: Projevy potravinové alergie. *Edice Postgraduální medicíny. Mladá fronta, a. s.*; 2016.