

# Τροφικές Αλλεργίες στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

Παρθενόπη Παντελίδου<sup>1</sup>  
Αρετή Τσαλογλίδου<sup>2</sup>  
Χρήστος Ερμείδης<sup>3</sup>  
Κωνσταντίνος Κουκουρίκος<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, PhD, Νοσηλεύτρια  
Ελέγχου Λοιμώξεων, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσ-  
σαλονίκη

<sup>2</sup> Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, PhD, Καθηγήτρια  
Εφαρμογών, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αλε-  
ξάνδρειο ΤΕΙ, Θεσσαλονίκη

<sup>3</sup> Νοσηλεύτης ΠΕ, MSc, Υπεύθυνος Γραφεί-  
ου Εκπαίδευσης ΓΝ Δράμας

<sup>4</sup> Νοσηλεύτης ΠΕ, MSc, PhD(c), Καθηγητής  
Εφαρμογών, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αλε-  
ξάνδρειο ΤΕΙ, Θεσσαλονίκη

## Λέξεις κλειδιά :

ΤΕΠ, τροφικές αλλεργίες, αναφυλαξία, αντι-  
μετώπιση.

## Υπεύθυνος αλληλογραφίας:

Παρθενόπη Παντελίδου, Κωστή Παλαμά 11,  
Σίνδος, 57400 Θεσσαλονίκη  
Τηλ: 2310 798261, 694 29 89 590  
e-mail: pparthenopi@yahoo.gr

**Εισαγωγή:** Οι τροφικές αλλεργίες αποτελούν τη συχνότερη  
αιτία αλλεργικής αντίδρασης που οδηγεί τα άτομα στο Τμή-  
μα Επειγόντων Περιστατικών.

**Σκοπός:** Ο Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης είναι η απο-  
τύπωση των ερευνητικών δεδομένων για την αντιμετώπιση  
της τροφικής αλλεργίας στο σύγχρονο ΤΕΠ.

**Μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση ελληνικής και ξέ-  
νης βιβλιογραφίας της τελευταίας εικοσαετίας, μέσω των  
ηλεκτρονικών βάσεων Pubmed και Google Scholar, καθώς  
και ιστοσελίδων διεθνών και ελληνικών επιστημονικών  
ενώσεων, με λέξεις-κλειδιά τις εξής: ΤΕΠ, τροφική αλλερ-  
γία, αναφυλαξία, αντιμετώπιση.

**Αποτελέσματα:** Οι διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες για  
την αντιμετώπιση όλων των σοβαρών αλλεργικών και των  
αναφυλακτικών αντιδράσεων περιλαμβάνουν τη χορήγηση  
επινεφρίνης (αδρεναλίνης), τη διδασκαλία της τεχνικής για  
τη χρήση της αυτο-χορηγούμενης ένεσης επινεφρίνης και  
την παραπομπή σε ειδικό αλλεργιολόγο. Σε όλες τις μελέ-  
τες, ωστόσο, καταγράφεται μικρή συμμόρφωση, ακόμη και  
στις περιπτώσεις σοβαρής αναφυλακτικής αντίδρασης. Οι  
παρεμβάσεις που αναφέρονται από τους περισσότερους  
ερευνητές περιλαμβάνουν, επιπρόσθετα, και αφού έχει  
εξασφαλισθεί ο αεραγωγός και η ενυδάτωση του ασθενή,  
τη χορήγηση αντιϊσταμινικών και κορτικοστεροειδών φαρ-  
μάκων. Παρόμοια είναι τα αποτελέσματα και για παιδιά με  
τροφικές αλλεργίες, που αναζήτησαν ιατρική βοήθεια στο  
ΤΕΠ.

**Συμπέρασμα:** Απαιτούνται περισσότερες μελέτες στο  
μέλλον, έτσι ώστε, από τη μία πλευρά, οι πολίτες να ανα-  
γνωρίζουν έγκαιρα τα ύποπτα κλινικά σημεία που χρήζουν  
επείγουσας φροντίδας, και από την άλλη, οι επαγγελματίες  
υγείας των ΤΕΠ να έχουν την ικανότητα σωστής καθοδήγη-  
σης των ασθενών, με απώτερο στόχο την αποτελεσματικό-  
τερη διαχείριση των αλλεργιών και τη διατήρηση της ποιό-  
τητας στην καθημερινή ζωή.

## Εισαγωγή

Αλλεργία είναι μια υπέρμετρη και βλαβερή αντίδραση του οργανισμού στην είσοδο μιας, κατά τα άλλα, αβλαβούς ουσίας<sup>1</sup>. Σαν αποτέλεσμα αντί για προστασία δημιουργούνται παθολογικές καταστάσεις, που δύναται να θέσουν σε κίνδυνο ακόμα και την ίδια τη ζωή του ασθενή. Η είσοδος μιας τέτοιας ουσίας, ενός αντιγόνου, όπως ονομάζεται, προκαλεί την παραγωγή ανοσοσφαιρίνης E(IgE), μέσω της διέγερσης μιας ομάδας Β-λεμφοκυττάρων. Στη συνέχεια, η ανοσοσφαιρίνη αυτή προσκολλάται σε ειδικούς υποδοχείς των βασεόφιλων κυττάρων των ιστών, τα οποία παράγουν τις μεταβιβαστικές ουσίες της αλλεργίας, όπως είναι η ισταμίνη και η τρυπτάση. Τέλος, οι ουσίες αυτές επιδρούν στα διάφορα συστήματα του οργανισμού και προκαλούν ανάλογες εκδηλώσεις (π.χ. βρογχόσπασμο στο αναπνευστικό σύστημα)<sup>2,3</sup>.

Σ' ό,τι αφορά στις αλλεργίες, που προκαλούνται από την κατανάλωση συγκεκριμένης τροφής, η διάγνωση πολλές φορές διαφεύγει, καθώς είναι δύσκολο να αποδειχθεί η ύπαρξη ανοσολογικής βάσης. Εντούτοις, είναι γνωστό ότι οι περισσότερες περιπτώσεις τροφικής αλλεργίας εκλύονται μέσω του σχηματισμού IgE και παρατηρούνται 2 με 4 ώρες μετά την κατανάλωση της τροφής<sup>4</sup>. Οι τροφικές αλλεργίες είναι πιο συνηθισμένες στα βρέφη και παιδιά με επίπτωση περίπου 6% σε ηλικίες κάτω των τριών ετών σε σχέση με τους ενήλικες που εμφανίζουν επίπτωση περίπου 3,5%. Σε μεγαλύτερο κίνδυνο για σοβαρή αλλεργική αντίδραση σε τρόφιμα βρίσκονται οι έφηβοι και οι νεαροί ενήλικες με άσθμα και ιστορικό τροφικής αλλεργίας<sup>5</sup>.

Οι τροφικές αλλεργίες είναι ιδιαίτερα ανησυχητικές εξαιτίας της συχνής παρουσίας στην καθημερινή ζωή των περισσότερων τροφικών αλλεργιογόνων και του κινδύνου της επίδρασης στον άνθρωπο, ακόμα και με την κατανάλωση πολύ μικρών ποσοτήτων τροφής. Αποτελούν τη συχνότερη αιτία αλλεργίας που οδηγεί τα άτομα στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ), όντας υπεύθυνες για περίπου 30000 επείγουσες επισκέψεις ετησίως στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής και 150-200 θανάτους<sup>6</sup>.

## Αναφυλαξία

Η αναφυλαξία είναι οξεία, σοβαρή, γενικευμένη αλλεργική αντίδραση 4,7 που προκαλείται μετά την επαφή του ατόμου με κάποιο αντιγόνο. Η είσοδος του αντιγόνου στον οργανισμό μπορεί να γίνει από την αναπνευστική ή τη στοματική οδό, παρεντερικά ή διαδερμικά<sup>7,8</sup>. Ενας μεγάλος αριθμός αναφυλαξιών οφείλεται σε υπερευαισθησία έναντι της κατανάλωσης συγκεκριμένων τροφών. Όλα τα τρόφιμα είναι δυνατόν να προκαλέσουν αναφυλαξία, αλλά ορισμένα συνοδεύονται από μεγαλύτερο κίνδυνο, όπως για παράδειγμα τα φιστίκια, τα καρύδια, τα ψάρια και το λεύκωμα του αυγού<sup>6,7</sup>.

Τα συμπτώματα της αναφυλακτικής αντίδρασης που οφείλεται στην κατανάλωση συγκεκριμένης τροφής μπορεί να περιλαμβάνουν εξάνθημα, αναπνευστικά συμπτώματα, γαστρεντερικές διαταραχές και υπόταση (Πίνακας 1)<sup>9</sup>. Σύμφωνα με τους Clark και Camargo ο ορισμός της αναφυλαξίας από τρόφιμα περιλαμβάνει την εμπλοκή δύο ή περισσότερων συστημάτων από τα ακόλουθα: δέρμα (π.χ. εξάνθημα), αναπνευστικό (π.χ. οίδημα χειλιών, γλώσσας ή λαιμού, δυσκολία στην αναπνοή, αναπνευστικό συριγμό, άσθμα), καρδιαγγειακό (π.χ. υπόταση, ζάλη ή λιποθυμία, επηρεασμένη νοητική κατάσταση), γαστρεντερικό (π.χ. κοιλιακό πόνο)<sup>10,11</sup>. Η παρουσία της υπότασης που ορίζεται ως συστολική πίεση κάτω από 100 mmHg, αυτόματα οδηγεί στην υποψία αναφυλακτικής αντίδρασης<sup>6</sup>.

## Επιδημιολογία

Ακριβής καθορισμός της επίπτωσης των τροφικών αλλεργιών είναι δύσκολο να επιτευχθεί, λόγω της έλλειψης διεθνώς αποδεκτών διαγνωστικών κριτηρίων. Η πλειοψηφία των πρόσφατα δημοσιευμένων επιδημιολογικών μελετών για τις τροφικές αλλεργίες αφορά στο σύγχρονο δυτικό κόσμο. Η επιδημιολογία των τροφικών αλλεργιών και αναφυλαξιών στο γενικό πληθυσμό στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής (ΗΠΑ) παραμένει αβέβαιη. Οι Youm και συν. το 1999 μελέτησαν την επιδημιολογία της

Νευρικό	Ανώτερο αναπνευστικό	Κατώτερο αναπνευστικό	Καρδιαγγειακό	Γαστρεντερικό	Οφθαλμοί	Δέρμα
Ζάλη, αδυναμία, σπασμοί	Ρινική συμφόρηση, πτάρνισμα, βραχνάδα, συριγμός, φαρυγγικό ή λαρυγγικό οίδημα, βήχας	Δύσπνοια, βρογχόσπασμος, ταχύπνοια, χρήση επικούρικών αναπνευστικών μυών, κυάνωση, αναπνευστική ανακοπή	Ταχυκαρδία, υπόταση, αρρυθμίες, ισχαιμία μυοκαρδίου, καρδιακή ανακοπή	Ναυτία, έμετος, κοιλιακό άλγος, διάρροια	Κνησμός, επιπεφυκίτιδα, δακρύρροια	Κοκκίνισμα, ερύθημα, κνησμός, ουρτικάρια, αγγειοοίδημα, κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα

Πίνακας 1.

Κλινικά σημεία αναφυλαξίας.

αναφυλαξίας στους κατοίκους μίας πολιτείας της Αμερικής και κατέληξαν ότι η επίπτωση ήταν λιγότερο από 1% (30 περιστατικά ανά 10000 κατοίκους)<sup>12</sup>. Ποσοστό της τάξης του 36% του συνόλου των επεισοδίων αποδόθηκε σε αλλεργία σε κάποιο τρόφιμο. Αντίθετα, ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε το 2001 από τους Neugut και συν. υπολόγισε την επίπτωση της αναφυλαξίας στο σύνολο του πληθυσμού των Ηνωμένων Πολιτειών ανάμεσα στο 1% και 15%<sup>13</sup>. Τυχαιοποιημένη τηλεφωνική μελέτη που έγινε το 1999 στις ΗΠΑ από τους Sicherer και συν. για την αναφυλαξία που οφείλεται συγκεκριμένα σε φιστίκια και καρύδια, βρήκε επίπτωση της τάξης του 1,1%<sup>14</sup>. Επιπρόσθετα, ανασκοπήσεις της σύγχρονης βιβλιογραφίας, που αφορούν τόσο στις ΗΠΑ, όσο και στον Καναδά, αλλά και το Ηνωμένο Βασίλειο, αποδίδουν στην αναφυλαξία ποσοστά που ποικίλλουν από 0,3-0,6 έως 0,95%<sup>6,12,15</sup>.

Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν ακριβή επιδημιολογικά στοιχεία για τις τροφικές αλλεργίες και τις περιπτώσεις αναφυλαξίας που οφείλονται σε αυτές. Σύμφωνα με ορισμένους ερευνητές η επίπτωση κυμαίνεται από 0,3% έως 2,5%<sup>2</sup>. Στο γενικό πληθυσμό υπολογίζεται ότι αλλεργία στο γάλα αγελάδας παρουσιάζει ένα ποσοστό περίπου 3%, στα αυγά περίπου 1,5%, στους ξηρούς καρπούς περίπου 1%, στο σιτάρι και στη σόγια περίπου 0,5%. Στην περίπτωση που στην οικογένεια υπάρχει επιβαρημένο ιστορικό, τότε το ποσοστό των παιδιών που θα αναπτύξουν αλλεργία είναι πολλαπλάσιο και μπορεί να φθάσει το 80%<sup>16</sup>.

Η επιδημιολογία των τροφικών αλλεργιών φαίνεται να επηρεάζεται από πολιτιστικούς και γεωγραφικούς παράγοντες, που επιδρούν στις διατροφικές συνήθειες. Σε μελέτες, για παράδειγμα, που έγιναν στις ΗΠΑ, τα τρόφιμα που εμπλέκονται στην πρόκληση αλλεργικών αντιδράσεων σε παιδιά είναι κυρίως το αγελαδινό γάλα, τα αυγά και τα φιστίκια, ενώ στους ενήλικες τα καρύδια, τα φιστίκια, τα ψάρια και τα οστρακοειδή. Επιπλέον, οι τροφικές αλλεργίες και αναφυλαξίες καθορίζονται μερικώς γενετικά και συχνά συνδέονται με ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό ατοπικής δερματίτιδας<sup>5</sup>.

Παρά το γεγονός ότι οι περισσότερες εκτιμήσεις για την επίπτωση της τροφικής αναφυλαξίας κυμαίνονται γύρω στο 1% διεθνώς, δεν πρόκειται για σπάνια κατάσταση. Αυτό προκύπτει αν αναλογιστεί κανείς ότι το 1% ενός μεγάλου πληθυσμού (όπως για παράδειγμα του πληθυσμού των ΗΠΑ που αγγίζει τα 290 εκατομμύρια) είναι 2,9 εκατομμύρια άτομα. Εντούτοις, και παρά το γεγονός ότι η αναφυλαξία έχει απειλητικό για τη ζωή χαρακτήρα, λίγα είναι γνωστά για τον αριθμό των αναφυλαξιών γενικά, αλλά και των τροφικών αναφυλαξιών ειδικότερα, που αντιμετωπίζονται στα ΤΕΠ. Σύγχρονες μελέτες αποδίδουν ποσοστά που είναι κάτω του 1% των συνολικών επισκέψεων για επείγουσα φροντίδα<sup>17,18</sup>. Αλλού αναφέρονται ποσοστά επίπτωσης των περιστατικών αναφυλαξίας, που φθάνει στα ΤΕΠ, από 0,09% έως 2,1%<sup>5</sup>.

Πιο πρόσφατη μελέτη για την τροφική αναφυλαξία αναφέρει ότι αποτελεί την πρώτη αιτία προσφυγής στα ΤΕΠ στο σύνολο των αναφυλακτικών περιστατικών<sup>7</sup>.

## Αντιμετώπιση τροφικών αλλεργιών στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

Μικρός είναι ο αριθμός των πρόσφατα δημοσιευμένων άρθρων που αφορούν στην αντιμετώπιση της τροφικής αλλεργίας και αναφυλαξίας στα ΤΕΠ διεθνώς. Αν και τα άτομα που εμφανίζουν αναφυλαξία αναζητούν φροντίδα στα ΤΕΠ, λόγω του επείγοντος χαρακτήρα της κατάστασής τους, δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία για το πώς αντιμετωπίζονται τελικά.

### Διάγνωση

Η ταχεία και ακριβής διάγνωση των ατόμων που βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο για δυσμενή έκβαση είναι ουσιαστική και πολύτιμη για την αποτελεσματική επείγουσα αντιμετώπιση. Ιδιαίτερα στα παιδιά, το ενδεχόμενο αναφυλακτικής αντίδρασης πρέπει να εξετάζεται σε κάθε περίπτωση καταπληξίας (shock). Το λεπτομερές ιστορικό, καθώς και η αντικειμενική εξέταση είναι αυτά που, συνήθως, θέτουν τη διάγνωση. Επιπλέον, η ανίχνευση IgE με εργαστηριακή εξέταση τύπου αλλεργιοκαθήλωσης (RAST) ή με δερμοαντίδραση πρέπει να σχετίζεται με το ύποπτο τρόφιμο, αν και αρνητικό αποτέλεσμα δεν αποκλείει την αναφυλακτική ευαισθησία<sup>4</sup>.

Η διαφορική διάγνωση της τροφικής αναφυλαξίας περιλαμβάνει την καρδιακή ανεπάρκεια, τη σηψαιμία, την καταπληξία από ενδοτοξίνες και άλλα αίτια shock<sup>4,5</sup>. Με την αναφυλαξία συχνότερα συγχέεται η παρασυμπαθητικοτονική καταπληξία, η οποία, όμως, μπορεί να διαφοροδιαγνωστεί, μια και χαρακτηρίζεται από βραδυκαρδία, ναυτία και απουσία δερματικών ή αναπνευστικών συμπτωμάτων<sup>4</sup>.

### Αντιμετώπιση

Σύμφωνα με την Αμερικανική Ακαδημία για τις Αλλεργίες, το Ασθμα και την Ανοσολογία (American Academy of Allergy, Asthma & Immunology) οι κατευθυντήριες οδηγίες για την αντιμετώπιση όλων των σοβαρών αλλεργικών και των αναφυλακτικών αντιδράσεων περιλαμβάνουν τη χορήγηση επινεφρίνης (αδρεναλίνης), τη διδασκαλία της τεχνικής για τη χρήση της αυτο-χορηγούμενης ένεσης επινεφρίνης και την παραπομπή σε ειδικό αλλεργιολόγο<sup>19</sup>. Ανάλογα με τη βαρύτητα των συμπτωμάτων, προηγείται η εξασφάλιση ανοικτής αεροφόρου οδού και φλεβικής προσπέλασης για την ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκων - αντιϊσταμινικών και κορτικοστεροειδών - και υγρών<sup>7,17,18</sup>. Υποστηρίζεται ότι υπάρχει άμεση συσχέτιση ανάμεσα στην ταχύτητα της έναρξης των συμπτωμάτων μετά από την έκθεση στον ενοχοποιητικό παράγοντα και

στην βαρύτητα του επεισοδίου.

Η εκτίμηση της αντιμετώπισης των τροφικών αλλεργιών και αναφυλαξιών στο ΤΕΠ αποτελεί το αντικείμενο λίγων, σχετικά, άρθρων, που έχουν δημοσιευθεί την τελευταία εικοσαετία. Το 1995, μελέτη, που πραγματοποιήθηκε από τον Schwartz στις ΗΠΑ στο ΤΕΠ ενός νοσοκομείου, βρήκε ότι 45 από τους συνολικά 326 ασθενείς που εμφανίστηκαν με αλλεργία, είχαν αλλεργία σε κάποιο τρόφιμο. Από αυτούς κανένας δεν έλαβε συνταγή για την αυτο-χορηγούμενη ενέσιμη επινεφρίνη, ούτε παραπέμφθηκε σε αλλεργιολόγο για την περαιτέρω αντιμετώπιση και πρόληψη ενός νέου επεισοδίου<sup>20</sup>.

Αντίστοιχα, σε μελέτη που έγινε σε ΤΕΠ στο Ηνωμένο Βασίλειο την επόμενη χρονιά, οκτώ ασθενείς εμφάνισαν σοβαρή αλλεργική αντίδραση, σε τρεις από τους οποίους υπεύθυνη ήταν η κατανάλωση κάποιου τροφικού αλλεργιογόνου. Κανένας από τους ασθενείς αυτούς δεν έλαβε συνταγή για επινεφρίνη, συμβουλές ή διδασκαλία για την αποφυγή του επικίνδυνου αλλεργιογόνου και δεν παραπέμφθηκε σε ειδικό αλλεργιολόγο<sup>21</sup>.

Στην Αυστραλία πραγματοποιήθηκε αναδρομική μελέτη το 2001 σε ασθενείς που προσήλθαν στο ΤΕΠ ενός νοσοκομείου ενηλίκων για χρονικό διάστημα ενός έτους. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι από τους 304 ασθενείς, που παρουσιάστηκαν με συμπτώματα αλλεργικής αντίδρασης, ποσοστό 17% προήλθε λόγω αλλεργίας σε κάποιο τρόφιμο. Σχεδόν στο 75% των ασθενών χορηγήθηκαν αντιϊσταμινικά φάρμακα και κορτικοστεροειδή στο ΤΕΠ, ενώ επινεφρίνη σε ενέσιμη μορφή έλαβε το 27,4% των ασθενών. Στο σύνολο των 60 ασθενών του δείγματος με σοβαρή αλλεργική αντίδραση, το 43% έλαβε οδηγίες για παραπομπή σε ειδικό αλλεργιολόγο, γεγονός που υποδεικνύει πιθανή καλύτερη συμμόρφωση με τις κατευθυντήριες οδηγίες για την αντιμετώπιση αλλεργικών αντιδράσεων στα ΤΕΠ της Αυστραλίας. Εντούτοις, και σε αυτήν τη μελέτη, οι ασθενείς δεν έλαβαν ιατρική συνταγή για αυτο-χορηγούμενη ένεση επινεφρίνης, καθώς και καθοδήγηση για τη χρήση της<sup>22</sup>.

Το 2003 οι Bellou και συν. μελέτησαν τα διαγράμματα από 324 ασθενείς που προσέφυγαν σε ΤΕΠ στη Γαλλία για αλλεργικό επεισόδιο και βρήκαν ότι 31 (9,5%) από αυτούς διαγνώστηκαν με τροφική αλλεργία. Οι έξι από αυτούς παρουσίασαν αναφυλακτικό shock. Συνολικά πήραν εξιτήριο από το ΤΕΠ οι 233 ασθενείς με αλλεργικό επεισόδιο από τους οποίους το ένα τέταρτο περίπου (55 ή 24%) παραπέμφθηκαν σε ειδικό αλλεργιολόγο για συμβουλευτική και περαιτέρω παρακολούθηση<sup>23</sup>.

Ακολούθησε μία μεγάλη πολυκεντρική μελέτη στοχευμένη στην αντιμετώπιση της τροφικής αλλεργίας στο ΤΕΠ, η οποία πραγματοποιήθηκε το 2004 στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής. Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν δεδομένα για 678 ασθενείς με τροφική αλλεργία που αναζητήσαν ιατρική βοήθεια σε 21 ΤΕΠ της Βόρειας Αμερικής. Στα αποτελέσματα αναδείχθηκε η έντονη ανακολούθια

της αντιμετώπισης της τροφικής αλλεργίας στο ΤΕΠ και των αντίστοιχων κατευθυντήριων οδηγιών, καθώς μόλις στο 2% των ασθενών με σοβαρή αναφυλακτική αντίδραση, οι οποίοι αποτελούσαν το 50% του συνόλου, έγιναν και οι τρεις προτεινόμενες παρεμβάσεις. Οσον αφορά τους υπόλοιπους, χορηγήθηκε επινεφρίνη στο ΤΕΠ σε ποσοστό 24%, δόθηκε ιατρική συνταγή για αυτο-χορηγούμενη ένεση επινεφρίνης σε ποσοστό 22%, ενώ το 13% των ασθενών παραπέμφθηκε σε ειδικό αλλεργιολόγο<sup>18</sup>.

Πρόσφατα, παρατηρήθηκε, ότι τα στοιχεία για την αναφυλαξία διαφέρουν στα παιδιά σε σχέση με τους ενήλικες. Οι περιπτώσεις στα παιδιά συνδέονται πιο συχνά με τρόφιμα, ενώ στους ενήλικες πλειοψηφούν οι αντιδράσεις σε φάρμακα και σε δήγματα εντόμων<sup>24,25</sup>.

Αναφορικά με την αντιμετώπιση τροφικών αλλεργιών σε παιδιά, αναδρομική μελέτη δύο ετών σε ΤΕΠ τριτοβάθμιου παιδιατρικού νοσοκομείου της Βόρειας Αμερικής, κατέγραψε 237 περιπτώσεις αλλεργικής αντίδρασης σε σύνολο 29000 επισκεπτών. Διάφορες τροφές βρέθηκαν να ευθύνονται στο 39,5% των ασθενών, με συχνότερες εκδηλώσεις από το δέρμα. Περισσότερα από τα μισά παιδιά (55%) δεν έλαβαν επίσημες οδηγίες για φάρμακα ή μεταγενέστερη παρακολούθηση από ειδικό αλλεργιολόγο<sup>26</sup>.

Επιπρόσθετα, οι Russell και συν. το 2010 μελέτησαν περιστατικά με τροφική αλλεργία που αντιμετωπίστηκαν στο ΤΕΠ παιδιατρικού νοσοκομείου στο Ηνωμένο Βασίλειο στη διάρκεια πέντε ετών. Επινεφρίνη χορηγήθηκε στο 56% των ασθενών κατά την παραμονή τους στο ΤΕΠ, αντιϊσταμινικά στο σύνολο σχεδόν των παιδιών και κορτικοστεροειδή στο 79%. Οσον αφορά τις υπόλοιπες δύο παρεμβάσεις σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες, το 63% των παιδιών έλαβε ιατρική συνταγή για αυτο-χορηγούμενη ένεση επινεφρίνης, με ταυτόχρονη εκπαίδευση των γονέων, ενώ μόνο το 33% παραπέμφθηκε σε ειδικό αλλεργιολόγο<sup>17</sup>.

## Συμπέρασμα

Οι τροφικές αλλεργίες αποτελούν την κύρια αιτία περιστατικών αναφυλακτικής αντίδρασης που αντιμετωπίζονται στο ΤΕΠ. Η συμμόρφωση, ωστόσο, με τις κατευθυντήριες οδηγίες παραμένει ιδιαίτερα χαμηλή διεθνώς. Οι θάνατοι που σχετίζονται με την αναφυλαξία και η αυξανόμενη επίπτωση των επισκέψεων σε ΤΕΠ αναδεικνύουν το γεγονός της γενικότερης έλλειψης γνώσεων για το θέμα και από τους πολίτες και από το προσωπικό των σύγχρονων ΤΕΠ. Απαιτούνται περισσότερες μελέτες στο μέλλον, έτσι ώστε, από τη μία πλευρά, οι πολίτες να αναγνωρίζουν έγκαιρα τα ύποπτα κλινικά σημεία, που χρήζουν επείγουσας φροντίδας, και από την άλλη, οι επαγγελματίες υγείας των ΤΕΠ να έχουν την ικανότητα σωστής καθοδήγησης των ασθενών, με απώτερο στόχο

την αποτελεσματικότερη διαχείριση των αλλεργιών και τη διατήρηση της ποιότητας στην καθημερινή ζωή.

## Summary

### Food-Related Allergies in the Emergency Department

P. Pantelidou, A. Tsaloglidou, Chr. Ermidis, K. Koukourikou

**Introduction:** Food-related allergic reactions are the leading cause of anaphylactic reactions treated in the emergency department.

**Purpose:** The purpose of this review is the documentation of research findings on food-related allergic reactions in the contemporary Emergency Department (ED).

**Method:** A review of the Greek and international literature was conducted for the last twenty years through Pubmed and Google Scholar, as well as, Greek and International Scientific Associations' websites, using as key words the following terms: emergency department, food allergy, anaphylaxis, management.

International guidelines recommend treatment of all severe allergic and anaphylactic reactions with epinephrine, teaching of proper techniques for self-injectable epinephrine, and referral to an allergist. In all cases, concordance with suggested guidelines for the treatment of severe acute allergic reactions is recorded poor. Interventions referred from almost all researchers include, in addition, after securing the airway and the hydration of the patient, the administration of antihistamines and corticosteroids. The results were similar for children with food-related allergies seeking medical aid in the emergency department.

**Conclusion:** More studies are needed in the future, so that, on the one hand, citizens will have the ability to promptly recognize suspicious clinical signs that request urgent care, and, on the other hand, health care professionals in the ED will have the competence to correctly guide patients, with a view to effective management of allergies and maintaining quality in everyday life.

## Βιβλιογραφία

1. Food allergy in the US children. Διαθέσιμο στο : <http://www.cdc.gov/HealthyYouth/foodallergies/publications.htm>. Πρόσβαση 22 Ιουνίου 2014.
2. Τροφικές Αλλεργίες. Διαθέσιμο στο: [http://www.iatrikionline.gr/deltio\\_50d/04.htm](http://www.iatrikionline.gr/deltio_50d/04.htm). Πρόσβαση 20 Μαρτίου 2014.
3. Κουρκούτα Λ. Διαγνωστική Νοσηλευτική Προσέγγιση. Μονογραφία. Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 2010.
4. Sher T. Ανοσολογία και Αλλεργία. Στο: Behrman E.R. & Kliegman M.R. Nelson Βασική Παιδιατρική. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 1996: 329-341.

5. Sicherer HS., Teuber S. and the Adverse Reactions to Foods Committee. Current approach to the diagnosis and management of adverse reactions to foods. *J Allergy Clin Immunol* 2004;114:1146-50.
6. Clark S. and Camargo AC. Emergency management of food allergy: systems perspective. *Curr Opin Allergy Immunol* 2005;5:293-98.
7. Sampson HA. Anaphylaxis and emergency treatment. *J Allergy Clin Immunol* 2003;111:1601-608.
8. Samaras D, Kostidou S, Monios A, Fradelos E, Kourkouta L. Climate change impacts on human health. *AASCIT Health* 2014; 1(1): 1-5.
9. Ellis KA and Day HJ. Diagnosis and management of anaphylaxis. *CMAJ* 2003;169(4):307-12.
10. Κουρκούτα Λ, Ράρα Α, Δημητριάδου Α. Πρώτες Βοήθειες σε κρίση άσθματος στα παιδιά. 42ο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο ΕΣΝΕ., Αλεξανδρούπολη 13 - 15 Μαΐου 2015.
11. Φραδέλος Ε., Κουρκούτα Λ, Κασίδη Ε. Αιωρούμενα σωματίδια και υγεία. 6ο Πανελλήνιο & 50 Πανευρωπαϊκό Νοσηλευτικό Συνέδριο. Λευκάδα, 23- 26 Μαΐου, 2013.
12. Yocum MW, Butterfield JH, Klein JS. Epidemiology of anaphylaxis in Olmsted County: a population-based study. *J Allergy Clin Immunol* 1999;104:452-56.
13. Neugut AJ, Ghatak AT, Miler RL. Anaphylaxis in the US: an investigation into its epidemiology. *Arch Intern Med* 2001;161:15-21.
14. Sicherer SH, Munoz FA, Burks AW. Prevalence of peanut and tree nut allergy in the US determined by a random digit dial telephone survey. *J Allergy Clin Immunol* 1999;103:559-562.
15. Gupta R, Sheikh A, Strachan DP. Burden of allergic disease in the UK: a secondary analyses of national databases. *Clin Exp Allergy* 2004;34:520-26.
16. Τροφική αλλεργία. Διαθέσιμο στο: [http://www.iatronet.gr/ygeia/allergologia/article/5725\\_trofiki-allergia.html](http://www.iatronet.gr/ygeia/allergologia/article/5725_trofiki-allergia.html). Πρόσβαση 15 Σεπτεμβρίου 2014.
17. Russell S, Monroe K, Losek JD. Anaphylaxis management in the pediatric emergency department: opportunities for improvement. *Pediatr Emerg Care* 2010 Feb;26(2):71-6.
18. Clark S, Bock SA, Gaeta JT, Brenner EB, Cydulka KR, Camargo AC. Multicenter study of emergency department visits for food allergies. *J Allergy Clin Immunol* 2004;113:347-52.
19. American Academy of Allergy, Asthma & Immunology website. Διαθέσιμο στο: <http://www.aaaai.org/patients/publicedmat/tips/whatisanapylaxis.stm>. Πρόσβαση 30 Μαρτίου 2014.
20. Schwartz H. Acute allergic disease in a hospital emergency room: a retrospective evaluation of one year's experience. *Allergy Proc* 1995;16:247-50.

21. Stewart AG, Ewan PW. The incidence, aetiology and management of anaphylaxis presenting to an emergency department. *QJM* 1996;89:859-64.
22. Brown A, McKinnon D, Chu K. Emergency department anaphylaxis: a review of 142 patients in a single year. *J Allergy Clin Immunol* 2001;108:861-6.
23. Bellou A, Manel J, Samman-Kaakaji H. Spectrum of acute allergic diseases in an emergency department: an evaluation of one year's experience. *Emerg Med* 2003;15:341-47.
24. Braganza SC, Acworth JP, Mckinnon DR, Peake JE, Brown AF. Paediatric emergency department anaphylaxis: different patterns from adults. *Arch Dis Child* 2006; 91:159–63.
25. Κουρκούτα Λ, Ράρρα Α, Αμπραχίμ Σ.Ε. Η διατροφή των παιδιών στη σχολική ηλικία. *Επιστημονικά Χρονικά*, 2013: 18( 2 ) ; 78 -82
26. Melville N, Beattie T. Pediatric allergic reactions in the emergency department: a review. *Emerg Med J* 2008 Oct;25(10):655-8.