

NOTFALLCHECKLISTE

Erst leichte, dann bedrohliche Allgemeinreaktion

Anaphylaktischer Schock

P. Kokott

Nach i.m. Gabe von Diclofenac wegen akuter Rückenschmerzen kommt es bei einer 81-Jährigen in der Hausarztpraxis zu einer anaphylaktischen Reaktion. Diese entwickelt sich von Unwohlsein, Hauterythem, Flush, Schwitzen, Übelkeit, Erbrechen, Dyspnoe bis hin zu einem vital bedrohlichen anaphylaktischen Schock.

Situation und Symptomatik

Unter einer anaphylaktischen Reaktion versteht man eine den ganzen Organismus betreffende Maximalvariante der allergischen Sofortreaktion. Beim lebensbedrohlichen anaphylaktischen Schock handelt es sich um eine massive Typ-I-Allergie gegen ein peroral, inhalativ, perkutan oder durch Injektion aufgenommenes Antigen. Dieses provoziert nach vorausgegangener Sensibilisierung bei erneuter Applikation eine anaphylaktische Reaktion. Auslöser können eine Vielzahl von Medikamenten (Antibiotika, Lokalanästhetika, Zytostatika, Antiphlogistika) sowie Insektengifte, Impfstoffe, Seren und jodhaltige Kontrastmittel sein.

Beim anaphylaktischen Schock besteht ein relativer Volumenmangel aufgrund der gestörten Vasotonusregulation. Die Gesamtmenge des intra- und extravasalen Volumens ist zwar erhalten, jedoch vermindert es sich kritisch im zentralen Kompartiment (thorakaler Raum, Füllungsdrücke des Herzens).

Die vier Schweregrade einer anaphylaktischen Reaktion

- 1 Leichte Allgemeinreaktion (Juckreiz, Flush, Urtikaria, Angioödem)
- 2 Ausgeprägte Allgemeinreaktion (Hautsymptome [nicht obligat], Nausea, abdominale Krämpfe, Rhinorrhoe, Dyspnoe, Bronchospasmus,

Tachykardie, Herzrhythmusstörung, Hypotension)

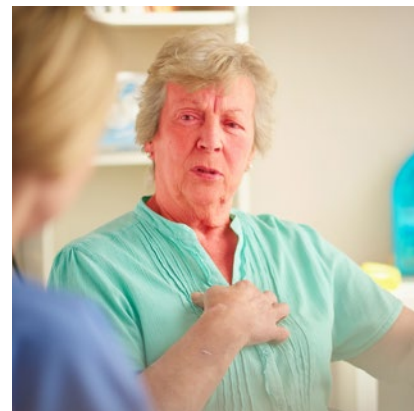
- 3 Bedrohliche Allgemeinreaktion (Hautsymptome [nicht obligat], Erbrechen, Defäkation, Larynxödem, Bronchospasmus, Zyanose, Schock)
- 4 Organversagen (Hautsymptome [nicht obligat], Atem-, Herz- und Kreislaufstillstand).

Therapeutische Sofortmaßnahmen

Die Therapie der anaphylaktischen Reaktion und des anaphylaktischen Schocks zielt auf die Symptombeseitigung und Sicherung bzw. Wiederherstellung der Vitalfunktionen. Je nach Ausprägungsgrad werden hierbei folgende Maßnahmen angewendet:

- Antihistaminika (wegen schnellem Wirkungseintritt ältere Histamin-H₁-Rezeptorenblocker, z. B. Clemastin in Kombination mit Histamin-H₂-Rezeptorenblocker, z. B. Cimetidin),
- Kurzinfusionen zur Volumentherapie als kristalloide Infusionslösung (z. B. Ringer-Lösung),
- Glukokortikoide (z. B. Solu-Decortin H 250–1.000 mg i.v.) bis hin zur systemischen Applikation von Adrenalin (z. B. Suprarenin) – 1 mg = 1 ml = 1 Amp. Suprarenin verdünnt mit 9 ml 0,9% NaCl,
- Sauerstoffgabe.

Entscheidend ist ein rasches, zielgerichtetes Handeln. Eckpfeiler der Thera-



Die Patientin klagt plötzlich über Unwohlsein und Dyspnoe.

© sturt / Getty Images / iStock (Symbolbild mit Fotomodellen)

pie des manifesten anaphylaktischen Schocks sind die Adrenalingabe und die Flüssigkeitssubstitution. Im anaphylaktischen Schock ist die Reihenfolge Adrenalin vor Volumensubstitution und Prednisolon obligat. ■

→ **Title: Anaphylaxis**

→ **Anschrift des Verfassers:**

Dr. med. Paul Kokott
Stormstraße 21
D-38226 Salzgitter
E-Mail: dr.kokott@t-online.de

Kasuistik

WIE GING ES WEITER?

Nach Anlage eines venösen Zugangs wird Adrenalin gegeben, danach eine Kurzinfusion mit Cimetidin, Ranitidin und hoher Glukokortikoiddosis bei Sauerstoffgabe und Schocklagerung. Darunter erholt und stabilisiert sich die Patientin. Zur Nachbeobachtung wird sie unter Notarztbegleitung stationär eingewiesen.

Zwei Tage später ist die Patientin vollkommen wiederhergestellt. Nach sorgfältiger und gründlicher Aufklärung der Patientin über die bestehende Gefährdungslage bei erneuter Verabreichung von Diclofenac jeder Darreichungsform, auch peroral, wird ein Allergiepass ausgestellt. Die Notwendigkeit für das ständige Mitführen eines Notfallsatzes wird unsererseits nicht gesehen.