

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

da in Zukunft ja auch zunehmend Fachärztinnen und Fachärzte in ihren Praxen Corona-Schutzimpfungen anbieten werden und es nicht ausgeschlossen ist, dass es -wenn auch nur in äußerst wenigen Fällen- zu möglichen akuten Impfreaktionen kommen kann, möchte die Allianz Fachärztlicher Berufsverbände (AFB e.V.) Ihnen hier sinnvolle und nützliche Informationen an die Hand geben, um in einem solchen Fall richtig zu reagieren.

Akuttherapie der Anaphylaxie

(gemäß der aktuellen S3-Leitlinie von 2014, AWMF-Register 061-025, derzeit in Revision)

Einteilung der Schweregrade einer anaphylaktischen Reaktion

I	Hautreaktion: Urtikaria, Rötung, Juckreiz, Quaddelbildung, Angioödem. Hämodynamik und Respiratorisches System im wesentlichen unbeeinflusst
II	Deutlicher Blutdruckabfall, Herzfrequenzanstieg (> 20mm Hg systolisch, > 20 Schläge/min)
III	Bronchospasmus, Angioödem im Respirationstrakt, periphere Vasodilatation mit massivem Blutdruckabfall
IV	Herz-Kreislaufstillstand

Wichtig ist eine **frühzeitige Therapie** der Anaphylaxie und eine stadiengerechte Medikamentengabe:

Sauerstoffapplikation über Nasensonde/Maske und Anlage eines möglichst **großvolumigen** Intravenösen **Zugangs** (18G oder größer) sind obligat.

Antihistaminika (H1-Blocker der ersten Generation, z.B. Dimetinden) haben ein sehr gutes Nutzen/Nebenwirkungsprofil und sind unter Umständen, neben **großzügiger und rascher Volumengabe** für milde Verläufe mit **Schweregrad I-II** ausreichend.

Goldstandard für die Therapie mittelschwerer und schwerer Verläufe ist die **titrierte intravenöse Gabe von Adrenalin**, unter gleichzeitiger **Volumensubstitution**, ggf. ergänzt um **inhalative Gabe von β -Mimetika als Dosieraerosol-Spray** oder kontinuierlicher Vernebelung mittels Verneblermaske.

Schweregrad IV entspricht einem **Herz-Kreislaufstillstand** durch anaphylaktischen Schock, es gelten die Leitlinien zum **ACLS (Advanced Cardiac Life Support)**.

Kortikosteroide wirken, vor allem als alleinige Medikation, **zu langsam** um ein sich anbahnendes Schockgeschehen sicher zu durchbrechen, haben aber eine Berechtigung zur Linderung cutaner Symptome.

Bei Verdacht auf Anaphylaxie empfiehlt sich also folgendes Vorgehen:

Sauerstoffgabe, Kontrolle der Vitalwerte, Anlage eines möglichst großvolumigen intravenösen Zugangs. Beginn einer Volumensubstitution mit Vollelektrolytlösung oder NaCl 0,9% 500ml – 1 Liter.

Gabe von 0,1mg/kg KG Dimetinden i.v. und 500 – 1000 mg Prednisolon i.v.

Bei manifestem Schockgeschehen (Schweregrad II und höher): Keine Angst vor Adrenalin. Herstellen einer Verdünnung mit 50 oder 100ml NaCl 0,9% mit 1 bzw. 2 mg Adrenalin ergibt eine Konzentration von 20 µg/ml. Davon 5ml entsprechen 0,1mg Adrenalin, also etwas über 1µg/kg KG für einen normalgewichtigen Erwachsenen. Diese Dosis kann bei unzureichender Wirkung nach ein bis zwei Minuten repetiert und bei ausbleibender Wirkung auch eskaliert (10ml – 20ml) werden. Weitere Dosissteigerungen dann über Gabe von 1:10 (1ml Adrenalin, 9ml NaCl 0,9%) verdünntem Adrenalin.

Bei respiratorischen Symptomen inhalativ β-Mimetika: Fenoterol (Berotec ®), Terbutalin oder Salbutamol Dosieraerosol oder Adrenalin unverdünnt über Verneblermaske

In einer Reanimationssituation Gabe von unverdünntem Adrenalin und reichlich Volumen über die Infusion.

Falls die Anlage eines venösen Zugangs misslingt oder sich verzögert, ist alternativ die Gabe von 0,15-0,3mg Adrenalin i.m. möglich; falls verfügbar können Adrenalin-Autoinjektoren verwendet werden.

Anaphylaktischer Schock

1. Sauerstoffgabe, intravenöser Zugang. Schnelle Volumengabe 500-1000ml kristalloider Lösung.
2. Bei Verzögerung der Anlage: Erwäge 0,15-0,3mg Adrenalin i.m., ggf Adrenalin Auto-Injektor Fertigspritze verwenden.
3. Bei manifestem Schockgeschehen Adrenalin 0,1-0,2-0,4 mg (verdünnte Lösung erleichtert die Dosierung) in aufsteigender Dosis geben bis Symptomkontrolle
4. Inhalative β-Mimetika bei respiratorischer Symptomatik
5. Dimetinden 0,1mg/kg KG, Prednisolon 5 – 10 mg/kg KG. (Bei schweren Verläufen als alleinige Therapie NICHT ausreichend, vor allem Kortisonwirkung erst nach >30 Minuten)
6. Bei schwersten Verläufen Reanimationsbereitschaft, Reanimation gemäß aktuellen Leitlinien. Volumen und Adrenalin zur Kreislaufstabilisierung als kausale Therapie.

Wir hoffen, dass Ihnen diese kurze Zusammenstellung hilfreich ist und Ihnen auch die Furcht vor einem solchen Ereignis nimmt.

Ihre

Allianz Fachärztlicher Berufsverbände Bayerns e.V.