

"Anaphylaxie - die erste Minute zählt!"

Therapie der Wahl ist die sofortige, intramuskuläre Gabe von Adrenalin!

Und ja - das gilt auch wenn ein i.v.-Zugang liegt!

(Quelle: ERC Reanimationsleitlinie und S2K-LL Anaphylaxie)!

Hintergrund:

Das Risiko schwerer kardialer Nebenwirkungen ist bei der intramuskulären Applikation erheblich geringer als bei der intravenösen Applikation!

Deshalb i.v.-Applikation von Adrenalin nur bei:

- fehlender Stabilisierung der Symptomatik und
- drohender Dekompensation von Atmung oder Kreislauf

Welche Dosis gibt man?

Die Empfehlung lautet 10µg/kg aber maximal 500µg

Als Faustformel gilt für die Dosierung: Kleinkind (0,5 - 6 Jahre) 150µg i.m. Schulkinder (6-12 Jahre) 300µg i.m. Erwachsene 500µg i.m.

Wann gibt man Adrenalin i.m.?

Die intramuskuläre Gabe sollte bereits ab einer anaphylaktischen Reaktion mit Dyspnoe und bronchialer Obstruktion erfolgen!

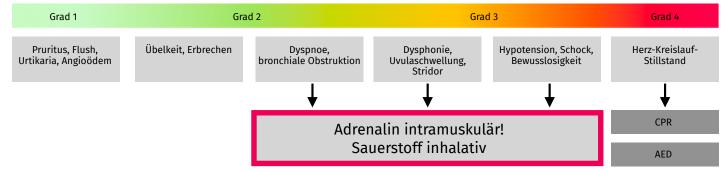


Abb. nach S2K Leitlinie Akuttherapie und Management der Anaphylaxie

Als weitere Therapien können **Adrenalin inhalativ** (dann 4mg für Erwachsene!) und **inhalative β2-Sympathomimetika** (z.B. Fenoterol und Salbutamol) erwogen werden.



KEINE unmittelbare, zeitliche Dringlichkeit hat die Therapie mit H1/H2-Blockern und Steroiden! Trotz der noch verbreiteten Anwendung besteht für Kortikosteroide oder Antihistaminika keine eindeutige Evidenz für eine Mortalitätsverbesserung bei Anaphylaxie.

- H1-Blocker (z.B. Dimetinden) können lediglich Juckreiz/Urtikaria lindern
- H2-Blocker sind nach aktueller Studienlage ohne jeden Nutzen bei Anaphylaxie
- Steroide (z.B: Prednisolon) haben keine breite Evidenz und scheinen wenn überhaupt nur einen eventuellen Rebound unwahrscheinlicher zu machen, zudem ist der erwartete Wirkeintritt von Steroiden erst nach Stunden

Literaturquellen:

https://www.notfallguru.de/leitsymptome/allgemeines/anaphylaxie S2K Leitlinie zu Akuttherapie und Management der Anaphylaxie – Update 2021 https://doi.org/10.1007/s40629-020-00158-y

