

Διαχείριση ασθενών με μαστοκυττάρωση και δερματογραφία όσον αφορά τη χορήγηση τοπικού αναισθητικού: Παρουσίαση περιστατικών.

Καρασερίδης Κ.* , Ζυγούρα Ι.* , Τσιάντου Δ.**

* Οδοντίατρος

** Παιδοδοντίατρος

Η παρούσα εργασία έχει ανακοινωθεί με την μορφή της αναρτημένης ανακοίνωσης στο 45^ο Πανελλήνιο Παιδοδοντικό Συνέδριο του Σεπτεμβρίου του 2021.

Η αληθής αλλεργική αντίδραση στα οδοντιατρικά τοπικά αναισθητικά είναι σπάνια. Ωστόσο, υπάρχουν ιατρικές καταστάσεις, όπως η μαστοκυττάρωση και η δερματογραφία, όπου εμφανίζεται αλλεργική αντίδραση στα αναισθητικά διαλύματα. Στις περιπτώσεις αυτές, απαιτείται προετοιμασία του ασθενούς, συννηθέστερα με χορήγηση αντιισταμινικών φαρμάκων, πριν και μετά τη θεραπεία. Τρία περιστατικά ασθενών με μαστοκυττάρωση και δερματογραφία παρουσιάζονται στην παρούσα εργασία. 1) Κορίτσι 8 ετών, με διάγνωση μαστοκυττάρωσης, παραπέμφθηκε σε αλλεργιολόγο για αξιολόγηση και αλλεργικά τεστ. Δεν προτάθηκε κάποια ειδική προετοιμασία ή σκεύασμα αναισθητικού. 2) Σε αγόρι 5 ετών, με διάγνωση μαστοκυττάρωσης, κατόπιν επικοινωνίας με τον παιδοδερματολόγο, χορηγήθηκαν αντιισταμινικά σκευάσματα πριν και μετά την χορήγηση τοπικής αναισθησίας. 3) Αγόρι 11 ετών με ελεύθερο ιατρικό ιστορικό εμφάνισε 14 ώρες μετά από τοπική αναισθησία, οίδημα στην περιοχή της παρείας. Παραπέμφθηκε σε αλλεργιολόγο, διαγνώσθηκε με δερματογραφία και προτάθηκε, μετά από διενέργεια αλλεργικών τεστ στα σκευάσματα λιδοκαΐνης και μεπιβακαΐνης, σκεύασμα μεπιβακαΐνης και αντιισταμινική θεραπεία πριν από τη χορήγηση οδοντιατρικής αναισθησίας. Αν και οι καταστάσεις αυτές είναι γνωστό ότι εμφανίζονται σπάνια και περιορίζονται στο δέρμα, ο οδοντίατρος οφείλει να γνωρίζει την πιθανότητα συστηματικών επιπλοκών. Η έγκαιρη διάγνωση, η συνεργασία με αλλεργιολόγο και η σωστή προετοιμασία και αντιμετώπιση των περιστατικών αυτών είναι καθοριστικής σημασίας, για την αποφυγή σημαντικών επιπτώσεων στην υγεία του ασθενούς.

Λέξεις ευρετηρίου: μαστοκυττάρωση, δερματογραφία, τοπική αναισθησία, αλλεργική αντίδραση

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Μαστοκυττάρωση είναι μία ομάδα διαταραχών, που χαρακτηρίζεται από την παρουσία μη φυσιολογικού αριθμού μαστοκυττάρων στο δέρμα και σε εσωτερικά όργανα. Όταν εμφανίζεται στα παιδιά περιορίζεται, κυρίως, στο δέρμα,

χωρίς την εμπλοκή εσωτερικών οργάνων και πολλοί ασθενείς παρουσιάζουν ύφεση κατά την εφηβεία¹. Ο επιπολασμός της νόσου είναι περίπου ένας στους 25.000-30.000² και, λόγω της ετερογένειας της, ταξινομείται σε διαφορετικές κατηγορίες με βάση την κλινική της παρουσία και την έκταση της εμπλοκής των ιστών. Έτσι, η μαστοκυττάρωση

Management of patients with mastocytosis and dermatographism regarding the administration of local anesthetic: report of three cases

Karaseridis K., Zigoura I., Tsiantou D.

A true allergic reaction to dental local anesthetics is rare. However, there are medical conditions, such as mastocytosis and dermatographism, where an allergic reaction to anesthetic solutions occurs. In these cases, the patient needs to be prepared, most commonly with antihistamines, before and after treatment. Three cases of mastocytosis and dermatographism are presented in this paper. 1) An 8-year-old girl with a diagnosis of mastocytosis was referred to an allergist for evaluation and allergy tests. No special preparation or anesthetic formulation were suggested. 2) A 5-year-old boy with a diagnosis of mastocytosis, was given antihistamines before and after local anesthesia after consulting the pediatric dermatologist. 3) An 11-year-old boy with a free medical history developed swelling in the buccal area, 14 hours after local anesthesia administration. He was referred to an allergist, he was diagnosed with dermatographism and it was suggested, after allergy test for lidocaine and mepivacaine, mepivacaine preparation and antihistamine treatment before the administration of dental anesthesia. Although these conditions are known to occur rarely and are limited to the skin, the dentist should be aware of the possibility of systemic complications. Early diagnosis, cooperation with an allergist and the proper preparation and treatment of these cases are crucial to avoid complications to the patient's general health.

Keywords: mastocytosis, dermatographism, local anesthesia, allergic reaction.

ταξινομείται ανάλογα με την ηλικία (παιδών και ενηλίκων), τα εμπλεκόμενα όργανα (δερματική και συστηματική) και την κλινική συμπεριφορά της/το φορτίο των μαστοκυττάρων (ελαφριά και επιθετική μορφή της νόσου)³. Η δερματική μορφή της νόσου διαχωρίζεται στην κηλιδοβλατιδώδη, τη διάχυτη δερματική μαστοκυττάρωση και το μαστοκύττωμα του δέρματος⁴. Η συστηματική αφορά, κυρίως, την προσβολή του δέρματος, του γαστρεντερικού συστήματος, του ήπατος, της σπλήνας και του μυελού των οστών⁵. Σχετικά με το φορτίο των μαστοκυττάρων, η ελαφριά και η επιθετική μορφή αφορούν κυρίως τη συστηματική μαστοκυττάρωση και την προσβολή των εμπλεκόμενων οργάνων. Πέρα απ' αυτές, η συστηματική μορφή της νόσου ταξινομείται, επίσης, στην έρπουσα, τη σχετιζόμενη με αιματολογική νεοπλασία συστηματική μαστοκυττάρωση και τη μαστοκυτταρική λευχαιμία. Τέλος, η ταξινόμηση του ΠΟΥ το 2016 για την μαστοκυττάρωση ολοκληρώνεται με το μαστοκυτταρικό σάρκωμα⁴. Τα συμπτώματα σχετίζονται με αυξημένο φορτίο μαστοκυττάρων

σε συγκεκριμένα συστήματα οργάνων, την αυτόματη ή επαγόμενη (ανοσολογική και μη ανοσολογική) απελευθέρωση μεσολαβητών από μαστοκύτταρα και τις σχετικές αιματολογικές συνέπειες². Οι ασθενείς με μαστοκυττάρωση παρουσιάζουν συχνά δερματικά και συστηματικά συμπτώματα, όπως κνησμό, κνίδωση, έξαψη, γαστρεντερικά προβλήματα (ναυτία, κοιλιακό άλγος και διάρροια), δύσπνοια, ακόμη και αναφυλαξία³.

Δερματογραφία (γνωστή ως δερματογραφική ή προκλητή κνίδωση), που κυριολεκτικά σημαίνει "γραφή στο δέρμα", είναι η εκδήλωση κνίδωσης μετά από πίεση ή τραύμα και αποτελεί τον πιο κοινό τύπο φυσικής κνίδωσης⁶. Η πάθηση αυτή αποτελείται από πολλαπλά στάδια, ξεκινώντας με κόκκινες γραμμές, ακολουθούμενες από διεύρυνση του ερυθήματος και σχηματισμό γραμμικής ράβδωσης⁷, η οποία αναπτύσσεται σε περίπου 5 έως 10 λεπτά. Η ερυθρηματώδης αυτή ράβδωση έχει σχήμα ανάλογο της εξωτερικής δύναμης, που ασκήθηκε, και επιμένει για

περίπου 15 έως 30 λεπτά. Όσο πιο βαθύ είναι το οίδημα, τόσο μεγαλύτερη είναι η ράβδωση⁶. Ένα μικρό υποσύνολο ατόμων με δερματογραφία είναι συμπτωματικό, εμφανίζοντας κνησμό, τσούξιμο και αίσθημα τσιμπήματος⁸. Τα συμπτώματα αυτά μπορεί να είναι ενοχλητικά για τον ασθενή και να επηρεάζουν την ποιότητα ζωής τους⁹. Η δερματογραφία αφορά, συνήθως, τον κορμό και τα άκρα, ενώ οι λιγότερο συχνές περιοχές είναι το τριχωτό της κεφαλής και τα γεννητικά όργανα. Εμφανίζεται στο 2-5 % του γενικού πληθυσμού, τόσο σε παιδιά όσο και σε ενήλικες⁶. Η ακριβής αιτία της νόσου είναι άγνωστη. Ωστόσο, πιστεύεται ότι παίζει ρόλο η απελευθέρωση ισταμίνης από τα μαστοκύτταρα¹⁰.

Τόσο η μαστοκυττάρωση, όσο και η δερματογραφία είναι δύο νόσοι, που ενέχουν τον κίνδυνο εμφάνισης αλλεργικών αντιδράσεων, μετά από την χορήγηση τοπικής αναισθησίας^{3,11}.

Αναφορές ανεπιθύμητων ενεργειών σε τοπικά αναισθητικά, συνήθως, αποδίδονται σε αντίδραση στην αδρεναλίνη ή τοξικότητα από υπερβολική δόση. Οι ασθενείς μπορούν, στην συνέχεια, να ερμηνεύσουν τις ανεπιθύμητες ενέργειες ως αλλεργία¹². Από τα συστατικά, που μπορεί να υπάρχουν σε φυσιγγία οδοντιατρικών τοπικών αναισθητικών, αναφέρεται ότι το πιο πιθανό αλλεργιογόνο είναι το συντηρητικό μεταδιθειώδες¹³. Το μεταδιθειώδες προστίθεται ως αντιοξειδωτικό σε σκευάσματα που περιέχουν αδρεναλίνη, ως αγγειοσυσταλτικό. Σε περιπτώσεις, όπου υπάρχει αληθής αλλεργία σε τοπικά αναισθητικά, είναι συνήθως μία αντίδραση στο κοινό μεταβολικό προϊόν των αναισθητικών εστερικού τύπου, που ονομάζεται παρα-αμινοβενζοϊκό οξύ (PABA). Οι αλλεργικές αντιδράσεις στα αναισθητικά αμιδικού τύπου είναι εξαιρετικά σπάνιες και, σε αντίθεση με τους εστέρες, η αλλεργία σ' ένα αμιδίο δεν αποκλείει απαραίτητα την χρήση άλλου¹⁴. Οι αλλεργικές αντιδράσεις πυροδοτούνται από ανοσολογικούς μηχανισμούς, με τους οποίους τα λεμφοκύτταρα ευαισθητοποιούνται στο αντιγόνο και, κατά την επακόλουθη έκθεση, προκαλούν μία σειρά από παθοφυσιολογικές αλλαγές. Οι Gell και Coombs κατηγοριοποίησαν τις αντιδράσεις υπερευαισθησίας (αλλεργικές) ως Τύπου I έως IV, με βάση διακριτούς ανοσολογικούς μηχανισμούς. Οι αντιδράσεις Τύπου I συμβαίνουν μέσα σε λίγα λεπτά από την πρόκληση και διαμεσολαβούνται από αντισώματα ή ανοσοσφαιρίνη E (IgE), που παράγεται από B λεμφοκύτταρα. Αυτός είναι ο τύπος, που προκαλείται συχνότερα από συστατικά σκευασμάτων τοπικών αναισθητικών¹⁵. Η ενεργοποίηση των μαστοκυττάρων λαμβάνει χώρα όταν ένα αντιγόνο συνδέει μόρια IgE's. Η IgE βρίσκεται συνδεδεμένη με τους υποδοχείς FcεRI των μαστοκυττάρων, ακόμα κι όταν δεν υπάρχουν αντιγόνα. Ως απο-

τέλεσμα, αυτό κάνει την απόκριση των κυττάρων αυτών σ' ένα αντιγόνο πολύ γρήγορη¹⁶. Τα μαστοκύτταρα, κατά την ενεργοποίησή τους, απελευθερώνουν προσχηματισμένους και πρόσφατα συντιθέμενους φλεγμονώδεις μεσολαβητές, που είναι αποθηκευμένοι σε κόκκους¹⁷. Από τους μεσολαβητές αυτούς, οι σημαντικότεροι είναι η ισταμίνη και η τρυπτάση και η απελευθέρωσή τους οδηγεί σε αγγειοδιαστολή (οίδημα), μικροαγγειακή διαπερατότητα, γαστρεντερική και βρογχική σύσπαση των λείων μυών, παραγωγή γαστρικού οξέος και κνησμό¹⁸.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση τριών παιδιατρικών περιστατικών μαστοκυττάρωσης και δερματογραφίας, που προσήλθαν σε ιδιωτική παιδοδοντιατρική κλινική στη Θεσσαλονίκη.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Περιστατικό 1°

Κορίτσι ηλικίας 8 ετών με ιστορικό μαστοκυττάρωσης και αλλεργίας στην κεφουροξίμη (Zinadol), στην αμοξικιλίνη με κλαβουλανικό οξύ (Augmentin) και στην ιβουπροφαίνη (Algofren), προσήλθε για τυπικό οδοντιατρικό έλεγχο. Κατά την αρχική κλινική και ακτινογραφική εξέταση, διαπιστώθηκε η ύπαρξη τερηδονικών αλλοιώσεων σε νεογιλούς γομφίους. Πριν την έναρξη της οδοντιατρικής θεραπείας, όπου θα ήταν απαραίτητη η χορήγηση τοπικής αναισθησίας, παραπέμφθηκε σε παιδοαλλεργιολόγο για αξιολόγηση των σκευασμάτων λιδοκαΐνης και μεπιβακαΐνης με τα απαραίτητα αλλεργικά τεστ. Με βάση τα αποτελέσματα των τεστ, ο ειδικός δεν πρότεινε ειδική προετοιμασία της ασθενούς πριν την τοπική αναισθησία, αλλά ούτε και τη λήψη αντιισταμινικών πριν και μετά το προγραμματισμένο ραντεβού, όπως αρχικά είχε υποδείξει ο δερματολόγος, που παρακολουθούσε την ασθενή. Οι αποκαταστατικές εργασίες ολοκληρώθηκαν με χορήγηση λιδοκαΐνης 2% με αδρεναλίνη 1:80000, χωρίς καμία επιπλοκή.

Περιστατικό 2°

Αγόρι ηλικίας 5 ετών με ιστορικό μαστοκυττάρωσης, που παρακολουθείται από παιδοδερματολόγο, προσήλθε για ένα τυπικό οδοντιατρικό έλεγχο. Κατά την αρχική κλινική και ακτινογραφική εξέταση, διαπιστώθηκε η παρουσία τερηδονικών αλλοιώσεων σε νεογιλούς γομφίους. Η συμπεριφορά του παιδιού, στην πρώτη συνεδρία, κατηγοριοποιήθηκε με βάση την κλίμακα Frankl, Shiere and Fogels (1962) ως θετική με επιφύλαξη (+). Λόγω του μικρού της ηλικίας και των συχνών ιατρικών επισκέψεων, το παιδί αξιολογήθηκε ως δυνητικά συνεργάσιμο (Wright, 1975) με εφαρμογή σταδιακής απευαισθητοποίησης, θετική ενίσχυ-

ση, τεχνική Λέω-Δείκνω-Κάνω και αξιοποίηση φαντασίας. Η μητέρα δεν ήταν σύμφωνη με τεχνικές Παρουσία/Απουσία Γονέα και Έλεγχος δια της Φωνής. Κατόπιν επικοινωνίας με τον θεράποντα παιδοδερματολόγο, έγινε σύσταση για προετοιμασία του ασθενούς με αντιισταμινικά και αγχολυτικά φάρμακα (Zirtek 10mg/ml δύο ημέρες πριν και δύο ημέρες μετά το προγραμματισμένο ραντεβού και Atarax 10mg/5 ml μία ώρα πριν το ραντεβού) και πραγματοποίηση πρωινών συνεδριών, με αναμονή του ασθενούς στο χώρο αναμονής του ιατρείου για μία ώρα μετά από κάθε θεραπεία. Ο γονέας θα έπρεπε να φέρνει μαζί του πάντα προγεμισμένη σύριγγα αδρεναλίνης (Anapen). Στην δεύτερη επίσκεψη του ασθενούς, χορηγήθηκαν δοκιμαστικά 0,2 ml διαλύματος λιδοκαΐνης 2% με αδρεναλίνη 1:80000 για εκτίμηση της αντίδρασης του οργανισμού (συνεργασία κατά Frankl, αρνητική, -). Ο ασθενής παρέμεινε στο ιατρείο για μία ώρα και αποχώρησε. Έπειτα από τηλεφωνική επικοινωνία, ο γονέας ανέφερε ότι δεν υπήρξε καμία επιπλοκή τις επόμενες ώρες. Στη συνεδρία αυτή, η μητέρα ανέφερε ότι το παιδί φαινόταν πιο ανήσυχο, κατά τη δική της εκτίμηση, όχι λόγω της οδοντιατρικής θεραπείας, καθώς οι συνθήκες περιβάλλοντος και ώρας παρέμειναν ίδιες. Ακολούθησε επικοινωνία με την παιδοδερματολόγο με το ερώτημα της αναγκαιότητας χορήγησης αγχολυτικών και η οποία απάντησε ότι η χορήγηση αγχολυτικών προτάθηκε για την καλύτερη συνεργασία του ασθενούς και δεν υπήρχε συσχέτιση με την μαστοκυττάρωση. Συζητήθηκε και συμφωνήθηκε να αφαιρεθεί από το σχήμα η χορήγηση αγχολυτικού. Στην επόμενη συνεδρία, ο ασθενής δεν συνεργάστηκε κατά τη χορήγηση τοπικής αναισθησίας (κατηγορία κατά Frankl, αναμφισβήτητη αρνητική --), η μητέρα δεν επιθυμούσε να εφαρμοστούν τεχνικές διαχείρισης συμπεριφοράς και συμφωνήθηκε η εφαρμογή της τεχνικής ART (Atraumatic Restorative Treatment) με αφαίρεση τερηδόνας μόνο με εργαλεία χειρός, χωρίς αναισθησία και ηλεκτροκίνηση εξοπλισμό. Οι εμφράξεις πραγματοποιήθηκαν με συμβατική υαλοϊονομερή κονία. Ορίστηκαν επανέλεγκτοι ανά τρίμηνο με σκοπό την παρακολούθηση των εμφράξεων και τη σταδιακή απευαισθητοποίηση του ασθενούς, έως ότου μπορέσει να ολοκληρωθεί η μόνιμη αποκατάσταση των τερηδονικών βλαβών.

Περιστατικό 3^ο

Αγόρι ηλικίας 11 ετών, με ιστορικό αλλεργικών αντιδράσεων σε διάφορες τροφές (φράουλα, ακτινίδιο)/προϊόντα καθαρισμού, και έλλειψη του ενζύμου G6PD, προσήλθε για αποκατάσταση τερηδονικών βλαβών στους μόνιμους πρόσθιους άνω τομείς. Κατά την κλινική και ακτινογραφική εξέταση, διαπιστώθηκε η παρουσία τερηδονικών βλαβών

σε μόνιμους γομφίους και στους τέσσερις μόνιμους άνω τομείς. Στο πρώτο ραντεβού, πραγματοποιήθηκε αποκατάσταση με σύνθετη ρητίνη στον #21 και χορηγήθηκε ως τοπικό αναισθητικό λιδοκαΐνη 2% με αδρεναλίνη 1:80000. Δεκατέσσερις ώρες μετά, η μητέρα επικοινωνώντας με τον παιδοδοντίατρο και ανέφερε ότι ο ασθενής εμφάνισε οίδημα στην περιοχή της παρειάς. Ζητήθηκε να σταλεί φωτογραφία του προσώπου μέσω εφαρμογής αποστολής μηνυμάτων στο κινητό και διαπιστώθηκε διόγκωση του χείλους και των μαλακών μορίων έως την περιοχή του οφθαλμού σύστοιχα με την πλευρά του #21. Αρνητική ήταν η απάντηση που λήφθηκε περί αυτοτραυματισμού των μαλακών μορίων, λόγω αναισθησίας. Ο ασθενής βρισκόταν εκτός πόλης, οπότε έγινε σύσταση να εξετασθεί από συνάδελφο οδοντίατρο. Πραγματοποιήθηκε επίσκεψη σε δημόσιο νοσοκομείο, όπου χορηγήθηκε αντιμικροβιακό σχήμα (αμοξυκιλίνη). Στην δεύτερη συνεδρία, 4 μέρες μετά, η μητέρα ανέφερε ότι η διόγκωση μετά τη δεύτερη δόση της αντιβίωσης υποχώρησε, δηλαδή 16 ώρες μετά. Στη συνεδρία αυτή αποκαταστάθηκε με σύνθετη ρητίνη ο #11, χορηγήθηκε και πάλι λιδοκαΐνη 2% με αδρεναλίνη 1:80000, ως τοπικό αναισθητικό, και ο ασθενής εμφάνισε διόγκωση μετά από οκτώ ώρες, σύστοιχα του #11. Προσήλθε στο ιατρείο, έγινε σύσταση για χορήγηση αντιισταμινικού (Xozal) και παραπέμφθηκε σε παιδοδερματολόγο για τα απαραίτητα αλλεργικά τεστ στα αναισθητικά διαλύματα. Δόθηκαν στον ασθενή φύσιγγες λιδοκαΐνης και μεπιβακαΐνης, ώστε να ελεγχθούν από τον ειδικό. Ο παιδοδερματολόγος διέγνωσε δερματογραφία. Οι συστάσεις του ειδικού περιλάμβαναν τη συστηματική λήψη αντιισταμινικού πριν τη θεραπεία (Xozal 0,5 mg/ml τρεις μέρες πριν το προγραμματισμένο ραντεβού ανά 24 ώρες) και τη χορήγηση μεπιβακαΐνης, ως τοπικό αναισθητικό εκλογής. Τηρώντας τις παραπάνω συστάσεις, οι εναπομείνουσες αποκαταστατικές εργασίες ολοκληρώθηκαν χωρίς επιπλοκές.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η λιδοκαΐνη και άλλα τοπικά αναισθητικά χρησιμοποιούνται συχνά στην οδοντιατρική πράξη και μπορεί να προκαλέσουν διάφορες ανεπιθύμητες ενέργειες¹⁹. Η αλλεργική αντίδραση σε τοπικό αναισθητικό είναι πολύ σπάνια, με ποσοστό εμφάνισης μικρότερο από 1%²⁰. Η αλλεργική αντίδραση στο τοπικό αναισθητικό περιλαμβάνει δύο κύριους τύπους: τις αντιδράσεις τύπου I, που προκαλούνται από IgE, και τις αντιδράσεις τύπου IV, με τη μεσολάβηση των T-κυττάρων²¹⁻²³.

Το δερματικό τεστ με τίμημα είναι, παγκοσμίως, η πιο αποδεκτή μέθοδος για τη διάγνωση των αλλεργιών. Όταν

τα αποτελέσματα της δερματικής αυτής δοκιμασίας διαπιστωθεί ότι είναι αρνητικά, πραγματοποιείται ενδοδερμικός έλεγχος. Οι ενδοδερμικές δοκιμές εκτελούνται αρχικά με τη χαμηλότερη συγκέντρωση του πιθανού αλλεργιογόνου, αυξάνοντας σταδιακά τη συγκέντρωσή του²⁴.

Για ασθενείς που έχουν ιστορικό αλλεργίας στα τοπικά αναισθητικά, η προσεκτική και ενδελεχής λήψη ιστορικού σχετικά με το ιστορικό αλλεργιών είναι σημαντική και τα τεστ αλλεργίας γίνονται υποχρεωτικά. Σε επόμενες θεραπείες, θα πρέπει να χρησιμοποιούνται τοπικά αναισθητικά, στα οποία ο ασθενής είναι αρνητικός στα αλλεργικά τεστ.²¹ Αν και σπάνια, σε αληθείς αλλεργίες σε τοπικά αναισθητικά και εφόσον δεν υπάρχει διαθέσιμο εναλλακτικό αναισθητικό διάλυμα, τότε η χρήση γενικής αναισθησίας μπορεί να είναι αναπόφευκτη²⁵.

Στην παρούσα εργασία έγινε αναφορά σε τρία περιστατικά μαστοκυττάρωσης και δερματογραφίας, που αντιμετωπίστηκαν με χορήγηση τοπικής αναισθησίας. Στην πρώτη περίπτωση, με γνωστό ιστορικό μαστοκυττάρωσης και ιστορικό αλλεργιών της ασθενούς σε φαρμακευτικά σκευάσματα, η οδοντιατρική θεραπεία ολοκληρώθηκε επιτυχώς με χορήγηση λιδοκαΐνης 2% με αδρεναλίνη 1:80000, χωρίς ειδική προετοιμασία και λήψη αντιισταμινικών, έπειτα από παραπομπή σε παιδοαλλεργιολόγο. Αντίθετα, στη δεύτερη περίπτωση μαστοκυττάρωσης, κρίθηκε αναγκαία, από τον παιδοδερματολόγο, η λήψη φαρμακευτικού σχήματος με αντιισταμινικά και αγχολυτικά φάρμακα, καθώς και η ειδική προετοιμασία και διαχείριση του ασθενούς πριν και μετά το προγραμματισμένο ραντεβού. Τέλος, στην τρίτη περίπτωση, ασθενής με ιστορικό αλλεργιών σε διάφορες τροφές και προϊόντα, έπειτα από εκδήλωση ανεπιθύμητων αντιδράσεων από τη χορήγηση λιδοκαΐνης 2% με αδρεναλίνη 1:80000, παραπέμφθηκε σε παιδοδερματολόγο, ο οποίος διέγνωσε δερματογραφία. Η οδοντιατρική θεραπεία ολοκληρώθηκε επιτυχώς με χορήγηση μεπιβακαΐνης και λήψη αντιισταμινικών πριν από κάθε ραντεβού, σύμφωνα με τις συστάσεις του ειδικού.

Αποτελεί γεγονός ότι η συχνότητα εμφάνισης επιπλοκών μετά την χορήγηση τοπικής αναισθησίας είναι μεγαλύτερη σε ασθενείς με μαστοκυττάρωση και δερματογραφία. Είναι αναγκαία, λοιπόν, η αντιμετώπιση της κάθε αναισθητικής τεχνικής ως μία διαδικασία υψηλού κινδύνου εμφάνισης

αλλεργικών αντιδράσεων. Για το λόγο αυτό, κρίνεται απαραίτητη η λήψη ενός καλού και πλήρους ιατρικού και οδοντιατρικού ιστορικού, καθώς και η παραπομπή σε αλλεργιολόγο. Στα περιστατικά που παρουσιάζονται στην παρούσα εργασία, η διερεύνηση της αντίδρασης στα τοπικά αναισθητικά έγινε τόσο από παιδοαλλεργιολόγους όσο και από τον θεράποντα παιδοδερματολόγο. Βιβλιογραφικά, στην παρουσίαση περιστατικού με μαστοκυττάρωση των Nelson και συν., το παιδί αντιμετωπίστηκε λόγω μειωμένης συνεργασίας, με την εφαρμογή ενσυνείδητης καταστολής (πρωτοξειδίου του азώτου), χωρίς τη χρήση τοπικών αναισθητικών. Η απόφαση ελήφθη κατόπιν συνεννόησης παιδοαλλεργιολόγου και αναισθησιολόγου²⁶. Ομοίως, σε περιστατικό των Davidovich και συν., σε μη συνεργάσιμο ασθενή 6 ετών, ολοκληρώθηκαν οι οδοντιατρικές εργασίες υπό γενική αναισθησία, με χορήγηση στις εξαγωγές διαλύματος λιδοκαΐνης 1:80.000 - αδρεναλίνη 1:100.000, χωρίς επιπλοκές. Στον ασθενή χορηγήθηκαν H1 και H2 ανταγωνιστές και μία πιθανή αναφυλακτική αντίδραση θα αντιμετωπιζόταν με ενδοφλέβια χορήγηση αδρεναλίνης. Επίσης, η αποφυγή πρόκλησης άγχους του παιδιού πριν την προνάρκωση, η αποφυγή χαμηλής θερμοκρασίας στο χώρο του χειρουργείου και οι μαλακοί χειρισμοί κατά τη διασωλήνωση κρίθηκαν απαραίτητοι²⁷.

Συμπερασματικά, ο παιδοδοντίατρος πρέπει να είναι γνώστης τόσο των καταστάσεων που μπορεί να προκαλέσουν αναφυλακτική αντίδραση σε τοπικά αναισθητικά όσο και στο σωστό χειρισμό τους. Η συνεργασία με αλλεργιολόγο, η φαρμακολογική προετοιμασία πριν τη χορήγηση αναισθητικού διαλύματος, η ασφαλής χορήγηση τοπικού αναισθητικού διαλύματος μετά από δοκιμή με αλλεργικά τεστ, η αποφυγή χρήσης άλλων εν δυνάμει αλλεργιογόνων οδοντιατρικών υλικών (γάντια και ελαστικό απομόνωσης από latex, αμάλγαμα, αποτυπωτικά υλικά και υλικά ενδοδοντικής θεραπείας, κ.α.) καθώς και η επίτευξη κλίματος καλής συνεργασίας με τον ασθενή αποτελούν προϋποθέσεις στις περιπτώσεις ασθενών με μαστοκυττάρωση και δερματογραφία. Ο παιδοδοντίατρος πρέπει να διαθέτει ευελιξία στην οδοντιατρική διαχείριση αυτών των ασθενών και να είναι έτοιμος να αλλάξει τις μεθόδους θεραπείας, με βάση τον κίνδυνο/όφελος της θεραπείας, υπό το πρίσμα μιας αναφυλακτικής ανταπόκρισης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Cardet JC, Akin C, Lee MJ. Mastocytosis: update on pharmacotherapy and future directions. *Expert Opin Pharmacother* 2013;14(15):2033-45.
2. Carter MC, Uzzaman A, Scott LM, Metcalfe DD, Quezada Z. Pediatric mastocytosis: routine anesthetic management for a complex disease. *Anesth Analg* 2008;107(2):422-7.
3. Matito A, Morgado JM, Sánchez-Lpez P, Ivarez-Twose I, Sánchez-Muoz L, Orfao A. Management of anesthesia in adult and pediatric mastocytosis: a study of the Spanish network on Mastocytosis (REMA) based on 726 anesthetic procedures. *Int Arch Allergy Immunol* 2015;167:47-56.
4. Horny H-P, Akin C, Arber DA, Peterson LA, Tefferi A, Metcalfe DD. Mastocytosis. In: Swerdlow SH, Campo E, Harris NL, eds., et al. *World Health Organization (WHO) Classification of Tumours: Pathology & Genetics Tumours of Haematopoietic and Lymphoid Tissues*, Lyon, France: IARC Press 2016:61-69.
5. Akin C, Metcalfe D. Systemic mastocytosis. *Annu Rev Med* 2004;55:419-32.
6. Nobles T, Muse ME, Schmieder GJ. *Dermatographism*. StatPearls Publishing, Treasure Island, FL. 2020.
7. Wong RC, Fairley JA, Ellis JA, Arbor A. Clinical review dermographism: A review. *J Am Acad Dermatology* 1984;11:1076-81.
8. Komarow HD, Arceo S, Young M, Nelson C, Metcalfe DD. Dissociation between history and challenge in patients with physical urticaria. *J Allergy Clin Immunol Pract* 2014;2(6):786-90.
9. Schoepke N, Mynek A, Weller K, et al. Symptomatic dermographism: An inadequately described disease. *J Eur Acad Dermatology Venereol* 2015;29:708-12.
10. Azkur D, Civelek E, Toyran M, Mslolu ED, Erkoçolu M, Kaya A, et al. Clinical and etiologic evaluation of the children with chronic urticaria. *Allergy Asthma Proc* 2016;37(6):450-457.
11. Shall L, Saihan EM. Aberrant cutaneous wheal and flare responses in chronic urticaria. *Acta Derm Venereol* 1992;72(6):451-3.
12. Rood JP. Adverse reaction to dental local anaesthetic injection "allergy" is not the cause. *Br Dent J* 2000;189.7:380-384.
13. Sambrook PJ, Smith W, Elijah J, Goss AN. Severe adverse reactions to dental local anaesthetics: systemic reactions. *Aust Dent J* 2011;56:148-153.
14. Hass DA. An update on local anaesthetics in dentistry. *Can Dent Assoc* 2002;68:546-551.
15. Gell PGH, Coombs RRA. Classification of allergic reactions responsible for clinical hypersensitivity and disease. In: Gell PGH, Coombs RRA, Hachmann PJ, editors. *Clinical Aspects of Immunology*. 3rd ed. Oxford, England: Blackwell Scientific; 1975.
16. da Silva EZ, Jamur MC, Oliver C. Mast cell function: a new vision of an old cell. *J Histochem Cytochem* 2014;62(10):698-738.
17. Xiang Z, Block M, Löfman C, Nilsson G. IgE-mediated mast cell degranulation and recovery monitored by time-lapse photography. *J Allergy Clin Immunol* 2011;08(1):116-21.
18. Strauss-Albee DM, Horowitz A, Parham P, Blish CA. Coordinated regulation of NK receptor expression in the maturing human immune system. *J Immunol* 2014;193(10):4871-9.
19. Ping B, Kiattavorncharoen S, Durward C, Im P, Saengsiravin C, Wongsirichat N. Hemodynamic changes associated with a novel concentration of lidocaine hcl for impacted lower third molar surgery. *J Dent Anesth Pain Med* 2015;15:121-128.
20. Batinac T, Sotosek Tokmadzic V, Peharda V, Brajac I. Adverse reactions and alleged allergy to local anesthetics: Analysis of 331 patients. *J Dermatol* 2013;40:522-527.
21. Grzanka A, Wasilewska I, Sliwczynska M, Misiolok H. Hypersensitivity to local anesthetics. *Anaesthesiol Intensive Ther* 2016;48:128-134.
22. Thyssen JP, Menne T, Elberling J, Plaschke P, Johansen JD. Hypersensitivity to local anaesthetics--update and proposal of evaluation algorithm. *Contact Dermatitis* 2008;59:69-78.
23. Fellingner C, Wantke F, Hemmer W, Sesztak-Greinecker G, Wohrl S. The rare case of a probably true ige-mediated allergy to local anaesthetics. *Case Rep Med*. 2013;2013 201586.
24. Noormalin A, Shahnaz M, Rosmilah M, Mujahid SH, Gendeh BS. Ige-mediated hypersensitivity reaction to lignocaine - a case report. *Trop Biomed*. 2005;22:179-183.
25. Lee J, Lee JY, Kim HJ, Seo KS. Dental anesthesia for patients with allergic reactions to lidocaine: two case reports. *J Dent Anesth Pain Med* 2016;16(3):209-212.
26. Nelson LP, Savelli-Castillo I. Dental management of a pediatric patient with mastocytosis: a case report. *PediatrDent* 2002; 24: 343-346.
27. Davidovich E, Ronin L, Ram D. Mastocytosis – oral and dental manifestations and medical considerations for dental treatment: a case report. *J Disabil Oral Health* 2007;8:124-128.