

Anafylaxibehandling och utredning hos vuxna patienter inom SÄS samt råd om uppföljning

Sammanfattning

Riktlinjen beskriver behandling vid misstanke om anafylaxi (allergisk chock) hos vuxna patienter samt rutiner för provtagning utifrån symtom, förebyggande läkemedel och dokumentation i journalen. Behandling av barn handläggs enligt interna riktlinjer vid barn- och ungdomskliniken.

För behandling av [Akut anafylaktisk reaktion hos vuxna, SÄS](#) hänvisas till separat sjukhusövergripande rutin.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	1
Förutsättningar	1
Verksamhetschefens ansvar.....	1
Genomförande	1
1. Akutlarm	1
2. Behandling	2
3. Provtagning	2
Gradering av anafylaxi i 3 svårighetsgrader	2
Provtagning.....	3
Utvidgad anamnes innan patienten går hem – tips	5
Journaldokumentation	5
Dokumentinformation	6
Referensförteckning	6
Länkförteckning.....	7

Förutsättningar

Verksamhetschefens ansvar

Verksamhetschef bör tillse att generella ordinationer av läkemedel enligt riktlinjen finns. Dessutom att rutin finns för ordination av dessa läkemedel i samband med att läkemedel med särskild risk för reaktion ordinerar en patient.

Genomförande

1. Akutlarm

Vid livshotande tillstånd: Akutlarm enligt ordinarie rutin, tfn 2010!

Behandla enligt rutinen [Akut anafylaktisk reaktion hos vuxna, SÄS](#).

2. Behandling

Motverka blodtrycksfall med **vätska** iv, tex Ringer Acetat och vård i horisontal läge. Hastig uppresning av patienter med anafylaxi kan leda till uttalat blodtrycksfall.

Vid betablockerad patient med resistent hypotension och bradykardi, överväg injektion Glucagon 1 mg/ml, 1-3 ml intravenöst (1 mg var 5:e minut) respektive Atropin.

Kortikosteroider: Betapred, 10 tabletter à 0,5 mg.

Antihistamin: Loratadin 10 mg, Cetirizin 10 mg eller Aeries® 5 mg per os. Om patienten endast har nässelutslag (urtikaria), d.v.s. symtom begränsade till huden och inga andra ”farliga” symtom, kan det räcka med enbart antihistaminbehandling i hög tabletdos (2+0+2) [21].

Dokumentera reaktionen inklusive tidpunkt.

Efter anafylaxi remiss till allergimottagningen för uppföljning.

OBS! Uppdatera alla tfn-nummer till patienten i journalen, innan remiss dikteras.

3. Provtagning

- **S-Tryptas i guldgult gelrör. Optimal tidpunkt är 1 timme efter symtomdebut; bör tas senast inom 4-6 timmar. Ange på lab-remissen hur lång tid som gått från symtomdebut till provtagning. Se mer info under rubrik [Provtagning](#).**

Gradering av anafylaxi i 3 svårighetsgrader

Bedöm graden av anafylaxi (grad 1-3) enligt tabell nedan. Graden bestäms från det organsystem som har den svåraste nivån. I regel är minst 2 organsystem engagerade (t.ex. hud + cirkulation eller hud + andningsvägar eller hud + buksymtom), men i enstaka fall ses t.ex. isolerat blodtrycksfall.

OBS! Anafylaxi kan förekomma utan hudsymtom! [19].

Enbart återkommande hudsymtom eller Quicke-ödem, har ofta annan etiologi än allergi.

Diagnos Kod	Hud	Ögon och nästa	Mun och mag-tarm	Luftvägar	Hjärta-kärl	Allmänna symtom
Överkänslighets-/allergireaktion Ej anafylaxi	Klåda. Flush. Urtikaria. Angioödem	Konjunktivit med klåda och rodnad. Rinit med klåda, nästäppa, rinnsnuva, nysningar.	Munklåda. Läppsvullnad. Svullnadskänsla i mun och svalg. Illamående, lindrig buksmärta, enstaka kräkningar			Trötthet
Anafylaxi Grad 1	↓	↓	Ökande buksmärta. Diarré. Upprepade kräkningar.	Heshet. Lindrig bronkobs-truktion.		Uttalad trötthet. Rastlöshet. Oro.
Anafylaxi Grad 2	↓	↓	↓	Skällhosta, sväljningsbesvär. Medelsvår bronk-obstruktion.		Svimmningskänsla. Katastrofkänsla.
Anafylaxi Grad 3	↓	↓	Urin- och faeces-avgång.	Hypoxi, Cyanos. Svår bronk-obstruktion. Andningsstopp.	Hypotoni. Bradykardi. Arytmi. Hjärtstopp.	Förvirring. Medvetslöshet.

▪ Observation /övervakning

- Vid anafylaxi grad 1 ska patienten observeras minst 4 timmar.
- Vid anafylaxi grad 2 ska patienten observeras minst 8 timmar på sjukhus.
- Vid anafylaxi grad 3 ska patienten observeras minst 12 timmar på sjukhus.

Provtagning

A. Misstänkt anafylaxi med anamnes på blodtrycksfall

S-Tryptas: Guldgult gelrör (lab-analysen som kan bekräfta en allergisk chock = systemisk mastcells-degranulering). Analyseras från juni 2019 lokalt på SÄS kemlab, digital ordination eller på VGR-gemensam pappersremiss Immunologiska Laboratoriet Immunologi.

Optimal tidpunkt är cirka 1 timme efter symtomdebut; bör tas senast inom 4-6 timmar.

Ange på lab-remissen hur lång tid som gått från symtomdebut till provtagning.

Ett transient förhöjt S-Tryptas fastställs i efterhand med formeln: **(1,2 x baseline-S-Tryptas) + 2**.

Attack-S-Tryptaset ska ligga högre, för att vara signifikant förhöjt.

Om patienten faller i blodtryck i samband med att läkemedel ges, kan man ta 2 prover för S-tryptas; det första cirka 45 minuter och det andra cirka 90 minuter efter symtomdebut, 45-60 minuter emellan.

S-Tryptas ska tas vid alla typer av misstänkt allergisk chock, i synnerhet om blodtrycket är sänkt, eller misstänks ha varit påverkat timmarna innan. Blodtrycket är ofta påverkat vid geting- och bi-anafylaxi samt vid läkemedelsreaktioner, men mer sällan vid födoallergier.

Ta inte S-Tryptas vid återkommande urtikaria eller återkommande Quincke-ödem (dessa är endogena sjukdomar, och har i regel inte någon allergisk etiologi).

S-Tryptas är mindre sensitivt vid respiratorisk påverkan utan cirkulatorisk påverkan, (t.ex. nöfallergi). Bra labmarkör för hypoxisk anafylaxi finns ej ännu [12-16 samt 20].

1. Misstänkt geting-/bi-anafylaxi

Förutom S-Tryptas tas IgE-getinggift och IgE-bigift (guldgult gelrör till SÄS lokala kemlab), se ovan. Enstaka patienter har låg nivå IgE mot geting-gift, vilket kan sjunka till 0 efter några veckor.

2. Vid misstänkt nöt-allergi

Förutom S-Tryptas tas minst ett IgE-prov i guldgult gelrör mot den nöt som misstänks (t.ex. jordnöt, hasselnöt eller valnöt). Ordinerar i Melior eller med VGR-gemensam remiss Immunologi enligt ovan.

Allergiprov sparas 6-8 veckor på lab (vilket möjliggör komplettering).

Om patienten inte vet vilken slags nöt som orsakat reaktionen - tas IgE mot björkpollen.

B. Vid stora Quincke-ödem i ansiktet (speciellt tunga eller läppar) utan samtidiga nässelutslag

Ta provrör för C1-INH och C4 i lila EDTA-rör + guldgult rör: Remiss: Lab-medicin Skåne.

Har patienten ACE-hämmare? Överväg sätta ut detta, även om patienten stått på ACE-hämmare i 10 år.

C. Vid oklar obstruktiv klinik (astma?)

Ta Diff, d.v.s. H1:a i lila EDTA-rör för att upptäcka serum-eosinofili. Hematologistatus, remiss 1 Provet ska helst tas innan patienten får steroider, Betapred. En anafylaxi med svår bronkobstruktiv reaktion kan signalera att patienten har obehandlad astma (eller KOL) i botten.

Förebyggande läkemedel

- **Recept adrenalinpenna (Emerade, Epipen eller Jext-justera 300 eller 500 ug efter vikt), Betapred, antihistamin (alltid icke-sederande) Aerius 5 munlöslig eller Loratadin 10 mg munlöslig.**
- Om patienten varit obstruktiv vid anafylaxi: Recept även på kortverkande B2agonist, t.ex. Ventoline Diskus 0,2 mg (lång hållbarhet) eller Buventol 200ug.
Fyll i de läkemedel du förskrivit i en individuell handlingsplan till patienten, skriv ut mallen i pdf-format under styrdokumentet medicin/allergologi, och fyll i när patienten närvarar. Kopia till scanning in i journalen.
- **Vilken penna bör väljas? Förmodligen likvärdiga i effekt.**
Emerade har längre hållbarhet (cirka 2 år). Emerade har 2 styrkor att välja mellan: 0,3 mg respektive 0,5 mg. Styrkan 0,5 mg väljs med fördel till patienter som väger >70 kg.
Den som förskriver adrenalinpenna måste också se till att patienten får öva på att ge sig injektion. Visa helst med attrapp av adrenalinpenna, innan patienten släpps hem från akutmottagningen eller vårdavdelning.
Under kontorstid kan patienten få komma till allergimottagningen för instruktion. Ring i så fall allergisjuksköterska på tfn **033 - 616 14 66** och avtala tid.
På jourtid, om patienten har svårt att ta till sig informationen hur adrenalinpenna används, be patienten ringa allergimottagningen på kontorstid **033 - 616 14 66**.

▪ Nässelutslag (Urtikaria)

Om dessa fortsätter efter 1 dygn och patienten i övrigt är opåverkad, gäller i första hand att öka dosen antihistamin. **Man kan ge cetiricin 10mg, loratadin 10 mg eller desloratadin 5mg i dosen 2+0+2. Skriv ”obs!” på receptet.** (Tavegil 1 mg kan ges extra till natten om patienten har svårt att sova p.g.a. klåda.). Endast i andra hand ges ytterligare kortison (brukar inte behövas). Akuta och kroniska nässelutslag utan allergi-anamnes, har i regel inget med allergi att göra (vanlig missuppfattning) [21].

Utvidgad anamnes innan patienten går hem – tips

Finns förstärkningsfaktor (co-faktor) innan symtomdebut?

Fysisk ansträngning? Samtidigt intag av alkohol eller kanske NSAID? Pollenallergi?

Pågående infektion? Behandling med B-blockad och ACE-hämmare? [3, 6, 7]

Finns riskfaktor (underliggande sjukdom)?

Vid misstänkt nötallergi och astmasymtom, överväg obehandlad eller dåligt behandlad astma och begär astmautredning med spirometri utöver allergiutredning, i din remiss [8-10].

Efter geting-/bi-chock: Mät blodtryck. Obehandlad hypertoni? Hjärt-kärlsjukdom? Remiss primärvård.

Efter svår geting-chock: Systemisk Mastocytos? Finns tecken till cutan mastocytos? Se över hudkostymen [4, 5, 7, 12, 15].

Om du misstänker allergi mot rött kött - (kan debutera med flera timmars latens efter köttintag) – fråga efter fästingbett sista året (eller efter Borrelia-infektion)? [17-18].

Osäker på geting- eller bistick? I Sverige oftast getingstick. Om gadden satt kvar, överväg bistick.

Journaldokumentation

Varningsmärk journalen om patienten haft en allvarlig (livshotande) reaktion med säkerställd orsak, se rutinen ”[Varningar och begränsning av vårdinsats i Melior](#)”.

Diagnoskoder

Diagnosen anafylaxi ska sättas enbart då diagnostiska kriterier är uppfyllda.

▪ Diagnos ska skrivas i klartext: T.ex.

ex 1: Anafylaxi grad 2 av jordnöt, T78.0 + X58.99

ex 2: Anafylaxi grad 3 av getingstick T78.2 + X23.99

ex 3: Ospecifika nässelutslag (urtikaria) utan anamnes på allergi, L50.9

ex 4: Angioödem, Quincke utan allergianamnes, T78.3 och X59.99

Diagnoserna i ICD-10 är dåliga på att beskriva överkänslighetsreaktioner, varför du kan ändra diagnostexten i ditt diktat, vid osäkerhet diktera ”misstänkt allergi mot t.ex. jordnöt”.

Diagnosnummer	Tilläggs-koder
T78.4 Allergisk/överkänslighetsreaktion	X58.99 Känt ämne (99 är plats och aktivitetskod, 99 = UNS)
T78.0 Anafylaxi (av födoämne)	X59.99 Okänt ämne
T88.6 Anafylaxi (av läkemedel)	Y40 – Y59 (Utlösande läkemedel)
T78.2 Anafylaxi, UNS	X59.00 När X-kod krävs vid t.ex. urtikaria-/angioödemdiagnos

Dokumentinformation

För innehållet svarar

Dan Weinfeld, överläkare i vuxen-allergologi, medicinkliniken, SÄS (medicinskt faktainnehåll)

Sara Degerman Carlsson, chefläkare, SÄS (struktur)

Remissinstanser, utgåva 1

Verksamhetschefer, SÄS

Fastställt av

Sara Degerman Carlsson, chefläkare, SÄS

Nyckelord

Anafylaxi, allergisk chock, adrenalin, överkänslighet, attack-S-Tryptas och baseline-S-Tryptas, mastocytos, astma

Referensförteckning

1. Svenska föreningen för allergologi (SFFA). www.sffa.nu.
2. Position Paper: Anaphylaxis: Guidelines from the European Academy of Allergy and Immunology (EAACI): Allergy 69 (2014) 1026–1045.
3. About the role and underlying mechanisms of cofactors in anaphylaxis: F.Wölbing : Allergy 68 (2013) 1085–1092.
4. Anaphylaxis in patients with mastocytosis: a study on history, clinical features and risk factors in 120 patients. Brockow K, Jofer C, Behrendt H, Ring J. Allergy 2008;63:226-32.
5. Elevated basal serum tryptase and hymenoptera venom allergy: relation to severity of sting reactions and to safety and efficacy of venom immunotherapy G. Haeberli, U. Müller Clin Exp Allergy 2003; 33:1216–1220
6. Ramipril and metoprolol intake aggravate human and murine anaphylaxis: Evidence for direct mast cell priming, Nassiri.M, J Allergy Clin Immunol 2015; 135: 491-499.
7. Cardiovascular disease and anaphylaxis. Mueller UR :Curr Opin Allergy Clin Immunol 2007;7:337-41.
8. Fatal and near-fatal anaphylactic reactions to food in children and adolescents. Sampson HA, Mendelson L, Rosen JP. N Engl J Med. August, 1992; 6:327 (6): 380-4.
9. Lessons for management of anaphylaxis from a study of fatal reactions. Pumphrey RS , Clin Exp Allergy 2000;30:1144-50
10. Further fatal allergic reactions to food in the United Kingdom 1999 -2006
Gowland, Pumphrey, JACI april 2007, 119, 1018-1019
11. Emergency Treatment of Anaphylactic Reactions: Pumphrey; Resuscitation 2008;77,157-169.
12. Tryptase levels as an indicator of mast-cell activation in systemic anaphylaxis and mastocytosis L.B.Schwartz and D.Metcalf; New England J of Medicine,1987; Vol 316,No 26, 1622-1626.
13. Elevated serum cytokines during human anaphylaxis:Identification of potential mediators of acute allergic reactions
Stone,Shelley; JACI Oct 2009; 786- 792
14. Laboratory diagnosis of acute anaphylaxis; Brown and Stone ;Clin Exp Allergy 2011; 41; 1660 -1662
15. Position Paper :Definitions,Criteria and Global Classification of Mast Cell Disorders with special reference to Mast Cell Activation Syndromes: A Consensus Proposal
Valent, Schwartz mfl Int Arch Allergy Immunology 2012; 157; 215-225

16. Usefulness and Limitations of Sequential Serum Tryptase for Diagnosis of Anaphylaxis in 102 patients. A.Sala-Cunill, Int Arch Allergy Immunol 2013; 160; 192-199.
17. The alpha-gal story: Lessons learned from connecting the dots, Steinke, PhD, Thomas A. E. Platts-Mills and Scott P. Commins J Allergy Clin Immunol 2015, Vol 135; 3; 589-596.
18. Cetuximab-induced anaphylaxis and IgE specific for galactose-alpha-1,3-galactose. Chung CH, Platts-Mills mfl N Engl J Med 2008;358:1109-17.
19. Second symposium on the definition and management of anaphylaxis: Summary report—Second National Institute of Allergy and Infectious Disease/Food Allergy and Anaphylaxis Network symposium. Sampson, H.A, JACI febr2006,391-397
20. Anaphylaxis: Clinical patterns, mediator release, and severity, Brown et al, JACI, Nov 2013,1141-1149
21. Diagnosis and Treatment of Urticaria and Angioedema Position Paper WAO Journal Sanchez-Borges Nov 2012 p125-147

Länkförteckning

- Akut anafylaktisk reaktion hos vuxna, SÄS. Sjukhusövergripande rutin, SÄS.
<http://intrasas.vgregion.se> under rubrik *Sök styrdokument*
- Varningar och begränsning av vårdinsats i Melior. Sjukhusövergripande rutin, SÄS.
<http://intrasas.vgregion.se> under rubrik *Sök styrdokument*
- Svenska föreningen för allergologi (SFFA)
www.sffa.nu