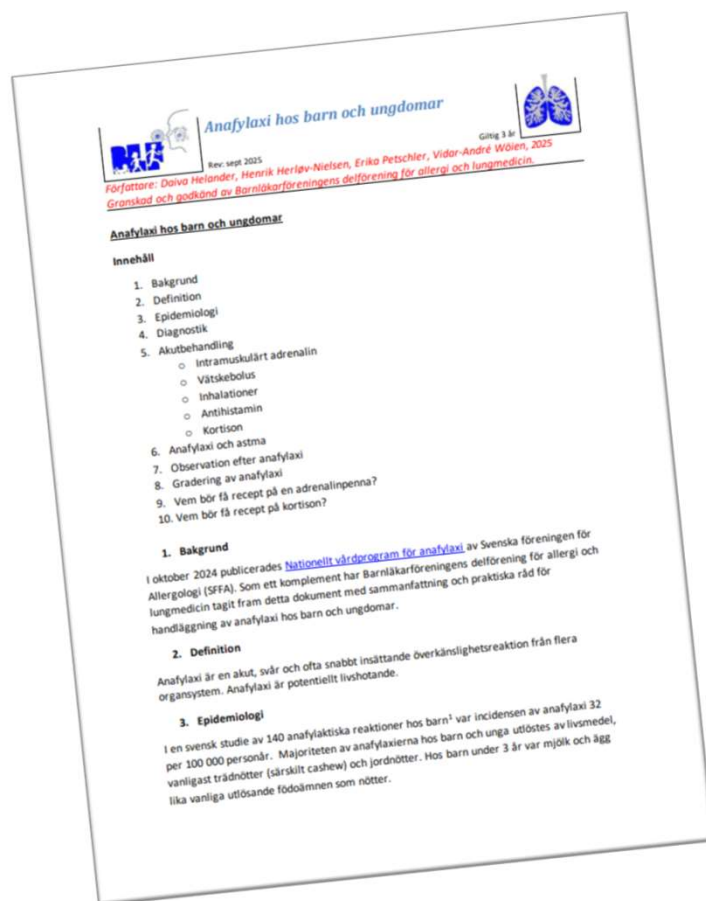




Anafylaxi hos barn och ungdomar

**Presentation av BLFaol dokument med kommentarer
till SFFA:s nationella vårdprogram från 2024**

Henrik Herlöv-Nielsen, barnallergolog (Helsingborgs lasarett)

Vidar-André Wöien, barnallergolog (SUS Malmö)

Höstmötet 2025, Visby



Svenska Barnläkarföreningen
Delföreningen för allergi och lungmedicin

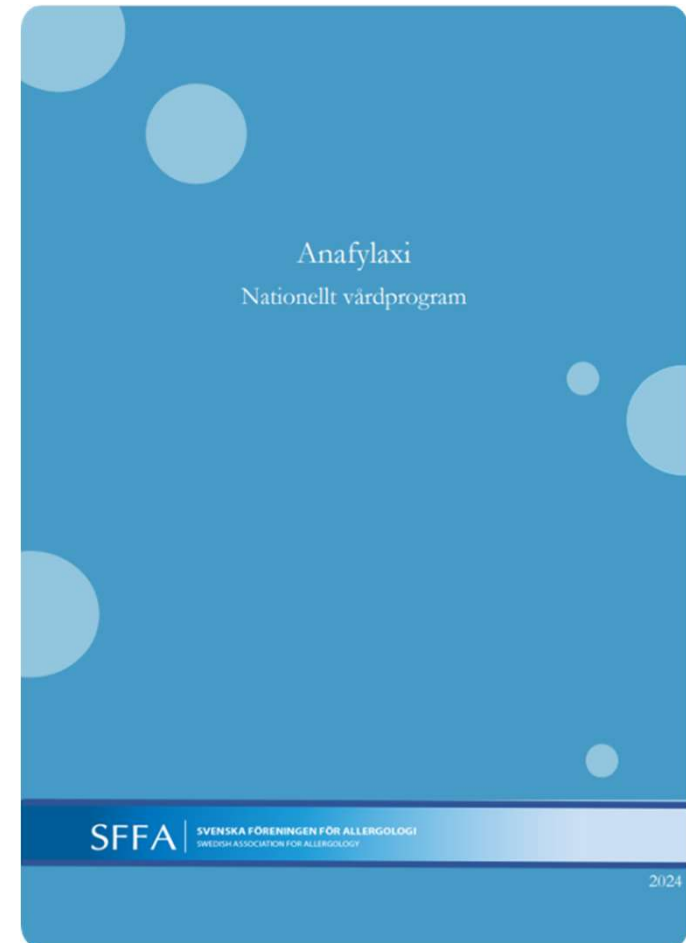




- **Henrik Herlöv-Nielsen**
 - ALK-Abello: Ekonomisk stöd för deltagelse PAAM 2025
- **Vidar-André Wöien**
 - Föreläsare i olika ämnen inom barnallergologi i regi av; ALK-Abello, Orion Pharma, AstraZeneca, Sanofi
 - Advisory Board: ALK-Abello Nordic (2024-2025), Sanofi: Pediatriisk Astma (2022) och Atopisk dermatit hos barn och ungdomar (2023)
 - ALK-Abello: Ekonomisk stöd för deltagelse EACCI 2025

Bakgrund & syfte

- SFFA publicerade nationellt vårdprogram för anafylaxi 2024
- BLF:s allergisektion kompletterar nu med ett dokument med sammanfattning och praktiska råd för handläggning av anafylaxi hos barn och ungdomar.



Definition

- Anafylaxi är en akut, svår och ofta snabbt insättande överkänslighetsreaktion från flera organsystem, som är potentiellt livshotande.
- Kriterier enligt NIAID/FAAN 2006

DIAGNOSKRITERIER FÖR ANAFYLAXI				
Anafylaxi är mycket trolig om ett av följande kriterier är uppfyllda				
1	Akut insjuknande (minuter till timmar) som involverar:	Hud och/eller slemhinna	OCH	Luftvägar ELLER Hjärta-kärl
2	Symtom från ≥ 2 av följande system efter exponering för, för den aktuella patienten, troligt utlösande allergen	Hud och/eller slemhinna	Luftvägar	Hjärta-kärl GI-kanalen (persisterande symtom)
3	Blodtrycksfall efter exponering för, för den aktuella patienten, känt allergen.	Blodtrycksfall	Åldersgrupp Vuxna Barn 1 mån–1 år 1–10 år >10 år:	Systoliskt blodtryck <90 mmHg eller Sänkning på >30 % fr basala blodtrycket. <70 mmHg <70 mmHg + (2 x ålder) <90 mmHg
Symtombeskrivning				
Hud, slemhinna Generell urtikaria, Kraftig klåda Svulna läppar, uvula, tunga Flushing		Luftvägar Dyspné Pipande/väsande andning/bronkospasm Hypoxi Stridor Sänkt PEF Andningsstopp		Hjärta-kärl Hypotoni, synkope, Cirkulatoriskt chock Hjärtstopp Urin/fecesavgång
		GI-kanalen Persisterande symtom: Upprepad kräkning Kraftig buksmärta Diarré		

Diagnoskriterier. Figur från SFFA.

Anafylaxi symptom hos barn & unga



- Vid anafylaxi hos barn är symtom från **huden** samt **nedre luftvägar** och **mag-tarmkanalen** vanligast.
- Stockholmsstudien (Vetander m et al. 2012) hittade följande symptom hos barn med anafylaxi:
 - Hudsymtom **93 %**
 - Mag-tarmsymtom **63 %**
 - Resp.(nedre luftvägar) **62 %**
 - Neurologiska symtom 12 %
 - Stridor 5 %
 - Hypotension 5 %
- Kardiovaskulär påverkan mindre vanligt, men kan yttra sig hos yngre barn som **allmänpåverkan, takykardi, minskad muskeltonus, förlängd kapillär återfyllnad** samt **blekhet, cyanos** eller **marmorering**.

FLÖDESSCHEMA FÖR BEHANDLING AV ANAFYLAXI

Anafylaxi?

Bedömning enligt Airway Breathing Circulation Disability Exposure

Anamnes

Snabbt insättande respiratoriska o/e cirkulatoriska symtom
Hudsymtom tex klåda, urtikaria, läppsvullnad

LARMA

Avbryt exponering om möjligt

Kroppssposition baserat på symtom:

Främst respiratoriskt: uppesittande med höjda ben
Främst kardiovaskulärt: liggande plant med höjda ben

Övervaka

Allmäntillstånd
Syresättning
Blodtryck

Ge adrenalin intramuskulärt

Säkerställ fria luftvägar

Ge högflödessyrgas 5-10 liter/minut på mask

Vid svåra cirkulatoriska symtom – ge iv vätska, kristalloid

Vid ronki/väsande andning ge beta₂-stimulerare i spacer eller i nebulisator

Vid stridor ge nebuliserat adrenalin som tillägg till intramuskulärt adrenalin

Om utebliven förbättring inom 5 minuter: Upprepa Adrenalin intramuskulärt

Om cirkulatorisk eller respiratorisk instabilitet trots 2 doser

intramuskulärt adrenalin och intravenös vätska:

Kontakta hög vårdnivå för avancerad behandling, såsom intravenöst adrenalin

Om hjärtstopp: följ riktlinjer för HLR

Adrenalin 1 mg/mL intramuskulärt anterolateralt i låret, 0,01 mg/kg
Barn <15 kg Uträknad dos 0,01 mg/kg från ampull. När ej möjlighet finns ges autoinjektor 150 mikrog
Barn 15-20 kg 0,15 mg (autoinjektor 150 mikrog)
Barn 20-60 kg 0,3 mg (autoinjektor 300 mikrog)
Vuxna & barn >60 kg 0,3–0,5 mg (autoinjektor 300 mikrog)

Kristalloid vätska intravenöst

<25 kg: 10–20 mL/kg (max 500 mL/bolus) intravenöst, upprepa vid behov
>25kg: 500 mL bolus, intravenöst, upprepa vid behov

Ronki/väsande andning: ge beta₂-stimulerare

Spray med spacer: Salbutamol (0,1 mg/dos)

Vuxna: 10–15 puffar (separerade doser)

Barn ≥ 6 år: 6–10 puffar (separerade doser)

Barn 2–5 år: 6 puffar (separerade doser)

Barn 0–2 år: 4 puffar (separerade doser)

Nebuliserat: Salbutamol (1 mg/mL, 2 mg/mL, 5 mg/mL)

Vuxna : 5–10 mg

Barn ≥20 : 5 mg

Barn <20 kg: 2,5 mg

Stridor: Nebuliserat adrenalin, 1 mg/mL (som tillägg till adrenalin i.m.)

Vuxna och barn > 2 år: 2 mg (spädd med 2 mL 0,9 % NaCl) (upprepas vb)

Barn <2 år: 1 mg (spädd med 2 mL 0,9% NaCl)

När patienten är stabiliserad:

- Ge icke-sederande antihistamin i dubbel dos.
- Mät s-tryptas 1–4 timmar efter reaktionsstart.
- Fatta beslut om övervakningsnivå och övervakningstid:
 - Vid anafylaxi ska alla patienter observeras minst 4 timmar.
 - Patienter med svår anafylaxi, dvs anafylaktisk chock eller bifasiska reaktioner observeras minst 12 timmar.
- Dokumentera förlopp och vitalparametrar både före och efter given behandling i journal.

Akutbehandling – SFFA



Svenska Barnläkarföreningen
Deltagare för allergi och lungmedicin



Intramuskulärt adrenalin

- **Över 20 kg = 300 mikrogr. adrenalinpenna**
("OBS!" på recept 20-25kg då det avviker från FASS-rekommendationen)
- **15-20 kg = 150 mikrgr. adrenalinpenna**
- **Under 15 kg = uträknad dos 0,01 mg/kg**
adrenalin från ampull (1mg/ml). Om ej möjligt ge adrenalinpenna 150mikrogr.
- **Under 7,5 kg = särskilt viktigt at ge uträknad enligt ovan.** Om inte möjligt (ex. BVC), kan adrenalinpenna (150 mikrogr.) användas, då risken för underbehandling anses större än risken för överdosering.

Tabell 1. Exempel på doser vid injektion med adrenalin 1 mg/ml, 0,01 ml per kg.

Barn 3kg = 0,03ml	Barn 30kg = 0,3ml
Barn 5kg = 0,05ml	Barn 40kg = 0,4ml
Barn 10kg = 0,1ml	Barn 50kg = 0,5ml
Barn 20kg = 0,2ml	Barn > 50kg = 0,5ml

Antihistamin



- Antihistamin lindrar enbart symtom som urtikaria, rinit och konjunktivit
- Rekommenderade doser av antihistamin vid akutbehandling (**dubbla FASS-dosen**):
 - Barn 1 månad – 5 år: 5 ml desloratadin mixtur_(0,5mg/ml) / (1 tabl. 2,5mg)
 - Barn 6 – 11 år: 1 tabl. desloratadin munsönderfallande 5mg
 - Barn 12 – 18 år: 2 tabl. desloratadin munsönderfallande 5 mg
- Till patienter med mastcellsaktiveringssyndrom, en ytterst ovanlig diagnos hos barn, rekommenderas en tre dagars behandling med antihistamin i standarddos (ej fördubblad dos).

Kortison



- Kortison ska inte ges rutinmässigt.
 - Aktuell evidens talar för att systemiskt kortison varken förbättrar förloppet vid anafylaxi eller minskar risken för bifasiskt förlopp.
 - Behandlingen kan även innebära risk för negativa effekter både på kort och lång sikt
- Anafylaxi med svår bronkospasm som inte förbättras av två doser intramuskulärt adrenalin, skall behandlas som en astmaexacerbation vilket inkluderar systemisk kortison i tillägg till övrig behandling av refraktär anafylaxi.
- Överväg utrusta patienter med kortison vid dåligt kontrollerat astma och anafylaxiberedskap (*särskild vid långt avstånd till sjukhus*)

Doser: Betapred 0,5 mg/tab: Engångsdos < 6 år: 6 st , > 6 år: 10 st,
eller inj Solu-Cortef 50 mg/ml < 6 år 2 ml, > 6 år 4 ml.

Anafylaxi och astma



- Bronkobstruktivitet är ett mycket vanligt symtom vid anafylaxi, både hos barn med och utan astmadiagnos
- I de flesta fall svarar obstruktiviteten väl på intramuskulärt adrenalin
- Mer än hälften av alla patienter med födoämnesallergi har samtidigt astma, men den stora majoriteten (>99,9 %) av individer med både födoämnesallergi och astma drabbas aldrig av en livshotande reaktion.

Observation efter anafylaxi



- Barn har mindre risk för en bifasisk reaktion än vuxna, men vid anafylaxi rekommenderas ändå observation på sjukhus minst 4 timmer efter symtomfrihet.
- Vid reaktioner i sjukvården i samband med matprovokationer och SCIT, där man behandlat tidigt och följt hela förloppet, kan observationstiden efter individuell bedömning förkortas.
- Faktorer som talar för längre observationstid:
 - Patient med **svår astma** eller **tidigare bifasisk reaktion**
 - Reaktion med **svår andningspåverkan**
 - Behov av **upprepade doser adrenalin** och/eller **fördröjd adrenalinbehandling**

Gradering av anafylaxi

- För diagnostik och akut handläggning av anafylaxi krävs ingen svårighetsgradering.
- Graderingssystem kan däremot vara till hjälp vid överrapportering, eftergranskning, undervisning och forskning.
- För närvarande **finns inget validerat** system som kan tillämpas i alla kliniska situationer som samtidigt överensstämmer med de diagnostiska kriterier för anafylaxi som används i Sverige. Internationellt pågår arbete för att utveckla ett sådant system.

Svårighetsgradering (Tabell 1)
Graderingen av anafylaxi (1-3) enligt tabellen nedan. Svårighetsgrad 1 innebär att symtom från två eller flera organ, cirkulation och/eller kraftig allmänpåverkan krävs. Svårighetsgrad 2 innebär att symtom från det organsystem som har den svåraste nivån krävs.

	Hud	Ogon och näsa	Mun och mage/tarm	Luftvägar	Hjärta/kärl	Allmän svimtom
Anafylaxi	Klåda Flush Urtikaria Angio- ödem	Konjunktivit med klåda och rodnad Rinit med klåda, nästäppa rinnsnuva nysningar	Klåda i mun, läppsvullnad Svullnads- känsla i mun och svalg Illamående lindrig buksmärt enstaka kräkning			Trötthet
Anafylaxi Grad 1	— " —	— " —	Ökande buksmärt Upprepade kräkningar Diarré	Heshet Lindrig bronk- obstruktion		Uttalad trötthet Rastlöshet oro
Anafylaxi Grad 2	— " —	— " —	— " —	Skällhosta sväljnings- besvär Medelsvår bronk- obstruktion		Svimmings- känsla Katastrof- känsla
	— " —	— " —	Urin- och/eller fecesavgång	Hypoxi cyanos Svår bronk- obstruktion Andnings- stopp	Hypotoni Bradykardi Arytmi Hjärtstopp	Förvirring

Vem bör få recept på Adrenalinpenna?

- Adrenalinpenna förskrivs till patienter med genomgången anafylaxi.
- Viktigt att **instruera** i praktisk användning med övningspenna, ge **handlingsplan** och **remittera** till allergolog eller allergikunnig barnläkare.
- **Riskbedömningen** ska inkludera **typ av allergen**, **dos** som orsakat reaktionen, **samsjuklighet**, **riskfaktorer** och **sociala/geografiska** förutsättningar.
- Några studier tyder på att förskrivning av adrenalinpenna kan påverka livskvaliteten negativt, särskilt hos tonåringar. En studie visade dock att flertalet tonåringar var mycket positiva till sin penna, men detta gällde främst de som följde rekommendationen att alltid ha pennan med sig.
- **Kom ihåg:** Upprepade samtal, träning (gärna med penna innehållande aktiv substans), kontinuerlig uppföljning samt diagnostisk omprövning vid förskrivning av adrenalinpenna.



Vem bör få recept på Adrenalinpenna?

Indikation för förskrivning av adrenalinpenna	Relativ indikation – överväg förskrivning
Tidigare anafylaxi utlöst av mat, latex, luftburna allergen eller bi/getingstick	Tidigare icke-anafylaktiska allergiska reaktioner mot jordnötter och trädnötter
Tidigare ansträngningsutlöst anafylaxi	Tydligt IgE-medierad komjölksallergi som kvarstår upp i skolåldern
Tidigare idiopatisk anafylaxi	Tonåring med matallergi och tidigare måttliga reaktioner
Samtidig instabil eller svår astma tillsammans med matallergi (ej OAS/korsallergi)	Stort avstånd till sjukinrättning
Underliggande systemisk mastocytos eller kutan mastocytos med mycket svår hudinvolvering (>50 % kroppsytan), förhöjt basaltryptas samt blåsbildning under de första tre levnadsåren	Utlandsresor
	Tidigare milda till måttliga allergiska reaktioner mot mycket små mängder allergen
	Oral immunterapi (OIT)



Handlingsplan vid akut allergisk reaktion - Anafylaxi

Namn:

Anhörig telefon 1: Anhörig telefon 2:

Har känd allergi mot:

Läkemedel:		
Adrenalinpenna (dos)	Antihistamin (dos)	Ev. astmamedicin(dos)

Lindrig reaktion: • Hudutslag med klåda (nässelutslag) • Svullnadskänsla i mun och svalg • Svullna läppar/ögonlock	Åtgärd vid lindrig reaktion: 1. Ge antihistamin 2. Kontakta anhörig 3. Om symtomen förvärras, se nedan
Kraftig reaktion: • Påverkar ofta flera organ samtidigt. • Besvären kan vara lindriga i början men snabbt förvärras. • Nässelutslag och kraftig klåda på stora delar av kroppen. • Svullnad i mun och svalg, svårigheter att prata eller heshet. • Andningsbesvär som pipande andning eller hosta. • Magsmärtor och/eller kräkningar • Kallsvett, rodnad/blekhet • Oro, ångest eller trötthet, ibland medvetslöshet.	Åtgärd vid kraftig reaktion: 1. Ge adrenalinpennan så snabbt som möjligt. - Spruta på utsidan av låret (genom kläderna). - Om dålig effekt, upprepa dos efter 5 minuter 2. Lagg eller sätt personen i rätt position. - Liggande med fötterna högt. - Vid andningsbesvär eller kräkningar sittande med höjd fotände. - Undvik att resa personen. 3. Om astmasymtom (hosta, svårt att andas) ge minst 2 doser av din astmamedicin - OBS: Vid svåra andningssymtom, upprepa adrenalinpennan! 4. Ring 112 , kontakta anhörig. 5. Ge antihistamin

Upptred lugnt! Lämna inte den sjuke ensam!

- Kom ihåg Handlingsplan (NU reviderat) vid förskrivning av adrenalinpenna!

Datum:

Läkare:

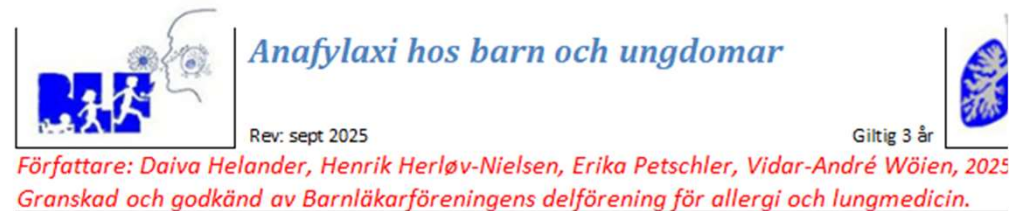


Sammanfattning

- Anafylaxi

- Adrenalin är alltid förstahandsbehandling – tidigt och intramusk.
- Kortison ska inte ges rutinmässigt
- Observation minst 4 timmar
- Alla patienter med anafylaxi bör få adrenalinpenna
- Optimal astmabehandling minskar risk för svår anafylaxi
- Handlingsplan för vård utanför sjukhus – nu reviderat

Tack för mycket gott
samarbete mellan
författarna och hela
riktlinjegruppen!



Anafylaxi hos barn och ungdomar

Innehåll

1. Bakgrund
2. Definition
3. Epidemiologi
4. Diagnostik
5. Akutbehandling
 - Intramuskulärt adrenalin
 - Vätskebolus
 - Inhalationer
 - Antihistamin
 - Kortison
6. Anafylaxi och astma
7. Observation efter anafylaxi
8. Gradering av anafylaxi
9. Vem bör få recept på en adrenalinpenna?
10. Vem bör få recept på kortison?



Svenska Barnläkarföreningen
Delföreningen för allergi och lungmedicin



HEM KALENDER OM OSS STIPENDIUM MEDLEMSINFORMATION RIKTLINJER FÖRELÄSNINGAR SPECIALISTUTBILDNING LÄNKAR NHV

RIKTLINJER ALLERGI OCH ASTMA

RIKTLINJER LUNGMEDICIN

Riktlinjer Allergi och Astma

Informationen som finns på denna sida vänder sig till vårdpersonal. Riktlinjerna har en giltighetstid på 3-5 år, men genomgår en översyn efter 3 år och en revidering inom 5 år.

Tillstånd – utredning och behandling

Luftvägar	
	Akut astma
	Asthma – underhållningsbehandling och klassifikation
	Asthma – val av ICS inhalationsspray till barn 0-5 år
	Ansträngningsutlösta andningsbesvär (revidering pågår)
	Mall för ifyllande av luftvägsregister (LVR (revidering pågår)
Hud	
	Eksem hos barn och ungdomar
	Urtikaria och angioödem
Allergier	

Sök webbplatsen...

Sök

Nyheter

Tor 19 jun 2025

[Ny reviderad riktlinje "Faktorer som påverkar risken för allergisjukdom hos barn, vetenskaplig bakgrund"](#)

Mån 2 jun 2025

[Angående implementering av RSV profylax \(Beyfortus\) – information från professionsföreningarna](#)

Mån 2 jun 2025

[Webinarium om RSV profylax 4 juni](#)

Kalender

Tor 11 sep 2025 – lör 13 sep 2025

[GAFA 2025 – Global Food Allergy and Anaphylaxis Forum](#)

Ons 17 sep 2025 – fre 19 sep 2025

[Höstmöte i Visby 2025](#)

Lör 27 sep 2025 – ons 1 okt 2025

Tack till alla för
uppmärksamheten

Läs alla våra riktlinjer på:
<https://aol.barnlakarforeningen.se/riktlinjer/riktlinjer-allergi/>