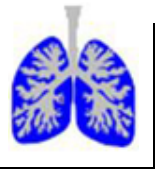




Anafylaxi hos barn och ungdomar

Rev: aug 2026

Giltig 3 år



*Författare: Daiva Helander, Henrik Herløv-Nielsen, Erika Petschler, Vidar-André Wöien, 2025
Granskad och godkänd av Barnläkarföreningens delförening för allergi och lungmedicin.*

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?

1. Bakgrund

I oktober 2024 publicerades [Nationellt vårdprogram för anafylaxi](#) av Svenska föreningen för Allergologi (SFFA). Som ett komplement har Barnläkarföreningens delförening för allergi och lungmedicin tagit fram detta dokument med sammanfattning och praktiska råd för handläggning av anafylaxi hos barn och ungdomar.

2. Definition

Anafylaxi är en akut, svår och ofta snabbt insättande överkänslighetsreaktion från flera organsystem. Anafylaxi är potentiellt livshotande.

3. Epidemiologi

I en svensk studie av 140 anafylaktiska reaktioner hos barn¹ var incidensen av anafylaxi 32 per 100 000 personår. Majoriteten av anafylaxierna hos barn och unga utlöstes av livsmedel, vanligast trädnötter (särskilt cashew) och jordnötter. Hos barn under 3 år var mjölk och ägg lika vanliga utlösande födoämnen som nötter.



Svårighetsgraden av tidigare allergiska reaktioner är inte en tillförlitlig prediktor för risken att utveckla anafylaxi vid framtida exponering². Enligt data från European Anaphylaxis Registry hade 38 % av barn som drabbats av anafylaxi tidigare reagerat på samma allergen, men i majoriteten av fallen (67 %) rörde det sig då inte om anafylaxi³.

4. Diagnostik

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 Svullna 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](#).

Vid anafylaxi hos barn är symtom från huden samt nedre luftvägar och mag-tarmkanalen vanligast. I Stockholmsstudien¹ rapporterades hudsymtom hos 93 % av barnen, mag-tarmsymtom hos 63 % och symtom från nedre luftvägar hos 62 %. Neurologiska symtom (12 %), stridor (5 %) och hypotension (5 %) förekom mer sällan.

Även om kardiovaskulär påverkan är mindre vanligt hos barn är det viktigt att känna igen kliniska tecken. Hos yngre barn kan hypotension yttra sig som allmänpåverkan, takykardi, minskad muskeltonus, förlängd kapillär återfyllnad samt blekhet, cyanos eller marmorering.⁴



Anafylaxi hos barn och ungdomar



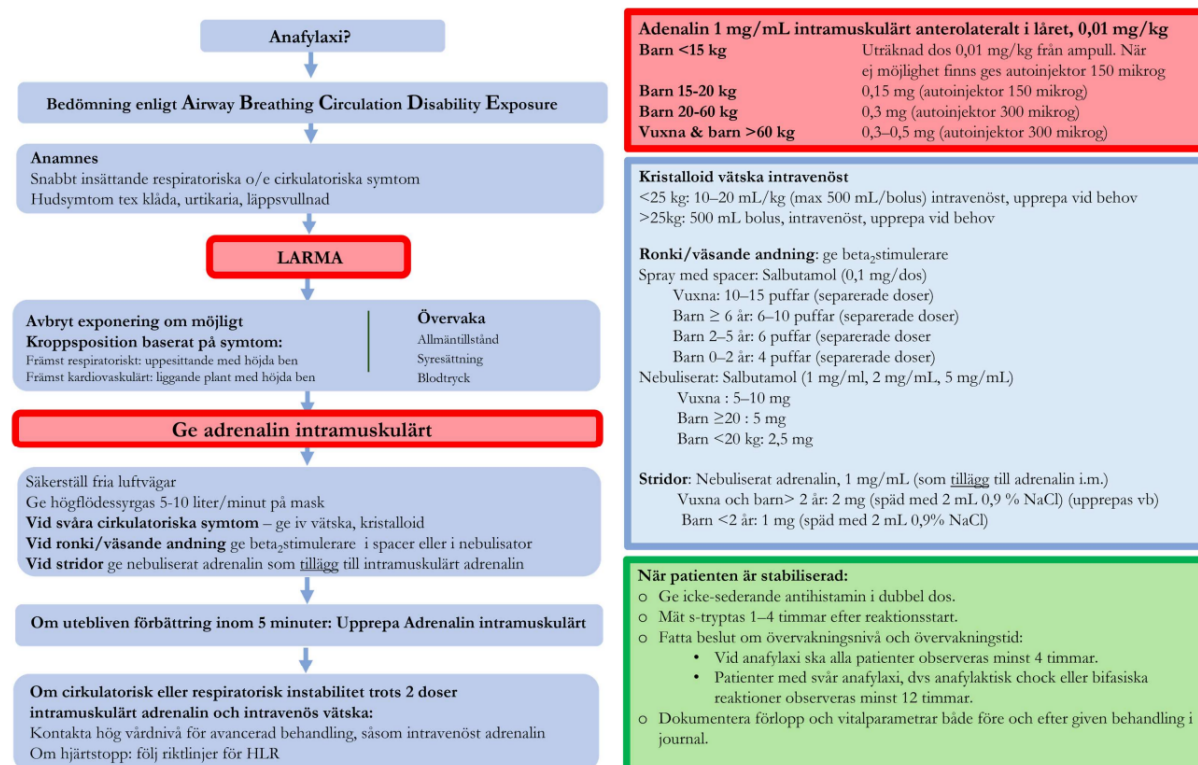
Rev: aug 2026

Giltig 3 år

Barnläkarföreningens delförening för allergi och lungmedicin ansvarar för denna text. Vid frågor kontakta sektionens sekreterare.

5. Akutbehandling

FLÖDESSCHEMA FÖR BEHANDLING AV ANAFYLAXI



Akutbehandling. Figur från SFFA. [Länk till större format.](#)

Intramuskulärt adrenalin

Vid förskrivning av adrenalinpenna rekommenderas 300 mikrogram till barn med kroppsvikt >20 kg. Om 300 mikrogram förskrivs till barn <25 kg ska "OBS!" anges på receptet, eftersom detta avviker från FASS-rekommendationen.

För barn med vikt under 15 kg bör, om möjligt, en uträknad dos på 0,01 mg/kg adrenalin administreras från ampull. Ge adrenalin 1 mg/ml, 0,01 ml per kg.

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



Anafylaxi hos barn och ungdomar

Rev: aug 2026

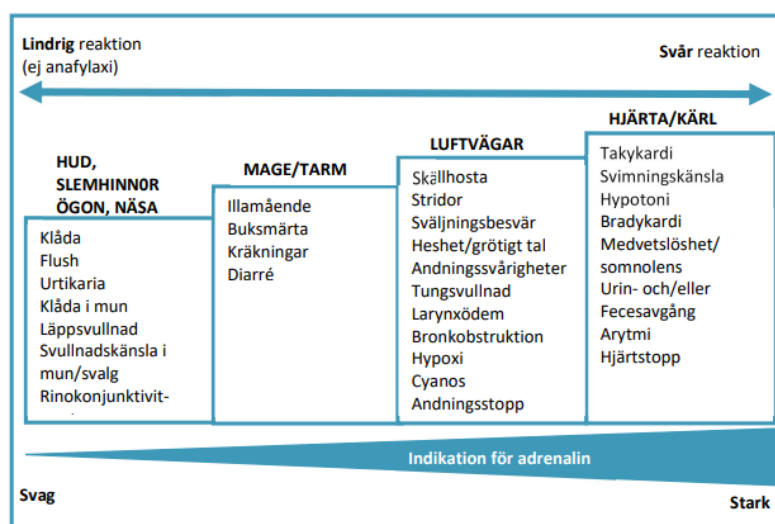
Giltig 3 år



Barnläkarförbundets delförening för allergi och lungmedicin ansvarar för denna text. Vid frågor kontakta sektionens sekreterare.

Hos barn under 7,5 kg är det särskilt viktigt att ge uträknad dos som injektion, eftersom en 150 µg-adrenalinpenna motsvarar en alltför hög dos och dessutom kan riskera att nå lårbenet. Om en uträknad dos inte kan administreras kan dock adrenalinpenna (150 µg) användas, då risken för underbehandling anses större än risken för överdosering. Det är lämpligt att förskriva adrenalinpenna till barn $\geq 7,5$ kg, och endast i undantagsfall till barn som väger mindre⁵.

AKUTA ALLERGISKA REAKTIONER OCH INDIKATION FÖR ADRENALIN

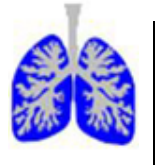


Akuta allergiska reaktioner och indikation för intramuskulärt adrenalin. Figur från SFFA. [Länk till större format.](#)

Hos patienter med känd risk för anafylaxi kan lindriga symtom efter misstänkt exponering (se figuren ovan) vara tillräcklig indikation för tidig behandling med adrenalin, även om kriterierna för anafylaxi ännu inte är uppfyllda. Detta är särskilt viktigt i prehospitala situationer.

Vätskebolus

Vid cirkulatorisk påverkan bör vätskebolus ges tidigt i förloppet för att optimera effekten av adrenalin. Vätskebolus rekommenderas även vid anafylaxi som inte svarat adekvat på två intramuskulära doser adrenalin⁵.



Inhalationer

Beta-2-agonist kan ges som tilläggsbehandling vid astmasymtom, men får aldrig ersätta intramuskulärt adrenalin. Patienter med känd astma kan använda sin ordinerade akutinhalator (spray eller pulverinhalator).

Adrenalin via nebulisator kan ges som tilläggsbehandling vid misstanke om larynxödem⁵.

Antihistamin

Antihistamin kan lindra symtom som urtikaria, rinit och konjunktivit, men har ingen klinisk effekt på nedre luftvägarna, mag-tarmkanalen eller det kardiovaskulära systemet⁵.

Akutbehandling: Antihistamin ges mot milda restsymtom i hud och slemhinnor efter att patienten stabiliserats med intramuskulärt adrenalin⁵. I många fall administreras antihistamin dock redan tidigt i förloppet, innan reaktionen utvecklats till anafylaxi.

Rekommenderade doser av antihistamin vid akutbehandling (dubbla FASS-dosen):

- Barn 1 månad – 5 år: Desloratadin mixtur 0,5 mg/mL, 5 ml × 1, eller munsönderfallande tablett 2,5 mg × 1.
- Barn 6 – 11 år: Desloratadin munsönderfallande tablett 5 mg × 1.
- Barn 12 – 18 år: Desloratadin munsönderfallande tablett 5 mg, 2 tabletter (totalt 10 mg) × 1.

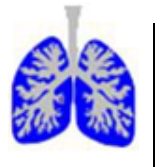
Till patienter med mastcellsaktiveringssyndrom, en ovanlig diagnos hos barn, rekommenderas en tre dagars behandling med antihistamin i standarddos (ej dubblerad dos).

Kortison

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^{6, 7, 8, 9}. Kortison ska därför inte ges rutinmässigt. Vissa undantag gäller vid astma – se nästa avsnitt.

6. Anafylaxi och astma

Bronkoberaktivitet är ett mycket vanligt symtom vid anafylaxi, som förekommer både hos barn med och utan astmadiagnos¹. I de flesta fall svarar obstrukтивiteten väl på intramuskulärt adrenalin, och en ihållande astmaexacerbation utlöst av anafylaxi eller födoämnesallergi är ovanlig. 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. Vid anafylaxi med svår bronkospasm, det vill säga som inte förbättras av två doser intramuskulärt adrenalin¹⁰,



får man ändå tolka det som en astmaexacerbation och ge systemisk kortison i tillägg till övrig behandling av refraktär anafylaxi. Överväg också kortison vid anafylaxi hos en patient med en dåligt kontrollerad astma. För rekommendation kring förskrivning av kortisontabletter, se avsnitt 10.

Doser: Betapred tablett 0,5 mg tablett (Betapred):

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

7. Observation efter anafylaxi

Barn har lägre risk för en bifasisk reaktion än vuxna. Vid anafylaxi rekommenderas ändå observation på sjukhus **minst 4 timmar efter symtomfrihet**, var god se flödesdiagrammet ovan, [länk till stort format](#). 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, minst 12 timmar: Patient med svår astma eller tidigare bifasisk reaktion, anafylaktisk chock, reaktion med svår andningspåverkan, eller behov av upprepade doser adrenalin och/eller fördröjd adrenalinbehandling⁵.

8. 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 och samtidigt överensstämmer med de diagnostiska kriterier för anafylaxi som används i Sverige. Internationellt pågår arbete för att utveckla ett sådant system.

9. Vem bör få recept på en adrenalinpenna?

Adrenalinpenna förskrivs till patienter med genomgången anafylaxi. Viktigt att samtidigt instruera i praktisk användning med övningspenna, ge handlingsplan och remittera till barnallergolog eller allergikunnig barnläkare för fortsatt uppföljning och utredning. Riskbedömningen ska inkludera typ av allergen, dos som orsakat reaktionen, samsjuklighet, riskfaktorer och sociala/geografiska förutsättningar.

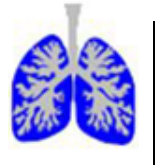
Några studier tyder på att förskrivning av adrenalinpenna kan påverka livskvaliteten negativt, särskilt hos tonåringar ¹¹. En studie visade dock att flertalet tonåringar var mycket positiva till sin penna, men detta gällde främst de som följde rekommendationen att alltid ha pennan med sig ¹². Detta understryker behovet av upprepade samtal, träning (gärna med



Anafylaxi hos barn och ungdomar

Rev: aug 2026

Giltig 3 år



Barnläkarförbundets delförening för allergi och lungmedicin ansvarar för denna text. Vid frågor kontakta sektionens sekreterare.

penna innehållande aktiv substans), kontinuerlig uppföljning samt diagnostisk omprövning vid förskrivning av adrenalinpenna.

Indikation för förskrivning av adrenalinpenna⁵

- Tidigare anafylaxi utlöst av mat, latex, luftburna allergen eller bi/getingstick.
- Tidigare ansträngningsutlöst anafylaxi.
- Tidigare idiopatisk anafylaxi.
- Samtidig instabil eller svår astma² tillsammans med matallergi (gäller ej OAS/korsallergi).
- Underliggande systemisk mastocytos eller kutan mastocytos med mycket svår hudinvolvering (>50 % kroppsytan), förhöjt basaltryptas samt blåsbildning under de första tre levnadsåren.

Relativ indikation: Överväg förskrivning av adrenalinpenna vid följande faktorer, särskilt om mer än en faktor föreligger (gäller ej vid enbart korsallergi/OAS)

Förskrivning av adrenalinpenna vid relativ indikation bör ALLTID ske i samråd med barnallergolog eller allergikunnig barnläkare.

- Tidigare icke-anafylaktiska allergiska reaktioner mot jordnötter och trädnötter (se avsnitt 3 för epidemiologiskt underlag).
- Tydligt IgE-medierad komjölksallergi som kvarstår upp i skolåldern, då mycket svåra reaktioner kan förekomma i denna patientgrupp².
- Tonåring med matallergi och tidigare måttliga reaktioner. Denna grupp har ökad risk för svår anafylaxi jämfört med yngre barn².
- Stort avstånd till sjukinrättning.
- Utlandsresor.
- Tidigare milda till måttliga allergiska reaktioner mot mycket små mängder allergen.
- Oral immunterapi (OIT).

10. Vem bör få recept på kortison?

Systemisk kortison ingår normalt inte i behandlingsplan. Astmadiagnos i sig är inte indikation för förskrivning av kortison (se avsnitt 6). Däremot är svår/instabil astma en riskfaktor för svår anafylaxi², och till dessa patienter kan man förutom att försöka optimera deras astmakontroll överväga förskrivning av kortison. Denna indikation stärks om patienten bor långt från sjukhus.



Anafylaxi hos barn och ungdomar

Rev: aug 2026

Giltig 3 år



Barnläkarförbundets delförening för allergi och lungmedicin ansvarar för denna text. Vid frågor kontakta sektionens sekreterare.

¹ Vetander m et al. Anaphylaxis and reactions to foods in children--a population-based case study of emergency department visits. Clin Exp Allergy. 2012 Apr;42(4):568-77.

² Turner JP et al. Risk factors for severe reactions in food allergy: Rapid evidence review with meta-analysis. Global Allergy, Asthma European Network (GA2LEN) Food Allergy Guideline Group. Allergy. 2022 Sep;77(9):2634-265

³ Maris I et al. Peanut-induced anaphylaxis in children and adolescents: Data from the European Anaphylaxis Registry. Allergy 2021 May;76(5):1517-1527.

⁴ Ramsey N et al. Management of Anaphylaxis in Infants and Toddlers. Immunol Allergy Clin North Am. 2022 Feb;42(1):77-90.

⁵ Muraro A et al. EAACI guidelines: Anaphylaxis (2021 update). Allergy. 2022 Feb;77(2):357-377.

⁶ Dodd A et al. Evidence update for the treatment of anaphylaxis. Resuscitation 2021 Apr 23;163:86-96.

⁷ Gabrielli, S et al. Evaluation of Prehospital Management in a Canadian Emergency Department Anaphylaxis Cohort. J Allergy Clin Immunol Pract 2019 Sep-Oct;7(7):2232-2238.

⁸ Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2025 update.

⁹ Tsung-Chieh Yao et al. Association of Oral Corticosteroid Bursts With Severe Adverse Events in Children. JAMA Pediatr. 2021 Jul 1;175(7):723-729.

¹⁰ Turner PJ et al. Updated grading system for systemic allergic reactions: Joint Statement of the World Allergy Organization Anaphylaxis Committee and Allergen Immunotherapy Committee World Allergy Organ J 2024 Feb 10;17(3):100876.

¹¹ Miller J et al. Quality of life in food allergic children: Results from 174 quality-of-life patient questionnaires Ann Allergy Asthma Immunol. 2020 Apr;124(4):379-384.

¹² J Saleh-Langenberg et al. The compliance and burden of treatment with the epinephrine auto-injector in food-allergic adolescents. Pediatr Allergy Immunol. 2016 Feb;27(1):28-34.