

Nya riktlinjer för anafylaxi

FÖRENKLADE STRUKTURER FÖR ÖKAD PATIENTSÄKERHET

Anafylaxi är ett tillstånd (Fakta 1) som samtliga vårdgivare, oavsett specialitet, med stor sannolikhet kommer att möta under sin yrkesverksamma karriär. Mot denna bakgrund är det av avgörande betydelse att det finns tydliga, lättillgängliga och evidensbaserade riktlinjer för handläggning, särskilt i akuta situationer där snabb intervention är kritisk.

Med hänsyn till den snabba kunskapsutvecklingen på området genomfördes en omfattande revidering av de tidigare riktlinjerna från 2015 på uppdrag av Svenska föreningen för allergologi (SFFA) och publicerades under hösten 2024 [1]. Syftet med denna uppdatering var att säkerställa att hälso- och sjukvårdspersonal har tillgång till aktuella, vetenskapligt förankrade rekommendationer för diagnostik och behandling av akut anafylaxi i klinisk praxis.

Metod och målgrupp

För att säkerställa både klinisk relevans och vetenskaplig förankring genomfördes revideringen i samarbete med experter inom barn- och vuxenallergologi, akutmedicin, anesthesiologi, öron-, näs- och halssjukdomar samt primärvård; se slutet av artikeln. Arbetet baserades på en systematisk genomgång av aktuell vetenskaplig litteratur, tidigare riktlinjer samt konsensusbeslut inom expertgruppen. Riktlinjerna är utformade för att vara tillämpbara i hela vårdkedjan och vänder sig till all hälso- och sjukvårdspersonal som kan komma att handlägga patienter med misstänkt eller bekräftad anafylaxi.

Centrala förändringar i riktlinjerna

Adrenalin i fokus. En stor utmaning inom anafylaxivården har varit att få patienter behandlas med adrenalin (19–35 procent), medan många (50–60 procent) i stället får enbart steroider och/eller antihistaminer [2,3]. Retrospektiva studier visar ökad mortalitet, fler intensiv-

Theo Gülen, docent, överläkare, ME lung- och allergisjukdomar, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm; ordförande, SFFA:s arbetsgrupp för anafylaxi

• theo.gulen@regionstockholm.se

FAKTA 1. Definitioner enligt SFFA:s vårdprogram [1]

ANAFYLAXI

En akut, svår, ofta snabbt insättande systemisk överkänslighetsreaktion från fler än ett organsystem som är potentiellt livshotande. Reaktionen inkluderar alltid objektiv respiratorisk och/eller kardiovaskulär påverkan, alternativt kraftig allmänpåverkan.

ANAFYLAKTISK CHOCK [15]

Anafylaxi där vasopressor krävs för att hålla systoliskt blodtryck >90 mm Hg.

BIFASISK ANAFYLAXI [15]

Mycket trolig när samtliga följande kriterier är uppfyllda:

- Den nya reaktionen uppfyller diagnoskriterierna för anafylaxi.
- De ursprungliga symtomen/statusfynden har helt försvunnit innan de nya uppstår.
- Ingen ny allergenexponering har skett innan de nya symtomen uppstår.
- De nya symtomen inträffar inom 1–48 timmar efter fullständig symptomfrihet.

vårdsinläggningar och bifasiska reaktioner samt långsammare återhämtning hos patienter som antingen inte fått adrenalin eller fått det för sent i förloppet [4–6].

Adrenalin lyfts därför fram som det viktigaste läkemedlet vid anafylaxi. Det bör nu ges tidigt i förloppet, intramuskulärt i lårets laterala del, utan att invänta svårighetsgradering. Detta speglar en proaktiv strategi där risken med att avstå anses överväga risken med att ge adrenalin i onödan. Samtidigt innebär inte adrenalinadministration under ett akut förlopp att anafylaxidiagnosen automatiskt kan bekräftas. Den bör endast fastställas när diagnostiska kriterier är uppfyllda – inte annars [7] (Figur 1).

Avskaffad steroidrutin. En annan viktig förändring är att den tidigare rekommendationen om rutinmässig administrering av glukokortikosteroider har tagits bort. Beslutet grundar sig på bristande evidens för att steroider har omedelbar effekt i det akuta skedet eller förebygger bifasiska reaktioner [8, 9]. Eftersom effekten av steroider inträder först efter ca 2 timmar saknar de relevans i det initiala omhändertagandet [10]. Denna förändring förtydligar behandlingsprioriteringen och minskar risken för att livräddande åtgärder, såsom tidig adrenalininjektion, fördröjs till förmån för mindre effektiva insatser.

Kortikosteroider kan dock övervägas hos patienter med känd astma som uppvisar astmasymtom i samband med anafylaxi. Om astmaexacerbation bedöms föreligga, kan en stöddos perorala steroider ges – som behandling för astma, inte för anafylaxi. Det är också viktigt att steroider i sådana fall administreras först när patienten har stabiliserats, inte under den initiala behandlingen av anafylaxi.

HUVUDBUDSKAP

- Det nya vårdprogrammet för anafylaxi, publicerat av SFFA hösten 2024, innehåller uppdaterade och evidensbaserade riktlinjer för akut handläggning. Fokus ligger på tidig intervention, tydliga diagnostiska kriterier och ökad patientsäkerhet. Målet är att främja en enhetlig, säker och effektiv vård för samtliga patienter, oberoende av vårdgivare.
- Adrenalin ges intramuskulärt i låret utan att invänta svårighetsgradering.
- Rutinmässig användning av steroider har avskaffats.
- Svårighetsgradering ersätts med NIAID/FAAN-kriterier.
- Antihistaminer ges först efter stabilisering.
- Dokumentation och observation är avgörande.
- Kontroll av serumtryptasprov rekommenderas.

FIGUR 1. Kliniska kriterier för anafylaxi. Modifierad efter [7]

Anafylaxi är mycket trolig om ett av följande kriterier är uppfyllt

1. Akut insjuknande (minuter till timmar) som involverar:



2. Symtom från ≥ 2 av följande system efter exponering för, för den aktuella patienten, troligt utlösande allergen



3. Blodtrycksfall efter exponering för, för den aktuella patienten, känt allergen

Åldersgrupp	Systoliskt blodtryck
Vuxna:	<90 mm Hg eller sänkning på >30 % från basala blodtrycket
Barn: 1 mån-1 år	<70 mm Hg
1-10 år	<70 mm Hg + (2 × ålder)
>10 år	<90 mm Hg

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 • Urin-/fecesavgång • Cirkulatorisk chock • Hjärtstopp	GI-kanalen Persisterande symtom i form av: • Upprepad kräkning • Kraftig buksmärta • Diarré
---	---	--	---

► PEF = peak expiratory flow, maximala utandningsflödet, GI = gastrointestinal.

Borttagande av svårighetsgradering. Vidare har den tidigare svårighetsgraderingen av anafylaxi tagits bort. Den bedömdes inte förbättra diagnostik eller behandling i akutskedet, och den har i praktiken riskerat att fördröja livräddande åtgärder som tidig adrenalininjektion. Riktlinjerna har i stället förstärkts med tydligare diagnostiska kriterier [7].

Ett skäl till förändringen är att det saknas en internationellt vedertagen modell för svårighetsgradering av anafylaxi. Minst 13 olika system förekommer i litteraturen, vilket speglar oenighet och skapar osäkerhet i klinisk tillämpning [11]. Variationerna försvårar både beslutsfattande och jämförelser mellan studier och vårdstrukturer.

Diagnostik enligt validerade kriterier

Mot denna bakgrund har riktlinjerna förstärkts med tydligare och mer enhetliga diagnostiska kriterier, för att underlätta tidig identifiering och minska risken för underbehandling.

En av de viktigaste delarna i handläggningen av anafylaxi är korrekt och tidig diagnostik. De så kallade NIAID/FAAN-kriterierna (National Institute of Allergy and Infectious Diseases/Food Allergy and Anaphylaxis Network) [7] har validerats både retrospektivt och prospektivt, med hög sensitivitet (95 procent) och något lägre specificitet (71 procent) [12, 13]. Dessa kriterier utgör ett värdefullt verktyg i klinisk praxis. Det är viktigt att understryka att isolerade symtom som urtikaria, angioödem, rinokonjunktivit eller gastrointestinala besvär inte uppfyller kriterierna för anafylaxi. För att diagnosen ska kunna ställas krävs påverkan på minst två organsystem, då respiratorisk eller kardiell påverkan ofta är avgörande. Respirato-

risk påverkan inkluderar exempelvis stridor, dyspné, bronkospasm eller hypoxi, medan kardiell påverkan kan yttra sig som hypotension eller synkope.

Genom att ersätta svårighetsgradering med validerade diagnostiska kriterier skapas en mer konsekvent och handlingsinriktad struktur för akut handläggning. Fokus flyttas från att bedöma reaktionens svårighetsgrad till att snabbt identifiera relevanta symtom och initiera adekvat behandling (Figur 2). Detta stärker patientsäkerheten, minskar variationen i vårdpraxis och tydliggör prioriteringen av tidig adrenalininjektion.

Kompletterande handläggning och omhändertagande

När patienten har stabiliserats bör anamnesen fördjupas, med fokus på möjliga exponeringar det senaste dygnet och samverkande faktorer (till exempel fysisk ansträngning, läkemedel, alkohol eller känd astma). Eftersom allergologisk utredning ofta dröjer är det av stor vikt att dokumentera reaktionsförloppet noggrant, inklusive symtomutveckling, vitalparametrar före och efter behandling samt insatta åtgärder.

Provtagning för serumtryptas rekommenderas vid misstänkt anafylaxi, särskilt vid atypisk klinisk presentation. Provet bör tas inom 1-4 timmar efter symtomdebut för optimal sensitivitet. Det har en central roll i att säkerställa diagnosen och bana väg för en strukturerad allergologisk utredning [14].

Antihistaminer har ingen plats i den initiala behandlingen av anafylaxi, men rekommenderas för att behandla kvarstående kutana symtom, exempelvis urtikaria eller klåda, efter att patienten stabiliserats.

Alla patienter bör observeras i minst 4 timmar efter symtomfrihet. Vid anafylaktisk chock eller bifasiska reaktioner rekommenderas minst 12 timmars observation. Vid säkerställd diagnos ska journalen varningsmärkas, och patienter med fortsatt risk bör utrustas med 2 adrenalinautoinjektorer. Patienten ska informeras om att behovet av autoinjektor fastställs efter allergologisk utredning och individuell riskbedömning.

Det långsiktiga omhändertagandet omfattar bekräftelse av diagnos, identifiering av utlösande allergen, patientutbildning och korrekt läkemedelsförskrivning. Vårdprogrammet innehåller även fördjupade kapitel om särskilda kliniska situationer såsom mastcellssjukdom, anafylaxi utlöst av allergenspecifik immunterapi och perioperativ anafylaxi.

Tillgänglighet och implementering

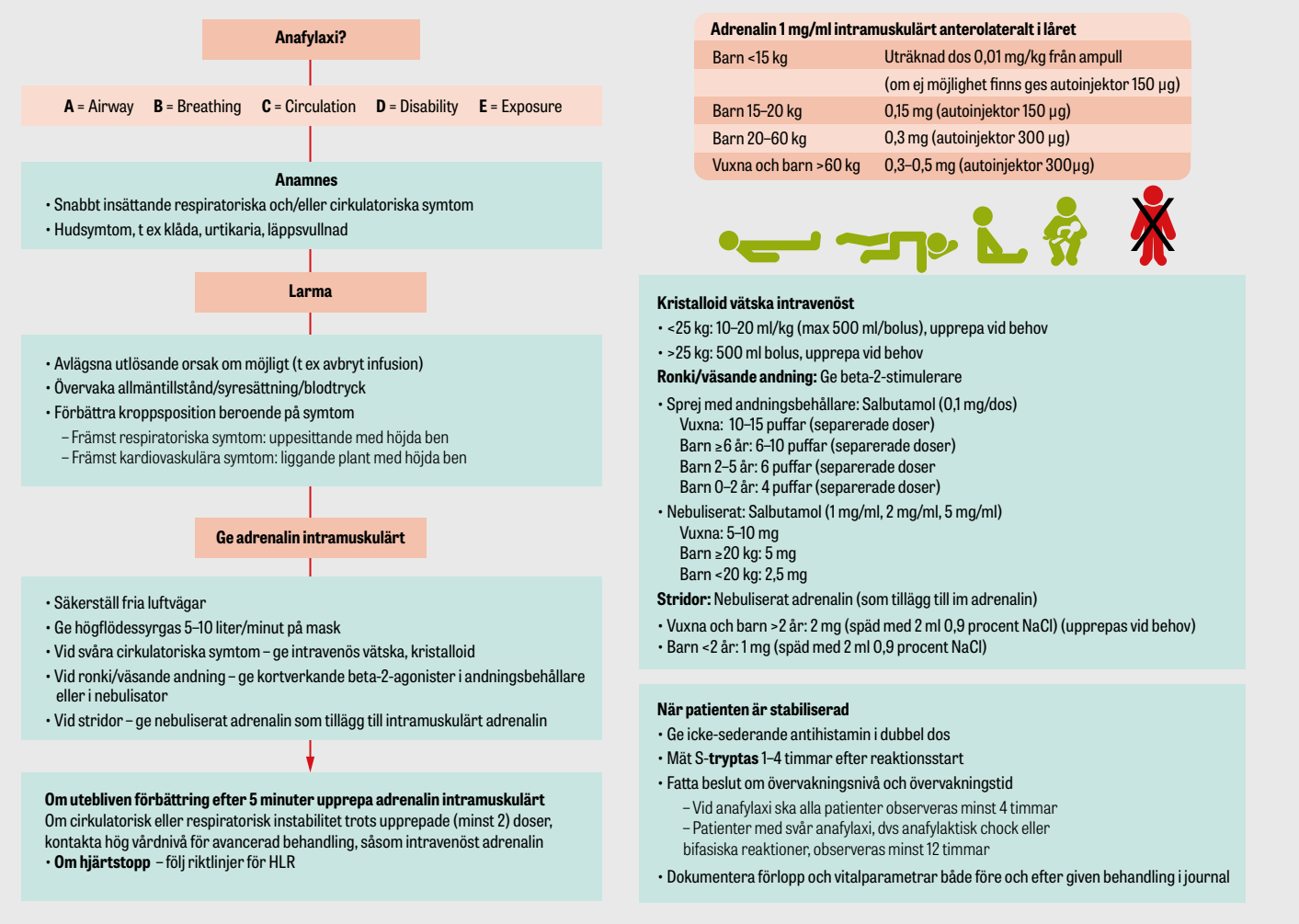
Vårdprogrammet finns tillgängligt via SFFA:s webbplats. Där finns även en sammanfattning, »Anafylaxi i fickformat«, med centrala algoritmer och bilder – ett praktiskt verktyg i klinisk vardag.

Implementeringen i lokala vårdprogram och kliniska rutiner är avgörande för att kunskapen ska omsättas i praktisk handling, oavsett vårdkontext eller profession.

Sammanfattning

Det uppdaterade vårdprogrammet för anafylaxi ger evidensbaserade riktlinjer för akut handläggning, med fokus på tidig adrenalininjektion, avskaffad svårighetsgradering och förstärkta diagnostiska kriterier. Bland förändringarna ingår att glukokortikosteroider inte längre rekommenderas, då de saknar snabb effekt

FIGUR 2. Flödesschema för akut handläggning av anafylaxi



och kan fördröja livräddande behandling. Genom att prioritera praktisk tillämpbarhet och patientsäkerhet i hela vårdkedjan syftar programmet till att minska variationen i vårdpraxis och förbättra behandlingsresultaten. ○

- Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.
- Övriga medlemmar i arbetsgruppen: Shadi Hägg, med dr, specialist i allergologi samt intern- och lungmedicin, Akademiska

sjukhuset, Uppsala; Marit Westman, med dr, specialist i allergologi samt öron-, näs- och halssjukdomar, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm; Ilia Brooke, specialist i akutsjukvård och internmedicin, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm; Björn Stridh, specialist i allmänmedicin, Kry vårdcentral Gallerian, Stockholm; Daiva Helander, specialist i barn- och ungdomsallergologi, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm; Jonas Tunelli, specialist i anesthesi- och intensivvård, Sophiahemmet, Stockholm.

Citera som: Läkartidningen. 2025;122:25132

REFERENSER

1. Svenska föreningen för allergologi (SFFA). Anafylaxi. Nationellt vårdprogram. 2024. <https://www.sffa.se/wp-content/uploads/2024/10/2024-10-04-SFFA-Nationell-vardprogram-anafylaxi.pdf>

2. Grabenhenrich LB, Dölle S, Rueff F, et al. Epinephrine in severe allergic reactions: the European Anaphylaxis Register. J Allergy Clin Immunol Pract. 2018;6(6):1898–906.e1.

3. Ring J, Klimek L, Worm M. Adrenaline in the

acute treatment of anaphylaxis. Dtsch Arztebl Int. 2018;115(31–32):528–34.

4. Pumphrey RS. Lessons for management of anaphylaxis from a study of fatal reactions. Clin Exp Allergy. 2000;30(8):1144–50.

5. Ko BS, Kim JY, Seo DW, et al. Should adrenaline be used in patients with hemodynamically stable anaphylaxis? Incident case control study nested within a retrospective cohort study. Sci Rep. 2016;6(1):20168.

6. Cardona V, Ferré-Ybarz L, Guiliarte M, et al;

AdreSCAIC Research Group. Safety of adrenaline use in anaphylaxis: a multicentre register. Int Arch Allergy Immunol. 2017;173(3):171–7.

7. Sampson HA, Muñoz-Furlong A, Campbell RL, et al. 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. J Allergy Clin Immunol. 2006;117(2):391–7.

8. Choo KJ, Simons E, Sheikh A. Glucocorti-

coids for the treatment of anaphylaxis: Cochrane systematic review. Allergy. 2010;65(10):1205–11.

9. Alqurashi W, Ellis AK. Do corticosteroids prevent biphasic Anaphylaxis? J Allergy Clin Immunol Pract. 2017;5(5):1194–205.

10. Inagaki N, Miura T, Nakajima T, et al. Studies on the anti-allergic mechanism of glucocorticoids in mice. J Pharmacobiodyn. 1992;15(10):581–7.

11. Shah A, Dribin TE, Wang J. How to define severity: a review of allergic reaction severity

scoring systems. Ann Allergy Asthma Immunol. 2023;131(2):170–5.

12. Campbell RL, Hagan JB, Manivannan V, et al. Evaluation of National Institute of Allergy and Infectious Diseases/Food Allergy and Anaphylaxis Network criteria for the diagnosis of anaphylaxis in emergency department patients. J Allergy Clin Immunol. 2012;129(3):748–52.

13. Loprinzi Brauer CE, Motosue MS, Li JT, et al. Prospective validation of the NIAID/FAAN criteria for emergency department diagnosis

of anaphylaxis. J Allergy Clin Immunol Pract. 2016;4(6):1220–6.

14. Valent P, Hoermann G, Bonadonna P, et al. The normal range of baseline tryptase should be 1 to 15 ng/mL and covers healthy individuals with HsT. J Allergy Clin Immunol Pract. 2023;11(10):3010–20.

15. Dribin TE, Sampson HA, Camargo CA Jr, et al. Persistent, refractory, and biphasic anaphylaxis: a multidisciplinary Delphi study. J Allergy Clin Immunol. 2020;146(5):1089–96.

SUMMARY

Updated guidelines for anaphylaxis management – simplified structures for enhanced patient safety

The updated Swedish guidelines for anaphylaxis, published by the Swedish Association for Allergology (SFFA) in the autumn of 2024, provide evidence-based recommendations for acute care. The guidelines highlight the importance of rapid intervention and clear diagnostic standards to ensure patient safety. Immediate intramuscular administration of adrenaline is the only evidence-based intervention in the acute phase and should occur without delay or consideration of severity grading. Routine use of corticosteroids is no longer recommended, and severity grading is replaced by NIAID/FAAN criteria. Antihistamines are reserved for post-stabilization. Documentation, observation, and control of serum tryptase levels are essential for continued care, diagnostic accuracy, and long-term management.