

## **Bilaga 29 till dokument Födoämnesprovokation**

Skaraborgs Sjukhus

Februari 2016

Revideras februari 2019

# **Dubbel-blind provokation enligt Umeå, från Nutricia-pärmen - Instruktioner och arbetsgång**

## **Dubbelblinda placebokontrollerade födoämnesprovokationer hos barn med sena, diffusa och/eller svårtolkade symtom på föda**

Öppna födoämnesprovokationer kan ibland vara svårtolkade på grund av diffusa eller sena reaktioner. Dubbelblinda födoämnesprovokationer kan då vara ett lämpligare alternativ för att utesluta eller verifiera födoämnesöverkänslighet. Dubbelblind födoämnesprovokation utförs på klinik, där beredskap finns för behandling av eventuella symtom som kan uppkomma i samband med provokationen. Läkarbesök med noggrann anamnes och allergitest, som specifikt IgE eller pricktest, skall ligga till grund för beslutet om födoämnesprovokation.

Allergiteamet vid Barn- och ungdomscentrum vid Norrlands Universitetssjukhus i Umeå, har utvecklat en metod för dubbelblinda placebokontrollerade födoämnesprovokationer med mjölk, ägg, torsk, soja eller vete. Metoden är enkel att använda i kliniskt bruk. Dosmängder och antal dos-steg kan varieras beroende på typ och allvarlighetsgrad av symtom och vilken mängd av födoämnet som barnet tidigare reagerat på. De validerade recepten för provokations- och placebodyck samt den kliniska studien som ligger till grund för metoden, hittar ni i denna pärm tillsammans med övrigt material för genomförande.

*Anna Winberg, Lisbeth Nordström och Åsa Strinnholm,  
Umeå februari 2014*

# Instruktion och arbetsgång

## Dubbelblinda placebokontrollerade födoämnesprovokationer (DBPKFP) med validerade recept för mjölk, ägg, soja, torsk och vete med Elemental 028 LQ Ananas Apelsin som bärare.

DBPKFP anses vara den mest tillförlitliga metoden för att verifiera eller utesluta en födoämnesöverkänslighet. Metoden innebär att provokationen delas upp på flera tillfällen, då man ger antingen aktiv eller placebo substans. Efter genomgången provokationsserie jämförs de symtom som uppkommit vid de olika provokationstillfällena med kodnyckeln, som talar om när barnet fått det aktuella födoämnet.

Vid DBPKFP ska varken läkare, sjuksköterska eller patient veta vid vilka testtillfällen som aktiv respektive placebo substans ges. Beredning av testdrycker och upprättande av kodnyckel bör därför göras av person som inte själv deltar vid provokationstillfället.

Metoden kan användas på olika sätt beroende på typ och allvarlighetsgrad av symtom och den mängd födoämne som barnet tidigare reagerat på.

### Alternativ 1:

Angivna symtom är lindriga och inträffar efter något dygn. Gör provokationen två gånger i veckan med tre dagars mellanrum under totalt tre veckor. Vid varje provokation ges den mängd som ett recept ger.

### Alternativ 2:

Angivna symtom är kraftiga och inträffar snabbare. Gör provokationen två gånger i veckan med tre dagars mellanrum under totalt tre veckor. Vid varje provokation ges provokationsdrycken i ökande mängder med 30 minuters mellanrum: (1 ml), 5 ml, 20 ml, 50 ml, 100, 200 ml.

### Innan provokationen

Informera patienten om hur provokationen utförs och hur patienten antecknar i symtomdagboken.

I samråd med barnets läkare bestäms vilka mediciner barnet kan stå på under provokationstiden och vilka mediciner som ska sättas ut. Barnet bör inte stå på systemiska steroider och om möjligt brukar även antihistaminpreparat sättas ut, för att inte dölja symtom.

### Beredning av provokationsdryck

Drycken bereds av person som inte närvarar vid själva provokationen.

1. Serveringsordning lottas t ex med en tärning, i tre aktiva och tre placebotillfällen.
2. Skriv i kodnyckeln vilket datum aktiv eller placebodyck ska ges. Endast den som blandar ska veta vad som ges under provokationen. Kodnyckel förvaras av den som bereder drycken.
3. För beredning av dryck behövs våg, måttats, visp, bunke och mixer samt ingredienser enligt aktuellt recept och **Elemental 028 LQ Ananas Apelsin**. Följ receptet.
4. Drycken serveras kyld i ogenomskinlig mugg med lock och sugrör. Märk muggen med patientens identitet, namn och med dosnummer, om provokationen görs i flera steg.

### Provokationen

- Patienten ska vara frisk vid provokationen och skall inte vara fastande.
- Ansvarig läkare bedömer behovet av perifer infart och kontroller av Peak Expiratory Flow (PEF).
- Totalt utförs 6 provokationer, 2 gånger per vecka med 3 dagars mellanrum.
- Hela mängden beredd dryck skall intas.

Patienten observeras på mottagningen under två timmar efter provokationen. Vid varje provokationstillfälle får familjen med sig en symtomdagbok, där eventuella symtom som uppkommer efter hemgång noteras. Symtomdagboken inlämnas ifylld vid påföljande provokationstillfälle.

### Utvärdering med läkarbesök efter avslutad provokation

Utvärdering av DBPKFP görs av ansvarig läkare tillsammans med patient och föräldrar. Vid utvärdering jämförs de symtom som uppkommit under och/eller efter varje provokationstillfälle med kodnyckeln.

För att en provokation ska bedömas som positiv ska eventuella symtom ha varit återkommande vid de tillfällen när aktiv substans serverats.

### Uppföljning

Målet med provokationen är att säkerställa eller utesluta en födoämnesöverkänslighet. Vid en negativ provokation är målet att barnet ska kunna återinföra det aktuella födoämnet i sin kost. Eftersom det finns en begränsning i hur mycket av ett födoämne som effektivt kan gömmas i en testsubstans når man vid ett DBPKFP:s-tillfälle inte upp till en hel portionsstorlek. En negativ provokation bör därför följas upp med att patienten äter en fullstor portion av det aktuella födoämnet hemma eller på mottagningen.<sup>1,2</sup>


### Dokumentet är framtaget av:

Leg dietist Lisbeth Nordström

Leg sjuksköterska, Allergikonsulent Åsa Strinnholm.

Barn- och ungdomscentrum. Norrlands Universitetssjukhus. Umeå

### Granskad och godkänd av:



Anna Winberg

Barnläkare och Allergolog

Norrlands universitetssjukhus, Umeå

1. Strinnholm A, Brulin C and Lindh V, Experience of doubleblind, placebocontrolled food challenges (DBPCFC), A qualitative analysis of mothers' experiences, J Child Health Care, 2010 14(2):p. 179-88.

2. Eigenmann PA, Caubet JC and Zamora SA, Continuing food-avoidance dietis after negative food challenges Pediatr Allergy Immunol 2006. 17(8): p 601-5.