

Gäller för: Verksamhet Onkologi

Giltig från: 2026-02-17

Innehållsansvar: Anna Nilton, (annni156), Specialistläkare

Giltig till: 2028-02-17

Granskad av: Anna Nilton, (annni156), Specialistläkare

Godkänd av: Andreas Hallqvist, (andha16), Verksamhetschef

# Anafylaxi –handlingsplan Onkologen

## Förändringar sedan föregående version

Ersätter Rutin “Behandling av överkänslighetsreaktioner inom vo onkologi”.

## Sammanfattning

Handläggning av misstänkt anafylaktisk reaktion vid verksamheten för Onkologi.

## Innehållsförteckning

Förändringar sedan föregående version .....	1
Sammanfattning .....	1
Innehållsförteckning .....	1
Bakgrund och syfte .....	2
Förutsättningar.....	2
Utförande.....	7
Arbetsgrupp .....	10
Källförteckning .....	10

## Bakgrund och syfte

I september 2024 tog Svenska Föreningen för Allergologi fram ett nytt Nationellt vårdprogram för anafylaxi. Detta vårdprogram innehöll flera nya rekommendationer som skiljer sig från handläggningen i enlighet med tidigare rutindokument. Detta rutindokument syftar till att handlägga patienter vid verksamhet för onkologi med misstänkt anafylaxi i enlighet med det nya vårdprogrammet. Dagligen ges onkologiska behandlingar (cellgifter, antikroppar, immunterapi, andra målinriktade terapier), där anafylaxi är en möjlig biverkan. Det är därför av stor vikt att vi behandlar enligt uppdaterade riktlinjer. De största förändringarna är att man förespråkar tidig adrenalinbehandling på *misstanke om anafylaxi*, att man förespråkar användandet av autoinjektorer även på sjukhus samt att användandet av antihistaminer och kortison sker först när patienten är stabiliserad, i symtomlindrande syfte.

## Förutsättningar

Läkare och sjuksköterskor vid verksamhet Onkologi, Område 5, Sahlgrenska Universitetssjukhuset ansvarar för att utföra arbetet enligt gällande rutin.

Sektionschefen ansvarar för att rutinen är känd och följs.

Verksamhetschefen ansvarar för att rutinen finns och följer gällande författningar/lagar.

## Avgränsningar

### Definition

Anafylaxi är en svår, oftast snabbt insättande akut systemisk överkänslighetsreaktion som påverkar två eller fler organsystem. Reaktionen ger alltid en kraftig allmänpåverkan och vanligtvis ses objektiva tecken på sviktande andning och/eller cirkulation. Oftast (>90% av fallen) är associerade med symtom från hud/slemhinna. En tredjedel av fallen får symtom från mag/tarmkanalen. Definitionen av anafylaktisk chock är en anafylaxi när vasopressorstöd krävs för att hålla systemiskt blodtryck >90 mmHg.

Observera att denna rutin gäller vid misstänkt anafylaktisk reaktion. Vid lättare reaktion och stabil patient (ej misstanke om anafylaxi utan lättare infusionsreaktion) kan per oral behandling med antihistamin och betapred ges

som symtomlindring och patienten övervakas för eventuell försämring som motiverar adrenalinbehandling. För reaktioner i samband med behandling med cellterapi och T-cellsengagers hänvisas till rutindokumentet “Biverkningar i samband med cellterapi och T-cells engagers”, Dokument-ID: SU9775-406090012-279.

## Symtom/tecken

När en patient får ett läkemedel som kan ge anafylaxi som biverkan och får en akut reaktion med allmänpåverkan och symtom från 2 eller fler organsystem bör man misstänka anafylaxi och behandla utifrån detta.

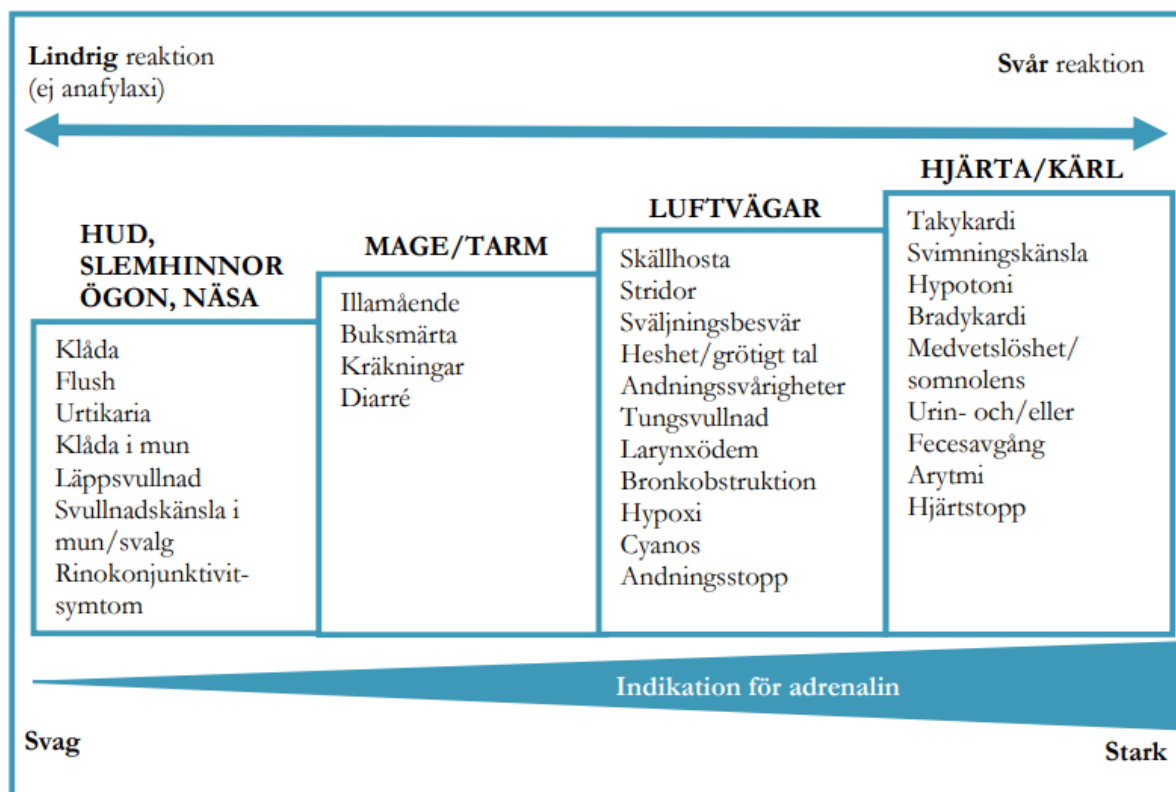
Symtom och tecken som kan förekomma vid anafylaxi är listade i tabellen nedan. Patienten kan också få allmänna ospecifika symtom såsom ångest, oro, förvirring och katastrofkänsla.

Tabell 1: symptom vid anafylaxi

<b>Hud/slemhinna</b>	<b>Mage/tarm</b>	<b>Luftvägar</b>	<b>Hjärta/kärl</b>
Klåda	Illamående	Stridor	Yrsel
Utslag/urtikaria	Kräkning	Skällande hosta	Svimmingskänsla/ svimning
Rodnad/värme- känsla/flush	Buksmärta	Heshet	Trötthet/ medvetandeförlust
Svullnad/angio- ödem (mun/tunga/ svalg)	Diarré	Andnöd/ökat andningsarbete/ökad andningsfrekvens	Takykardi/ bradykardi/ arytmi
Rinokonjunktivit (snuva/nästäppa, nysningar, röda ögon)		Ronki/ obstruktivitet	Urin/faecesavgång
		Hypoxi	Hypotension/chock
		Cyanos	Cyanos/blek hud
			Hjärtstopp

Intensiteten av de olika symtomen kan variera och indikationen för adrenalin är beroende på intensiteten, se figur nedan från Vårdprogrammet för anafylaxi. Tidig behandling med adrenalin är den viktigaste behandlingen vid anafylaxi och ska ges intramuskulärt, anterolateralt i låret. Förutom att stärka cirkulation och respiration samt motverka slemhinnesvullnad avbryter även adrenalin aktiveringen av effektorcellerna. Vid bronkobstruktion är tidig astmabehandling viktig.

Figur 1: symptom och indikation för adrenalinbehandling. Från Vårdprogram för anafylaxi (1).



## Tidsförlopp

Anafylaxi kännetecknas av ett akut insjuknande med snabb utveckling av symtom. I genomsnitt sker utveckling av symtom från andning och blodcirkulation 5 minuter efter att intravenöst läkemedel/infusion har givits/startats. Snabb symptomdebut och fler organ som engageras tidigt innebär större risk för allvarlig och/eller livshotande reaktion.

Efter att symtomen har avklingat helt kan svåra symtom återkomma efter 4 timmar, en så kallad bifasisk reaktion. Därför ska patienter vid anafylaxi observeras minst 4 timmar efter symptomfrihet. Vid bifasisk reaktion eller anafylaktisk chock rekommenderas förlängd observationstid, minst 12 timmar efter symptomfrihet.

## Orsaker

Anafylaxi kan dels uppkomma via en allergisk (IgE-medierad reaktion) och en icke-allergisk direkt aktivering av effektorcellerna mastceller och basofila granulocyter. Många onkologiska läkemedel (cellgifter, antikroppar, immunterapi, andra målinriktade terapier) kan orsaka anafylaxi och mekanismerna är inte alltid kända. Taxaner och platinum-preparat är de vanligaste cellgifterna som kan ge anafylaxi. Taxaner brukar ge reaktion vid kur 1-2 och platinum-preparat efter 6-7 kurer.

### Förberedelser

Autoinjektorer (EpiPen, 0,3 mg per dos) ska finnas tillgängliga på samtliga enheter och Junior EpiPen (0,15 mg per dos) på de enheter som vårdar barn. Regelbunden kontroll av utgångsdatum av dessa.

### Utrustning

Utrustning för inhalation. Tillgång till syrgas. Behandlingsstolar/sängar med ställbarhet för kroppspositionsändring utan uppresning av patient.

Autoinjektorer med adrenalin (se ovan). Övriga relevanta läkemedel (se tabell).

## Utförande

### Kontroller/initiala åtgärder och behandling vid misstänkt anafylaxi

**OBS! Vid hjärtstopp följ riktlinjer för HLR!**

<b>LARMA</b>
Stoppa pågående infusion, koppla loss behandlingen
Handläggning enligt ABCDE Kontroller: POX, AF, BT, Puls, Temp Kroppssposition baserat på symtom: <ul style="list-style-type: none"><li>- Om främst respiratorisk påverkan: uppesittande med höjda ben</li><li>- Om främst cirkulatorisk påverkan: liggande plant med höjda ben</li></ul> OBS! Res ej patienten upp!! Kan ge livshotande blodtrycksfall!
<b>GE ADRENALIN INTRAMUSKULÄRT</b>
Säkerställ fria luftvägar Ge syrgas 5-10 liter/min på mask <ul style="list-style-type: none"><li>- Vid cirkulatoriska symtom: ge Ringer Acetat iv</li><li>- Vid ronki/väsande andning: ge inhalation Salbutamol</li><li>- Vid stridor: ge nebuliserat adrenalin</li></ul>
<b>OM utebliven förbättring inom 5 minuter: UPPREPA ADRENALIN INTRAMUSKULÄRT</b>
<b>OM instabilitet respiratoriskt eller cirkulatoriskt trots 2 doser adrenalin och vätska iv: MIG-kontakt tel: 28888</b>

**När patienten är stabiliserad:**

1. **Symtomlindring av hud/slemhinnesymtom** såsom klåda/urtikaria/rodnad/rinokonjunktivit: ge antihistamin p.o i dubbel dos, Desloratadin 10 mg. OBS! Intravenös administration av antihistamin kan ge hypotoni och rekommenderas INTE vid anafylaxi.
2. **Vid astmasymtom:** ge stöddos Tabl Betapred 0,5 mg, 10 tabletter = 5 mg alternativt inj Betapred 4 mg/ml intravenöst 2 mg = 8 mg
3. **Provtagning:** serum-Tryptas tas 1-4 timmar efter symtomdebut (och basvärde > 24 timmar efter symtomfrihet, se uppföljning).
4. **Dokumentera** förlopp, symtom och vitalparametrar före och efter given behandling i journal

## Läkemedelsbehandling

Indikation	Läkemedel	Administrationssätt	Dos vuxna (för barn se separat tabell)	Effekt
Anafylaxi	Adrenalin autoinjektor (EpiPen) i första hand  I andra hand  Inj adrenalin 1 mg/ml	Intramuskulärt i lårets utsida	0,3 mg	Inom 5 min, kan upprepas efter 5 min vb
Stridor	Adrenalin 1 mg/ml	Inhalation i nebulisator	2 mg	Upprepa vb
Hypoxi	Syrgas	Mask eller grimma	5-10 l/min, eftersträva POX>95%	Omgående
Astma/ronki	Salbutamol 5 mg/ml	Inhalation i nebulisator	5-10 mg	Inom 15 min, upprepa vb
Hypotension eller allmänpåverkan	Ringer-Acetat	Intravenöst, snabb infusion	Efter behov, max 500 ml/bolus efterstäva normalt BT	Snabb vid tillräcklig volym, upprepa vb
Astma	T Betapred 0,5 mg  <i>Eller</i>  Inj Betapred 4 mg/ml	Per os (tuggas, sväljs hela eller löses i vatten)  Intravenöst	5 mg = 10 st  8 mg = 2 ml	Inom 2-3 timmar
Symtomlindring hud/slemhinnor	Icke-sederande antihistamin tex Desloratadin	Per os	10 mg (dubbel dos)	Inom 30-45 min
Om instabilitet cirkulatoriskt eller respiratoriskt trots 2 doser adrenalin intramuskulärt och iv vätska	KONTAKTA IVA- JOUR/MIG för diskussion innan admin!  EKG-övervakning, täta puls- och BT- kontroller  Inj Adrenalin 0,1 mg/ml OBS! Lägre styrka	Långsamt iv (5-10 minuter)	1 ml	Inom en minut, upprepa vb

## Dosering läkemedel barn

Läkemedel	Dos barn <15 kg	Dos barn 15-20 kg	Dos barn >20 kg
Adrenalin	Uträknad dos 0,01 mg/kg från ampull. När ej möjlighet finns ges autoinjektor 0,15 mg (junior EpiPen)	0,15 mg: autoinjektor (junior EpiPen)  I andra hand Inj adrenalin 0,15 mg från ampull 1 mg/ml	0,3 mg (autoinjektor EpiPen)  I andra hand Inj adrenalin 0,3 mg från ampull 1 mg/ml

Läkemedel	
Salbutamol nebuliserat	Barn ≥20 kg: 5 mg Barn <20 kg: 2,5 mg
Adrenalin nebuliserat 1 mg/ml	Barn >2 år: 2 mg Barn <2 år: 1 mg
Ringer-Acetat	Barn <25 kg: 10-20 ml/kg (max 500 ml bolus) iv, upprepa vid behov Barn >25 kg: 500 ml bolus, iv upprepa vid behov
T Betapred 0,5 mg <i>Eller</i> Inj Betapred 4 mg/ml	5 mg = 10 st  8 mg = 2 ml
Icke-sederande antihistamin tex Desloratadin	10 mg (dubbel dos)

Avsteg från styrdokumentet rapporteras i MedControlPRO.

## Uppföljning

Patienten ska observeras minst 4 timmar efter symtomfrihet. Vid svår anafylaxi (anafylaktisk chock eller bifasisk reaktion) ska patienten observeras minst 12 timmar efter symtomfrihet.

Behandling med antihistamin p.o 3 dagar efter reaktionen rekommenderas (Desloratadin 5 mg 1x1).

EpiPen behöver inte förskrivas till patienten då det är ett undvikbart läkemedel som patienten reagerat på.

För att utvärdera provtagningen med s-tryptas behövs ett baseline-prov som ska tas minst 24 timmar efter symtomfrihet. Tryptas kan endast användas för att bekräfta en anafylaxi, inte utesluta diagnosen. Tryptas kan vara under gränsvärdet (<11,4) men ändå bekräfta en anafylaxi om provet taget vid reaktionen är minst 20% + 2 ng/ml högre än basvärdet.

Om oklarheter kring diagnostiken kan allergologkonsult kontaktas.

Om anafylaxi konstateras ska detta föras in i journal och journalen varningsmärkas.

**Diagnoskoder:**

T88.6 Anafylaxi av (läkemedel)

Tilläggskod: Y57.9 Komplikation från (läkemedel)

Vid konstaterad anafylaxi är det inte lämpligt att återexponera patienten för läkemedlet. Meddela patientansvarig läkare för beslut om fortsatt behandling.

## Arbetsgrupp

Innehållsansvar: Anna Nilton (annni156), specialistläkare Onkologi

Granskad av: Teet Pulleritz (teepu), överläkare Allergologi

Godkänd av: Andreas Hallqvist (andha16), Verksamhetschef

## Källförteckning

### Referenser

SFFA – Nationellt vårdprogram anafylaxi (2024). Utarbetat på uppdrag av Svenska Föreningen För Allergologi (SFFA). Länk till dokumentet: [www.sffa.se](http://www.sffa.se).

Stöddokument Infusionsrelaterade reaktioner (IRR), Regionala CancerCentrum i Samverkan. Version 1.0. 2025-11-04. Länk till dokumentet: [Stöddokument Infusionsrelaterade reaktioner \(IRR\)](#)

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Verksamhet Onkologi

**Innehållsansvar:** Anna Nilton, (annni156), Specialistläkare

**Granskad av:** Anna Nilton, (annni156), Specialistläkare

**Godkänd av:** Andreas Hallqvist, (andha16), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SU9775-406090012-304

**Version:** 1.0

**Giltig från:** 2026-02-17

**Giltig till:** 2028-02-17