

Gäller för: Verksamhet Specialistmedicin, Allergimottagning Sahlgrenska

Giltig från: 2025-07-10

Innehållsansvar: Maria Petersen, (marwa43), Vårdenhetschef

Giltig till: 2027-07-02

Granskad av: Maria Petersen, (marwa43), Vårdenhetschef

Godkänd av: Therese Thorsson, (thelo2), Enhetschef

# Allergologi – Pricktest

## Förändringar sedan föregående version

Verksamhetsnamn korrigerat, Häst borttagen ur lista Standardpanel för screening.

## Sammanfattning

Rätt utförd, med adekvat testpanel och standardiserade testextrakt, har pricktestmetoden stort diagnostiskt värde eftersom korrelation mellan testresultat och klinisk allergi då når över 90 %. Pricktestning utgör också ett lämpligt tillfälle för kompletterande anamnesupptagning och för allergiinformation till patienten.

I pricktestprotokollet skall allergenextraktens styrka, tillverkare och ev. även batchnr. anges och resultaten signeras av testansvarig läkare eller allergisjuksköterska. Behandlande läkare bör helst närvara vid avläsningen. Anafylaxiberedskap får ej negligeras, men risken för uppkomst av anafylaktisk reaktion vid pricktestning bedöms som marginell. De få systemreaktioner som har rapporterats har varit i samband med födoämnesallergen, multipla starka djurallergen och ovanliga allergen.

## Bakgrund och syfte

Hudtest, vanligen pricktest, används för påvisande av allergenspecifika IgE-antikroppar fixerade till hudens mastceller. Förutsättningen för optimalt testresultat är att allergenextraktet har rätt styrka och innehåll av relevanta allergen. Allergenaktiviteten i extraktet och graden av sensibilisering hos patienten avgör testresultatet. Pricktestning utförs säkrast med standardiserade allergenextrakt även om man med pricktestmetodik också har möjlighet till ”improvisationer” med ovanligare allergenmaterial (frukter, grönsaker, växter etc.).

## Förutsättningar

Läkare och sjuksköterskor inom Allergimottagningen, verksamhet, Specialistsmedicin, Område 6, Sahlgrenska Universitetssjukhuset ansvarar för att utföra arbetet enligt gällande rutin.

Sektionschefen och vårdenhetschefen ansvarar för att rutinen är känd och följs.

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

## Utförande

### Läkemedel

Positiva pricktestreaktioner kan släckas ut farmakologiskt. Därför skall antihistaminer utsättas 5 dygn före testtillfället (beroende på preparatets halveringstid). Behandling med kortison i hög dos liksom med sederande, t.ex. bensodiazepiner, och antidepressiva medel kan även minska reaktiviteten. Pricktest skall inte utföras i eksematös hud eller på en patient med pågående urticaria eller dermografism. Se för övrigt schemat ”Utsättande av läkemedel”.

### Praktiskt utförande av pricktest

Pricktest utförs lämpligen på underarmens volarsida minst 4–5 cm från armbågs- respektive handledsveckan. Huden behöver inte rengöras. På hud smörjd med salva eller fet kräm försvåras droppapplikationen. Extrakt dropparna placeras i rader med minst 3–4 cm mellanrum i maximalt 3 längsgående rader. Allergenets införs ytligt genom att droppen prickas med en speciell lansett i 90° vinkel mot hudytan. Man bör eftersträva att föra ner nålspetsen i huden med samma tryck varje gång. I speciella fall kan huden på övre ryggbakpartiet användas. Så kan exempelvis vara lämpligt vid pricktestning i standardiseringssyfte.

### Testpanel

För screening rekommenderas en begränsad panel på cirka 10 extrakt som tillsammans representerar de vanligaste luftvägsallergenerna. Dessa täcker utredningsbehovet i mer än 75 % av fallen. För utredning av ovanligare allergier, exempelvis yrkesallergier och födoämnesallergi krävs specialpaneler.

För screeningspanelen finns välstandardiserade extrakt att tillgå i biologiskt deklarerad styrka

(10 HEP=10 000 BE). 1 HEP = genomsnittliga kvaddelstorleken av 1 mg histamin/ml.

### **Standardpanel för screening:**

D pteronyssinus

D farinae

Cladosporium

Asp fumigatus

Hund

Katt

Timotej

Gråbo

Björk

## **Avläsning**

Avläsning av kvaddelreaktioner och omgivande rodnad skall ske efter 15 minuter.

Reaktionens styrka graderas i ett plus-system genom jämförelse med en histaminreferens (10 mg/ml) vars yttorlek anges till +++. En kvaddel som har en dubbelt så stor yta som histaminreferensen graderas till +++, är kvaddeln hälften så stor som referensen graderas den till ++. Är kvaddeln en fjärdedel så stor graderas den till +. Detta graderingssystem har rekommenderats av Nordisk Förening för Allergiforskning 1978.

Histaminkvaddelns medeldiameter bör vara minst 5 mm. Om dess diameter blir mindre än 5 mm kan orsaken vara att patienten är farmakologiskt histaminsupprimerad. Trycks lansetten ner för lätt blir kvaddlarna för små, är man för hård på handen kan de bli stora. Testtekniken kan prövas genom att man på en försöksperson prickar på 10 ställen med histaminreferensen. Variationskoefficienten för kvaddlarnas diameter bör med god teknik ligga ner mot 20 %.

I vissa fall, bland annat i forskningssammanhang, kan största och minsta diametern för kvaddel och ev erythem anges i millimeter. Vidare kan positiva reaktioner avritas på huden med kulspetspenna och dokumenteras genom avtryck på en tape, gärna dokumentbeständig, som sedan fästs på testprotokollet. Senreaktioner (efter 4–6 timmar) kan förekomma och vid misstanke härom bör patienten återkomma för avläsning. Senreaktionen får ses som en sen fas av den IgE-förmedlade vävnadsreaktionen och kan tala för kraftig sensibilisering

## 1. Positiva reaktioner

- a. IgE-förmedlade, allergenspecifika pricktestreaktioner ger upphov till typiska upphöjda vitaktiga kvaddlar med tydlig avgränsning till en omgivande rodnad. Klinisk relevans föreligger ofta när kvaddeldiametern är minst 3 mm eller mer än +. Kvaddlar med storlek under denna gräns är också specifika under förutsättning att de omges av en rodnad. Sannolikheten för att en reaktion <3 mm har betydelse för patientens allergibesvär är dock betydligt mindre. Generellt gäller att ju större den specifika kvaddelreaktionen är desto större är sannolikheten för att allergenet i fråga har betydelse för patientens besvär. Positiva reaktioner förekommer dock ibland som ”minnesmärken” efter tidigare klinisk relevant allergi, till exempel under barndomen.
- b. Ospecifika icke IgE-förmedlade pricktestreaktioner kan ha typiskt kvaddelutseende men saknar ofta omgivande rodnad. Sådana reaktioner kan ses hos patienter med dermografism och hos patienter med spontan komplementaktivering. I dessa fall reagerar huden mer eller mindre starkt för alla testextrakt.

Ospecifik, ”falsk” reaktion kan även uppstå vid testning med ett orent extrakt i hög koncentration, med extrakt av vävnadsretande substanser, kemikalier etc och med allergena toxiner i för hög koncentration exempelvis bi- och getinggift. Vid pricktestning med denna typ av extrakt måste därför den ”ospecifika irritationseffekten” kontrolleras på flera icke-allergiska personers hud.

## 2. Negativa reaktioner kan ha följande orsaker:

- a. Patienten är ej sensibiliserad. Härmed kan med stor säkerhet allergenet uteslutas som orsak till patientens besvär. Detta är en viktig diagnostisk information!
- b. Testextraktets allergenkonzentration är för låg för att framkalla en reaktion. Risken för en sådan falskt negativ reaktion är störst hos en låggradigt sensibiliserad patient. Observera att även vid låggradig sensibilisering kan allergenet i fråga ha klinisk betydelse för patientens sjukdom (exempelvis hundallergisk astmatiker som har hund).
- c. Patientens hudreaktivitet är nedsatt på grund av farmakologisk påverkan eller testaren har prickat för lätt (se ovan).

## Avsteg från rutin

Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Melior om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControlPRO, där aktuell linjeförord ansvarar för utredning, åtgärd och uppföljning.

### **Uppföljning**

Uppföljning, utvärdering och revidering av rutindokumentet ska ske vid behov, dock senast två år efter godkännande. Ansvar för revidering har sektionschefen eller av denne utsedd person.

## Relaterad information

Se för övrigt schemat i ”Allergologi - Utsättande av läkemedel före hudtest”.

## Arbetsgrupp

Rutinen framtagen av: Monica Arvidsson, Överläkare allergologi, Yvonne Andersson, sjuksköterska Allergimottagningen, Yvonne Bäckberg, sjuksköterska Allergimottagningen

Denna version reviderad av: Maria Petersen, vårdenhetschef Allergimottagningen.

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Verksamhet Specialistmedicin, Allergimottagning  
Sahlgrenska

**Innehållsansvar:** Maria Petersen, (marwa43), Vårdenhetschef

**Granskad av:** Maria Petersen, (marwa43), Vårdenhetschef

**Godkänd av:** Therese Thorsson, (thelo2), Enhetschef

**Dokument-ID:** SU9788-135611145-130

**Version:** 7.0

**Giltig från:** 2025-07-10

**Giltig till:** 2027-07-02