UGESKRIFT FOR LÆGER

Kasuistik

Anafylaktisk shock under fødsel

Katrine Packert Hebert[1*], Kathrine Schmidt Grønbek[2*], Noor Saudi Mohamed Al-Saudi[1], Janne Foss Berlac[3], Reneé Anita Bøgeskov[2], Anette Kjærbye-Thygesen[1] & Lene Heise Garvey[4, 5]

1) Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling, Københavns Universitetshospital – Hvidovre Hospital, 2) Afdeling for Bedøvelse, Operation og Intensiv Behandling, Københavns Universitetshospital – Herlev Hospital, 3) Afdeling for Kvindesygdomme, Graviditet og Fødsler, Københavns Universitetshospital – Herlev Hospital, 4) Afdeling for Allergi, Hud- og kønssygdomme, Allergisygdomme, klinik 1, Københavns Universitetshospital – Herlev og Gentofte Hospital, 5) Institut for Klinisk Medicin, Københavns Universitet

Ugeskr Læger 2026;188:V09250718. doi: 10.61409/V09250718

Anafylaksi er en sjælden, men akut og potentielt livstruende allergisk reaktion med organpåvirkning. Symptomer omfatter udslæt, kløe, hævelser og bronkospasme samt takykardi, hypotension og evt. kardiovaskulært kollaps med hjertestop. Den primære behandling er intramuskulær adrenalin, ilt og i.v.-væske samt at stoppe mistænkte udløsende agens [1].

Under graviditet og fødsel er placentaperfusionen og fosterets ilttilbud afhængig af den maternelle cirkulation. Maternel hypotension skal derfor behandles hurtigt, da det kan medføre truende intrauterin asfyksi, og i værste fald hypoksisk iskæmisk encefalopati eller fosterdød [2]

Forekomsten af anafylaksi under graviditet og fødsel er lav med 1,5-2,7 cases pr. 100.000 fødsler [3].

Vi præsenterer her to sygehistorier med diagnostiske udfordringer ved anafylaksi i relation til fødsel, formodet udløst af lægemidler.

Sygehistorier

I

31-årig kvinde, nullipara uden kendt lægemiddelallergi, spontant indsættende fødsel gestationsalder (GA) 40+3. Se forløbet i **Tabel 1**.

Open Access under Creative Commons License CC BY-NC-ND 4.0

TABEL 1 Tidslinje for sygehistorier.

SYGEHISTORIE I	
Kl. 13.30	CTG med føtal takykardi. På grund af maternel febrilia og mistanke om chorioamnionitis gives i.v.-cefuroxim 1,5 g. Få minutter senere udvikler mater kløende universelt udslæt, som behandles med clemastin 2 mg i.v., og cefuroxim seponeres. Ingen symptomer fra luftveje eller kredsløb
Kl. 13.34	Føtal bradykardi på CTG. Intrauterin resuscitering med salbutamol 0,25 mg i.v. med god effekt
Kl. 14.09	Lav skalp-pH 7,11, og på grund af truende føtal asfyksi meldes sectio grad 2
Kl. 14.10	Maters blodtryk 131/66 og puls 89. Spinalanæstesi anlægges 10 mg bupivacain tung + 2,5 µg sufentanil. Phenylephrininfusion startes til systole inden for 90% af udgangsblodtryk
Kl. 14.30	Forløsning af barn med fuld apgarscore og navlesnors-pH 7,20. Blødning 200 ml. Phenylephrininfusion udtrappes
Kl. 14.50	1 time og 20 min efter indgift af i.v.-cefuroxim: svær hypotension og takykardi hos mater. Trods genopstart af phenylephrininfusion suppleret med noradrenalininfusion og væskebolus i.v. tiltagende hæmodynamisk påvirkning med blodtryk 60/40 og puls 150. På mistanke om anafylaktisk shock gives adrenalin 0,3 mg i.m. × 2 samt adrenalin i.v. 0,025 mg, og patienten stabiliseres
Kl. 16.15	Serum tryptase markant forhøjet 40,3 µg/l i forhold til baseline tryptase 4,12 µg/l, foreneligt med anafylaksi
	Patienten observeres i intensivt regi og udskrives velbefindende næste dag
SYGEHISTORIE II	
Kl. 02.20	Ankomst på fødestue, mater kommer i badekar og infusion af profylaktisk benzylpenicillin 3 g startes på grund af GBS. Seks måneder før havde patienten fået p.o. phenoxymethylpenicillin for urinvejsinfektion uden allergisk reaktion
Kl. 02.25	5 min. efter opstart af antibiotika: opkast, flimren for øjnene, svimmelhed, utilpashed og slaphed. Fosterbradykardi og mater løftes op af badekar, og antibiotika stoppes. Intern CTG-registrering viser præterminal hjertelydskurve med FHR 75-78 og ophørt variabilitet. Mater tiltagende sløv, men svarer relevant. Automatisk blodtryksmåling ikke muligt. Ingen respiratoriske symptomer eller hududslæt, og anafylaksi vurderes usandsynligt. Navlesnorsfremfald udelukkes
Kl. 02.37	Grad 1 sectio (forløsning < 15 minutter) på grund af vedvarende fosterbradykardi og mistanke om obstetrisk katastrofe. Under transport til OP måles blodtryk 60/43. På grund af vedvarende hypotension under sectio mistanke om anafylaksi hos mater og indgift af adrenalin 0,5 mg i.m., clemastin 2 mg og methylprednisolon 80 mg. Kredsløbet stabiliseres på phenylephrininfusion 50 ml/t og refrakte i.v. boli adrenalin 10 µg p.n.
Kl. 02.50	13 minutter efter melding forløses et svært asfyktisk barn, apgarscore 1/1 og 1/5. Navlesnorsarterie-pH var 6,60 (normalværdi ≥ 7,10). Barnet bliver intuberet og overflyttet til neonatalafdeling. Barnet dør to dage gammel
Kl. 04.38	Serum tryptase taget 2 timer og 13 minutter efter debut af hypotension var forhøjet 17,4 µg/l i forhold til baseline tryptase 3,99 µg/l, foreneligt med anafylaksi
	Patienten observeres og udskrives velbefindende to dage post partum

CTG = kardiotokografi; FHR = fetal heart rate; GBS = gruppe B-streptokokker; OP = operationsstue.

II

Open Access under Creative Commons License CC BY-NC-ND 4.0

31-årig kvinde, para 2 uden diagnosticeret med lægemiddelallergi, spontant indsættende fødsel GA 41+4. Bærer af gruppe B-streptokokker (GBS), men i øvrigt ukompliceret graviditet. Se forløbet i Tabel 1.

Diskussion

Anafylaksi under graviditet og fødsel kan være fatalt for både mor og foster, og diagnosen kan være svær at stille, da symptomerne kan ligne akutte obstetriske tilstande såsom uterusruptur, placentaløsning, amnionemboli eller alternativt være en bivirkning til nyanlagt neuroaksialblokade.

I sygehistorie I mistænkte man, at anafylaksi var udløst af cefuroxim givet tidligere i forløbet på grund af det universelle udslæt. Det er atypisk, at tilstanden progredierer til anafylaksi lang tid efter i.v.-indgift. Typisk vil anafylaktisk shock opstå inden for minutter og senest 15 minutter efter i.v.-indgift [4]. I denne case udviklede mater anafylaktisk shock 80 minutter efter indgift. Patienten er ikke færdigudredt, men indledende tests for cefuroxim har været negative, og der er planlagt testning af alle andre eksponeringer forud for reaktionen.

I sygehistorie II vanskeliggjorde flere faktorer anafylaksidiagnosen. Patienten debuterede med opkastning, utilpashed og slaphedsfornemmelse, men uden typiske allergisymptomer fra luftveje eller hud. Manglende hudmanifestationer kan forklares ved distal vasodilation på grund af varmt vand, som kan have maskeret udslættet. Hudsymptomer ses dog kun i 80% af tilfældene med anafylaksi og er således ikke et obligat symptom for diagnosen. Den begrænsede mulighed for monitorering af mater samt problemerne med at få hende op af karret på grund af slaphed har givet anledning til diskussion om ændring af lokal instruks, så fødende skal op af evt. badekar ved indgift af i.v.-antibiotika, så monitorering og observation optimeres. Det er desuden vigtigt at være opmærksom på, at »målefejl« ved blodtryksmåling kan skyldes umåleligt lavt blodtryk. I situationer med en akut dårlig mater og umålelige vitalparametre bør anæstesipersonale tilkaldes med henblik på hurtig resuscitation af mater.

Anafylaksi blev vurderet usandsynlig i den akutte situation, da patienten havde tålt penicillin seks måneder tidligere og ikke frembød de klassiske symptomer. Allergisk sensibilisering kan dog forekomme når som helst og er ofte asymptomatisk som i dette tilfælde. Anafylaksi kan derfor ikke udelukkes på baggrund af tidligere tålt eksponering.

Anafylaksi bør være in mente hos alle, der administrerer og/eller ordinerer medicin. Uddannelse af personale i tidlig erkendelse og behandling af anafylaksi bør foretages løbende.

Korrespondance *Katrine Packert Hebert*. E-mail: katrine@herbert.dk

*) delt førsteforfatterskab

Antaget 11. november 2025

Open Access under Creative Commons License CC BY-NC-ND 4.0

Publiceret på ugeskriftet.dk 2. februar 2026

Interessekonflikter ingen. Alle forfattere har indsendt ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest. Disse er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2026;188:V09250718

doi 10.61409/V09250718

Open Access under Creative Commons License CC BY-NC-ND 4.0

SUMMARY

Anaphylactic shock during labour

Anaphylaxis is a severe, potentially life-threatening allergic reaction that can occur rapidly and affect multiple organ systems. During pregnancy, fetal oxygen supply is dependent on sufficient uteroplacental perfusion, which can be compromised during anaphylactic shock. We present two cases of anaphylactic shock during labour, highlighting that early recognition and prompt treatment are key to a successful outcome. Furthermore, regular training of healthcare professionals is essential.

REFERENCER

1. Skamstrup K, Garvey LH, Bindslev-Jensen C, et al. Anafylaksi hos børn og voksne . Ugeskr Laeger. 2020;182:V07200537. https://ugeskriftet.dk/videnskab/anafylaksi-hos-born-og-voksne
2. Simonsen Straarup T, Bang U. Behandling af anafylaksi hos gravide. Ugeskr Laeger. 2017;179:V11160786. https://ugeskriftet.dk/videnskab/behandling-af-anafylaksi-hos-gravide
3. Simionescu AA, Danciu BM, Stanescu AMA. Severe anaphylaxis in pregnancy: a systematic review of clinical presentation to determine outcomes. J Pers Med. 2021;11(11):1060. https://doi.org/10.3390/jpm11111060
4. Christiansen IS, Krøigaard M, Mosbech H, et al. Clinical and diagnostic features of perioperative hypersensitivity to cefuroxime. Clin Exp Allergy. 2015;45(4):807-814. https://doi.org/10.1111/cea.12455