

## Adrenalin og immunterapi ved allergi for insektgift

Allergi for insektgift kan give alvorlige og i sjældne tilfælde fatale reaktioner, som beskrevet i dette nummer af Ugeskrift for Læger [1]. Immunterapi med relevant insektgift er en vigtig behandling, som for de fleste allergikere kan reducere risikoen for sådanne reaktioner til et niveau, hvor adrenalin til selvadministration ikke længere er nødvendig. Forfatterne har fokus på vigtigheden af, at man medbringer sin adrenalin-sprøjte, hvis man har fået ordineret en sådan. Der kan være flere grunde til, at det ikke sker. Grunde, som den ordinerende læge bør være opmærksom på, så risikoen for komplianceproblemer kan reduceres.

Sygehistorien i [1] efterlader to meget store ubesvarede spørgsmål: Hvorfor beskyttede den »tilfredsstillende« immunterapi (allergivaccination) med insektgift ikke, og hvorfor var patienten udstyret med adrenalin? Immunterapi med hvepsegift beskytter mod systemiske reaktioner hos 95% af allergikerne, og hos resten vil reaktionerne have samme sværhedsgrad eller være mildere end ved den oprindelige reaktion [2]. Det betyder, at de fleste patienter ikke behøver en adrenalin-sprøjte, når de er nået til vedligeholdelsesdosis. Visse patienter har imidlertid øget risiko for »behandlingssvigt«. De skal udstyres med adrenalin. Det gælder biavlere, som jo har risiko for multiple stik, og personer med forhøjet P-tryptase-koncentration. Tryptase frigøres fra mastceller ved allergiske reaktioner sammen med bl.a. histamin, og koncentrationen er ofte forhøjet lige efter anafylaktiske reaktioner, men forhøjede basale værdier har vist sig at øge risikoen for sværere allergireaktioner på insektstik og for en lidt ringere effekt af immunterapi. P-tryptasekoncentration bør derfor måles hos alle ved udredning for insektstikallergi. Adrenalin-sprøjte må også overvejes til visse andre, f.eks. til dem, hvor et evt. »behandlingssvigt« kan give særligt kraftige reaktioner. Det er tilfældet for patienter, der er i behandling med betablokker og måske angiotensin-konverterende enzym-hæmmer, eller personer, der har haft svær kredsløbspåvirkning i forbindelse med stik.

Allergivaccination i fem år synes at beskytte bedre end tre års behandling. Det anbefales, at patienter med mastocytose og/eller signifikant forhøjet tryptasekoncentration fortsætter deres behandling livslangt.

Patienter, der er udstyret med en adrenalin-sprøjte, har dårligere livskvalitet end patienter, der

har fået immunterapi med insektgift [3]; formentlig fordi de konstant mindes om deres allergi. Det skal altid understreges, at adrenalin kun skal tages, hvis der kommer symptomer på blodtryksfald eller påvirket vejtrækning – og at dette langtfra altid vil ske ved stik i fremtiden. Det kan mindske behovet for fortrængning.

Det er grænseoverskridende/angstprovokerende for de fleste at skulle give sig selv en indsprøjtning. Der kan være usikkerhed om teknik og doseringstidspunkt samt frygt for bivirkninger. Derfor må en ordination ledsages af en grundig instruktion. De to præparater, der findes på det danske marked, har demonstrationssprøjter uden kanyler. De bør indgå i den obligatoriske instruktion. Der er udviklet en mere handy og mindre adrenalin-sprøjte med indbygget stemme, der vejleder i anvendelsen [4]. Den er dog endnu ikke tilgængelig i Danmark.

Patienten skal forstå, at adrenalin-sprøjten ikke kan stå alene. Er der brug for sprøjten, skal der også kaldes 112 (og ikke efter en ægtefælle, som i sygehistorien i [1]). Patienten skal lægge sig ned ved tegn på blodtryksfald. Siddende stilling har været en vigtig medvirkende faktor til dødsfald ved anafylaksi [5].

Patienterne skal gøres opmærksom på adrenalin-sprøjternes begrænsede holdbarhed, ligesom de må forberedes på prisen. Sprøjterne skal beskyttes mod lys, må ikke ligge i køleskab, og et af de to produkter må ikke opbevares ved temperaturer over 25 grader.

Det er selvfølgelig vigtigt, at en ordineret adrenalin-sprøjte medbringes, og chancen for, at det sker, øges, hvis der gives passende instruktion i både anvendelsen og patientens egen anafylaksihåndtering, men det er endnu vigtigere at få patienten passende undersøgt, så en relevant immunterapi kan gennemføres. I den forbindelse bør alle patienter have målt P-tryptasekoncentration, så der kan sikres en passende langvarig immunterapi til risikopatienterne.

### LITTERATUR

1. Mark CK, Grøfte T, Shim J. Fatal udgang efter hvepsestik hos allergiker. Ugeskr Læger 2015;177:V12140662.
2. Golden DB, Moffitt J, Nicklas RA et al. Stinging insect hypersensitivity: a practice parameter update 2011. J Allergy Clin Immunol 2011;127:852-4.
3. Oude Elberink JN, Dubois AE. Quality of life in insect venom allergic patients. Curr Opin Allergy Clin Immunol 2003;3:287-93.
4. Guerlain S, Wang L, Hugine A. A comparison of 4 epinephrine autoinjector delivery systems: usability and patient preference. Ann Allergy Asthma Immunol 2010;104:172-7.
5. Pumphrey RS. Fatal posture in anaphylactic shock. J Allergy Clin Immunol 2003;112:451-2.

### LEDER

Holger F. Mosbech

Ugeskr Læger

2015;177:V67467

### KORRESPONDANCE:

Holger F. Mosbech,  
Klinik for allergi,  
Gentofte Hospital,  
Kildegårdsvej 28,  
2900 Hellerup.  
E-mail: holger.fausboell.  
mosbech@regionh.dk

**INTERESSEKONFLIKTER:**  
Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med lederen på Ugeskriftet.dk