

# Fatal udgang efter hvepsestik hos allergiker

Cecilie Kjærholm Mark<sup>1</sup>, Thorbjørn Grøfte<sup>1</sup> & Jeong Shim<sup>2,3</sup>

## KASUISTIK

1) Anæstesiologisk og intensiv Afdeling, Regionshospitalet Randers

2) Institut for Klinisk Medicin, Aarhus Universitet

3) Medicinsk Afdeling, Regionshospitalet Randers

Ugeskr Læger  
2015;177:V12140662

Hurtig og korrekt behandling af anafylaktiske reaktioner kan forhindre fatal udgang. Insektallergi er en overfølsomhedsreaktion over for insektgift. Overfølsomhedsreaktionen optræder efter insektstik hos patienter, som tidligere er blevet sensibiliseret, og den kan udvikle sig fra lokal hævelse til et fatalt fulminant anafylaktisk shock. Det drejer sig primært om gift fra honningbi og hveps, sjældnere stor gedehams og humlebi. Systemiske reaktioner efter insektstik ses med en prævalens på ca. 1% [1]. Fatal udgang forekommer i Danmark med en incidens på 0,5-1,0 pr. million indbyggere, svarende til 1-2 dødsfald om året [2]. Intramuskulær adrenalininjektion er den primære behandling af patienter med anafylaktiske symptomer. Patienter, der indlægges med svær anafylaktisk reaktion efter insektstik, bør modtage grundig information og henvises til videre allergologisk vurdering [3]. Desuden bør de udskrives med en adrenalinautoinjektor (AAI) til fremtidigt brug.

## SYGEHISTORIE

En 68-årig mand blev indbragt til sygehuset efter vellykket genoplivning. Han havde tidligere haft anafylaktisk reaktion efter hvepsestik, hvorfor han havde gennemgået allergologisk udredning, tilfredsstillende allergivaccination mod hveps og fået udskrevet en AAI til fremtidigt brug.

I forbindelse med den aktuelle hændelse var han blevet stukket af en hveps, mens han havde lavet havearbejde. Han havde ikke sin AAI hos sig, hvorfor han, så vidt oplystes, kontaktede hustruen telefonisk



og bad hende om at komme med AAI'en. Hustruen ankom 25 minutter senere til skadestedet og fandt ham bevidstløs. Hun ringede 112, og få minutter efter ankom en lægebil og en ambulance. Patienten havde klinisk hjertestop, og redningspersonalet påbegyndte avanceret genoplivning. Efter 16 min genandt han spontant cirkulationen.

Han blev intuberet og bragt til sygehuset. Under transporten fortsatte yderligere behandling med adrenalin, antihistokortikosteroid og væske. Han blev indlagt i intensivt regi med henblik på stabilisering og hypotermibehandling. En ekkokardiografi viste god venstre ventrikel-funktion uden regional hypokinesi. Der blev foretaget bred biokemisk screening inkl. måling af P-tryptaseniveauet. Efter endt hypotermibehandling var patienten fortsat komatøs. Man vurderede, at han havde pådraget sig en svær anoksisk hjerneskade. Yderligere behandling blev indstillet, og han gik herefter stille ad mortem. P-tryptase viste sig at være umåleligt forhøjet.

## DISKUSSION

Anafylaksi er defineret ved at være en akut indsættende og potentielt livstruende systemisk hypersensitivitetsreaktion. Forløbet er oftest hurtigt og kan manifestere sig i form af svære symptomer fra bl.a. luftveje, vejrtrækning og kredsløb. Påvisning af forhøjet P-tryptaseniveau kan anvendes til at underbygge diagnosen anafylaksi, idet tryptase frigives fra de aktiverede mastceller [3]. Fatal udgang som følge af anafylaksi efter insektstik er ofte forbundet med en manglende, forsinket eller inadækvat adrenalinadministration [4]. Flere studier har vist mangelfuld compliance i korrekt brug og opbevaring af AAI'en. Det anslås, at 50-75% af de patienter, som har fået recept på en AAI, bærer den på sig. Heraf kan 30-40% foretage korrekt administration [5]. Dette vidner om et øget behov for en bedre patientuddannelse. I rekommandationer fra det Europæiske Selskab for Allergi og Immunologi anbefales det, at patienter bør modtage en individualiseret, mundtlig og skriftlig handlingsplan for håndtering af og forebyggelse af nye anafylaktiske episoder (Tabel 1). Denne bør indeholde råd om undgåelse af allergeneksposition samt instruktion i genkendelse og håndtering af symptomer på anafylaksi. Patienterne bør uddannes i korrekt administration af AAI'en og informeres om, at AAI'en skal bæres



TABEL 1

Elementer i langsigtet håndtering af anafylaksi efter insektstik. Frit udarbejdet efter [5].

Allergologisk udredning
Allergivaccination
Individualiseret mundtlig og skriftlig handlingsplan
Undgåelse af allergeneksposition
Symptomer på anafylaksi
Primærbehandling af anafylaksi
Adrenalinautoinjektor
Grundig information
Instruktion i anvendelse
Gentagelse af informationer efter behov
Inddragelse af pårørende når muligt

kontinuerligt. Øget fokus bør især rettes mod yngre voksne patienter, idet de oftest har mangelfuld compliance. Hvis det er muligt, bør patientens pårørende

inddrages på lige fod. Evidensgrundlaget for ovenstående rekommandationer er generelt mangelfuldt. Det baseres på deskriptive før og efter-studier, kasuistikker og ekspertkonsensus. Stærkest er evidensen for udarbejdelse af individuelle handlingsplaner [5]. Der er derfor fortsat behov for nye studier, hvor indholdet og effekten af den individualiserede patientuddannelse belyses.

**KORRESPONDANCE:** Cecilie Kjærholm Mark, Anæstesiologisk og Intensiv Afdeling, Regionshospitalet Randers, Skovlyvej 1, 8930 Randers NØ. E-mail: cecimark@rn.dk

**ANTAGET:** 28. januar 2015

**PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK:** 20. april 2015

**INTERESSEKONFLIKTER:** Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

#### LITTERATUR

1. Mosbech H. Anaphylaxis to insect venom. *Novartis Found Symp* 2004;257:177-88.
2. Mosbech H. Death caused by wasp and bee stings in Denmark 1960-1980. *Allergy* 1983;38:195-200.
3. Malling H, Skamstrup Hansen K, Heise Garve L. Anafylaksi. *Ugeskr Læger* 2014;176:V12130730.
4. Kemp S, Lockey R, Simons F. Epinephrine: the drug of choice for anaphylaxis. *World Allergy Organ J* 2008;1(suppl 2):518-26.
5. Muraro A, Roberts G, Worm M et al. Anaphylaxis: guidelines from the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. *Allergy* 2014;69:1026-45.

## Prævalens af demens i Danmark

Kasper Jørgensen<sup>1</sup> & Gunhild Waldemar<sup>1,2</sup>

Demens udgør en voksende samfundsmæssig udfordring, men antallet af personer med demens i Danmark kendes ikke med sikkerhed. Demensdiagnoser registreres i Landspatientregisteret og Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister, der ikke dækker primærsektoren. Demens er knyttet til bl.a. alder, og da ældrebefolkningen forventes at vokse i de kommende årtier, forventes også prævalensen af demens at stige. Realistiske prævalensestimater og fremskrivninger kan understøtte, at sundhedsvæsenet har brug for den nødvendige kapacitet til at udrede og behandle det stigende antal patienter samt gøre det lettere at vurdere behovet for f.eks. plejeboliger og kommunale serviceydelser. Formålet med artiklen er at udforme estimater for den nuværende prævalens af demens (april 2014) i Danmark og at foretage fremskrivninger frem til 2030. Estimater og fremskrivninger beregnes ved at kombinere alders- og kønsspecifikke prævalensrater fra oversigtsarbejder om prævalens af demens i vesteuropæiske lande [1, 2] og et dansk studie [3] med data fra Danmarks Statistik om ældrebefolkningens størrelse, alders- og kønsfordeling samt forventet demografisk udvikling.

Sundhedsstyrelsen anslår, at prævalensen af demens i Danmark var ca. 87.000 pr. januar 2012 og vil være stigende til ca. 130.000 i 2030 [4]. Stigningen drives dels af en øget mellevealder, dels af efterkrigsårenes store fødselsårgange. I et dansk prævalensstudie, odenseundersøgelsen, der fandt sted i 1992, fandt man en samlet prævalens på 7,1% for aldersgruppen 65-84 år [3]. Prævalensestimater omfattede også personer med *questionable* demens ifølge Clinical Dementia Rating-skala, der her blev kaldt »meget let demente«. Prævalensraten for meget let demens var 2,8%. Fratrækkes disse personer, var den samlede prævalens for 65-84-årige i odensestudiet 4,3%. I et dansk registerstudie af udviklingen i diagnosticering af demens i perioden 1970-2004 baseret på data fra Landspatientregisteret og Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister fandt man, at 3,76% (95% konfidens-interval: 3,72-3,80%) af de 65+-årige var registreret med en demensdiagnose i 2004 [5]. I studiet præsenterer man alders- og kønsspecifikke registerrater for aldersintervallet 40-90+ år for 2003, hvilket næppe afspejler den faktiske prævalens. Registerraterne udgør heller ikke et entydigt

#### STATUSARTIKEL

1) Nationalt Videnscenter for Demens, Neurologisk Klinik, Neurocentret, Rigshospitalet  
2) Institut for Klinisk Medicin, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet

Ugeskr Læger  
2014;176:V06140325