

Oversikt over de viktigste medikamentene i behandling av anafylaktiske reaksjoner

Adrenalin

Adrenalin er førstelinjebehandling ved anafylaksi.

Adrenalin er livreddende på grunn av at det har:

- 1) alfa-1 adrenerg agonisteffekt som gir vasokonstriksjon i de fleste organsystemer. Det forebygger og lindrer luftveisobstruksjon forårsaket av slimhinneødem og forebygger og lindrer hypotensjon og sjokk.
- 2) beta-1 adrenerg agonisteffekt som fører til at hjertets sammentrekninger blir hurtigere og kraftigere
- 3) beta-2-adrenerg agonisteffekt som fører til bronkodilatasjon og lindring av urtikaria (1, 2)

Det er ingen absolutte kontraindikasjoner for bruk av adrenalin ved anafylaksi.

Internasjonale retningslinjer påpeker at Adrenalin brukes altfor sjelden som førstehåndsmiddel ved anafylaktiske reaksjoner (1,2).

Beta-2 adrenerge agonister (f.eks. salbutamol og terbutalin)

Kan gis som ekstra behandling for dyspné og hoste som ikke lindres av adrenalin. Må ikke erstatte adrenalin da de ikke hindrer eller lindrer larynksødem og øvre luftveisobstruksjon, hypotensjon eller sjokk (1,2).

Glukokortikoider (f.eks. hydrokortison, metylprednisolon, deksametason)

Det vil ta flere timer før glukokortikoider gir noen effekt. Glukokortikoider kan derfor ikke lindre de akutte symptomene som oppstår etter anafylaktisk reaksjon. De kan potensielt lindre langvarige og forhindre tilbakevendende anafylaktiske reaksjoner. En systematisk gjennomgang fra Cochrane-samarbeidet klarte ikke å finne noen randomisert klinisk utprøving som kan bekrefte effekt av glukokortikoider i behandling av anafylaksi. Forskerne er bekymret over at glukokortikoider ofte blir feilaktig brukt som første-linjebehandling i stedet for adrenalin (1,2,4).

H1-reseptorantagonister (antihistaminer som f.eks. dekslorfeniramin)

Ved anafylaksi, kan antihistaminer lindre kløe, rødme, urtikaria, angioødem og symptomer fra nese og øyne. Antihistaminer skal ikke erstatte adrenalin da de ikke er livreddende. De forebygger og lindrer ikke obstruksjon i øvre luftveier, hypotensjon eller sjokk. I en systematisk gjennomgang fra Cochrane-samarbeidet ble det konkludert med at det ikke er noen randomisert klinisk utprøving som bekrefter eller avkrefter om antihistaminer har effekt i akutfasen av en anafylaktisk reaksjon (3). Effekten av H1-antihistaminer, selv om de gis i.v., vil være såpass langsom at den ikke gir noen umiddelbar symptomlindring. H1-antihistaminer kan potensielt forsterke blodtrykksfall (1).

H2-reseptorantagonister (-ulcusmidler som f.eks. ranitidin)

En H2-reseptorantagonist, gitt samtidig med et antihistamin, kan potensielt bidra til reduksjon i flushing (rødme), hodepine og andre symptomer. De kan imidlertid ha uheldige effekter, og det finnes ikke randomiserte kliniske utprøvinger som dokumenterer at de har effekt (2).

Referanser:

1. Simons FER, Camargo CA. Anaphylaxis: *Rapid recognition and treatment*. www.uptodate.com, 2013. [Elektronisk artikkel] UpToDate®
2. Simons FER, Arduzzo LRF, Bilò B, El-Gamal YM, Ledford DK, Ring J, Sanchez-Borges M, Senna GE, Sheikh A, Thong BY, and for the World Allergy Organization. *Allergy Organization Guidelines for the Assessment and Management of Anaphylaxis*. World Allergy Organ J. Feb 2011; 4(2): 13–37. Published online Feb 23, 2011.
3. Sheikh A, ten Broek VM, Brown SGA, Simons FER. *H1-antihistamines for the treatment of anaphylaxis with and without shock* Published Online: 24 JAN 2007, The Cochrane Collaboration. www.thecochranelibrary.com
4. Choo KJL, Simons FER, Sheikh A. *Glucocorticoids for the treatment of anaphylaxis*. The Cochrane Collaboration www.thecochranelibrary.com 15. August 2012

