

## Huggormsbett – symtom, övervakning, provtagning, behandling

### Symtom

*Tidigt i förloppet:* Bettmärken, begynnande svullnad, gastrointestinala symtom, blodtrycksfall, medvetandepåverkan, angioneurotiskt ödem, urtikaria, bronkospasm.

*Senare:* Hemorragiskt ödem som kan bli omfattande (kompartmentsyndrom ovanligt!) och anemi. I enstaka fall lungödem, pleuraexsudat, ascites.

### Övervakning

Observation under 6–8 timmar, vid progredierande lokalreaktion eller systempåverkan minst 24 timmar.

### Provtagning

Blod- och urinstatus tas på alla patienter. Vid allmänpåverkan eller progressivt ödem upprepas dessa prov och kompletteras med syrabas- och elektrolytstatus, koagulationsstatus, serumkreatinin, leverstatus, serumkreatinkinas och hemolysprov. EKG tas vid allmänpåverkan.

### Behandling

*Symtomatisk behandling:* Volymsubstitution med balanserade elektrolytlösningar och kolloider. Inotropa medel kan behövas. Vid slemhinnesvullnad och bronkospasm adrenalin, kortikosteroider och antihistaminer.

*Specifik behandling med serum:* Serum häver effektivt uttalade allmänsymtom och förebygger utveckling av omfattande ödem.

*Indikationer för serum:* Cirkulationspåverkan som svarar otillfredsställande på symtomatisk behandling eller återkommer, långdragna eller recidiverande gastrointestinala symtom, angioneurotiskt ödem med risk för luftvägshinder, uttalad bronkospasm, progredierande svullnad som sannolikt kommer att involvera bålen.

I tveksamma fall stöder följande faktorer indikationen: leukocytos, metabolisk acidosis, hemolys, koagulationsrubbningar, EKG-förändringar.

*Christine Karlson-Stiber*  
överläkare

*Hans Persson*  
överläkare  
Giftinformationscentralen,  
Stockholm



FOTO: TORBJÖRN ARVIDSSON/TIOFOTO

person och medellångt intervall (några månader till något år) är ogynnsamma faktorer. Atopisk konstitution innebär endast en lätt riskökning. De närmaste veckorna efter en allmänreaktion föreligger ofta en refraktärperiod, och den stungne kanske inte reagerar alls vid stick.

En betydande erfarenhet världen över talar för att risken för en svårare reaktion vid nästa stick är mycket liten. Det mest troliga är att reaktionen blir av samma slag som tidigare men lindrigare, och det närmast troligaste att reaktionen blir av samma slag och svårighetsgrad.

Patienten bör därför ges lugnande besked, visserligen utrustas med antihistamin och betametason men få rådet att endast ta dessa medel om symtom uppstår vid förnyat stick.

Utredning av patienter med enbart hudsymtom är inte nödvändig. Den kan snarast orsaka problem, eftersom många av dessa patienter har ett övergående IgE-antikroppssvar. Detta ändrar inte handläggningen, men om giftspecifikt IgE påvisas kan patienten bli oroad i onödan.

Om patienten tillhör en viss riskgrupp, t ex biodlare, kan upprepade stick med urtikaria som följd vara indikation för hyposensibilisering. Denna behandling reserveras annars enbart för de patienter som haft en svårare reaktion med andnings- och/eller cirkulationspåverkan.

### Andnings- eller cirkulationspåverkan

Patienter med andnings- eller cirkulationspåverkan bör remitteras till allergimottagning för bedömning. De bör också, i avvaktan på eventuell hyposensibilisering, utrustas med inte bara antihistamin och betametason utan även adrenalin för injektion. Adrenalin i sprayform finns inte längre på den svenska marknaden, och den lämpligaste beredskapen erhåller därför patienten med EpiPen som ges i dosen 0,3 mg in-

tramuskulärt till alla som väger mer än 18–20 kg.

Patienten bör instrueras att inte injicera adrenalin förrän symtom börjar komma. Det finns situationer då patienter inte reagerar alls vid förnyat stick, trots att föregående stick orsakat en allmänreaktion. Många vågar inte ge sig själva en injektion, och det kan därför vara lämpligt att skriva ut en extra dos som patienten får injicera sig med på mottagningen.

### Behövs hyposensibilisering?

Endast vid IgE-förmedlad allergi har hyposensibiliseringsbehandling dokumenterat god effekt [2]. För att påvisa en sådan allergi är det lämpligt att några veckor till några månader efter sticket ta ett blodprov och med t ex CAP-RAST analysera IgE mot bi- och getinggift. Ibland kan ett falskt positivt svar erhållas.

Hos framför allt patienter med gräspollenallergi kan IgE-antikroppar bildas mot kolhydratdelen av gräsallergenet [3]. Dessa antikroppar korsreagerar med bl a allergen i bi- och getinggift. De

är biologiskt inaktiva och kan inte påvisas i pricktest.

### Myggplåga förebyggs med antihistamin...

Det är mycket sällsynt att stick av mygg, knott och bromsar ger allmänreaktioner. Det beror inte på att allergiska reaktioner är sällsynta. I själva verket är myggallergi vår vanligaste insektsallergi.

Det stora flertalet av alla som får en liten kvaddel inom 15 minuter efter myggstick, är allergiska och kan visas ha IgE-antikroppar mot myggallergen [4]. En del får även en rodnad och svullnad efter några timmar, en svullnad som kan nå sitt maximum efter ca ett dygn och som försvinner spontant inom ytterligare något dygn.

Denna allergiska senreaktion uppfattas ibland som en infektion och behandlas felaktigt med antibiotikum. Reaktionen kräver ingen behandling. Oral steroid, t ex betametason 4–5 mg, kan sannolikt förkorta förloppet, men detta är dåligt undersökt.

Vilken typ av reaktion som ligger bakom den papel som ibland kan upp-