

Pc-allergi fallbeskrivning 2019

2019-04-24

Alicia 10 år söker tillsammans med sina föräldrar pga värk i båda öronen, framför allt vänster öra, sedan ett dygt dygn. Hon har haft en akut mediaotit (AOM) vid 2 års ålder, för övrigt tidigare väsentligen frisk. I väntrummet förklarar plötsligt Alicia att det inte gör ont i vänster öra längre. Vid undersökning föreligger det en perforerad AOM på vänster sida och en färgförändrad, orörlig, ej buktande trumhinna på höger sida, d.v.s. osäker AOM höger. Alicia får en kur PcV i 5 dagar. Det går bra att ta kuren och Alicia tillfrisknar. En vecka efter avslutad kur klagar hon dock igen över värk i vänster öra och efter några timmar börjar det rinna ur örat. På vårdcentralen konstateras ny perforerad mediaotit vänster och Alicia får nu Amoxicillin i 10 dagar. 5 - 6 dagar in på kuren vaknar hon och är helprickig över hela kroppen, till och med i handflator och hårbotten. Utslagen är rodnade, 2 - 5 mm stora och belägna i hudens plan. Lindrig klåda.

Frågor

1. Vad behöver du veta mer?
2. Hur gör du med antibiotikabehandlingen? Ska den fortsätta, avbrytas eller ska man byta preparat?
3. Hur följer du upp patienter som reagerat vid penicillinbehandling?
4. Hur genomförs peroral endosprovokation med penicillin? När är detta aktuellt på vårdcentral?
5. Hur stor är risken för korsallergi mellan penicilliner och övriga betalaktamantibiotika?
6. Har du några kommentarer till handläggningen av Alicias mediaotit?

1. Vad behöver du veta mer?

När det gäller misstänkt penicillinallergi är anamnesen och reaktionens debut och karaktär det allra viktigaste för bedömningen. När under kuren debuterade Alicias utslag? Hudstatus? Urtikariellt? Ospecifikt exantem? Det är vanligt med makulopapulösa eller morbilliforma utslag. Gradering av eventuell klåda? Har hon reagerat vid antibiotikakurer tidigare? Dessutom ska man bedöma om indikationen för antibiotika kvarstår. Hur ser det ut i öronen? Högst sannolikt föreligger fortsatt indikation för antibiotika för att säkerställa utläkning av den akuta mediaotiten och förhindra nytt recidiv. Alicias vänstra trumhinna är förtjockad och företer en mörk rodnad, men buktar inte. Ingen synlig perforation. Indikationen för antibiotika kvarstår alltså.

2. Hur gör du med antibiotikabehandlingen?

Indikationen för antibiotika kvarstår. Alicias utslag bedöms inte som urtikaria, men eftersom det är så utbrett och hon har en lindrig klåda, bör amoxicillin sättas ut och Ery-Max ges i stället. Om utslagen varit mer begränsade och hon inte haft klåda, hade behandlingen inte behövt avbrytas. Utslag utan klåda eller andra symtom är inte uttryck för IgE-förmedlad allergi och behöver inte utredas och sådana patienter kan få Amoxicillin igen.

3. Hur följer du upp patienter som reagerat vid behandling med penicillinpreparat?

Patienter som reagerat sent (efter >3 dygns behandling) med utslag med klåda eller lindrig urtikaria kan utredas i primärvården med peroral endosprovokation. Om symtomen däremot debuterar under de första behandlingsdygnet, bör utredning inte göras i primärvården utan patienten bör remitteras till allergimottagning. IgE-medierade allergiska reaktioner uppträder vanligen i början av behandlingen. Studier omfattande alla åldersgrupper har visat att anafylaxi debuterar inom 60 minuter efter intag av antibiotika i 96 procent av fallen och mycket sällan mer än 72 timmar efter given dos. Allergiska IgE-förmedlade reaktioner mot penicilliner och cefalosporiner är ovanliga och försvinner sannolikt till stor del med tiden. Risken är mindre hos barn och extremt ovanlig vid peroral behandling.

4. Hur genomförs peroral endosprovokation med penicillin? När är detta aktuellt på vårdcentral?

Peroral endosprovokation kan genomföras i primärvården vid låg misstanke om IgE-medierad allergi, såsom vid sen (> 3 dygn efter behandlingsstart) reaktion på penicillin med utslag med klåda eller lindrig urtikaria. Provokation kan utföras utan föregående testning om sannolikheten för IgE-medierad penicillinallergi är låg.

Ge 1/10 av ordinarie dos PcV peroralt, avvakta 15 - 30 minuter, ge resterande dos och avvakta ytterligare 60 minuter. Risken att patienten får akuta allergiska symtom är mycket liten men beredskap i form av kortison, adrenalin och antihistamin rekommenderas.

5. Hur stor är risken för korsallergi mellan penicilliner och övriga betalaktamantibiotika?

På senare år har man i flera studier dragit slutsatsen att risken för korsallergi mot cefalosporiner och karbapenemer hos patienter med misstänkt penicillinallergi är betydligt lägre än vad man tidigare har trott, sannolikt ligger den endast kring 3%. I Terapigrupp Infektion, Läkemedelskommittén, Västra Götalandsregionens rekommendation avseende reaktion på penicilliner anges att cefalosporiner kan ges, dock ej vid anafylaxi/mukokutant syndrom.

6. Har du några kommentarer till handläggningen av Alicias mediaotit?

Alicia har ett recidiv av akut mediaotit, d.v.s. en ny mediaotit inom en månad efter ett symtomfritt intervall. Vid recidiv är rekommendationen i REKlistan VGR 10 dagars behandling. Vid terapivikt (oförändrad, förvärrad eller på nytt uppblossande AOM trots minst 3 dygns antibiotikabehandling) rekommenderas amoxicillin i 10 dagar.

Symtom och åtgärd:

Begränsade utslag utan klåda Magbesvär med illamående/diarré	Penicillinbehandlingen behöver inte avbrytas. Patienten kan få preparatet igen.
Utslag med klåda eller lindrig urtikaria	Avbryt behandlingen Ompröva indikationen för fortsatt antibiotikabehandling Kvarstår indikationen för antibiotika, ge annan typ av antibiotika. Tidig debut (<3 dygn): Remiss allergimottagning för utredning. Sen debut (>3 dygn): Patienten kan utredas i primärvården med peroral provokation
Uttalad urtikaria med eller utan led- och ansiktssvullnad	Avbryt behandlingen Byt preparat om indikationen för antibiotika kvarstår Stor recidivrisk föreligger, varför aktuellt antibiotikum ska undvikas i fortsättningen Varningsmärk journalen och skicka biverkningsanmälan
Anafylaxi eller mukokutant syndrom	Avbryt behandlingen Ge akutbehandling, remittera till akutmottagning. Patienten ska inte få detta antibiotikum i fortsättningen Varningsmärk journalen och skicka biverkningsanmälan

Informationen i rutan ovan bygger på Janusinfo, Stockholm läns landsting enligt referens nedan.

Allmänna kommentarer:

Det är vanligt att patienter och sjukvårdspersonal klassar ospecifika reaktioner vid antibiotikabehandlade infektioner som antibiotika-allergi. Denna felklassificering har flera negativa konsekvenser:

- Andrahandsantibiotika ger ofta mer biverkningar och i vissa fall sämre klinisk effekt
- De har ofta bredare spektra med större påverkan på patientens normalflora och mer negativa ekologiska effekter på resistensutveckling

Det är därför angeläget att ifrågasätta när man träffar på märkning "pc-allergi" i journalen, särskilt mot bakgrund av att ca 90% av uppgivna "penicillinallergi"-reaktioner inte kan verifieras med testning. Uppgiven pc-allergi har i studier visats öka risken för postoperativa infektioner med 50 % och patienter har ökad risk att drabbas av Clostridium difficile samt MRSA och VRE i miljöer där dessa bakterier förekommer mer frekvent.

Före eventuell remiss till allergimottagning skrivs bör specifikt IgE mot penicillin kontrolleras. Utredning av misstänkt IgE-medierad penicillinallergi på Allergimottagning:

- **Hudpricktest**
- **Provokation med penicillin**

Referenser:

[Janusinfo: Penicillinallergi och andra reaktioner på antibiotika](#)

[Svenska barnläkarföreningens allergisektion: Handläggning av misstänkta allergireaktioner mot betalaktamantibiotika.](#) Riktlinjer allergi, D14 Överkänslighet mot antibiotika.

[Korsallergi mellan penicilliner och övriga betalaktamantibiotika](#)
Risken är betydligt mindre än man tidigare trott. Läkartidningen 2015;112:C9A4

[Läkemedelsboken: Atopi, allergi och överkänslighet](#)