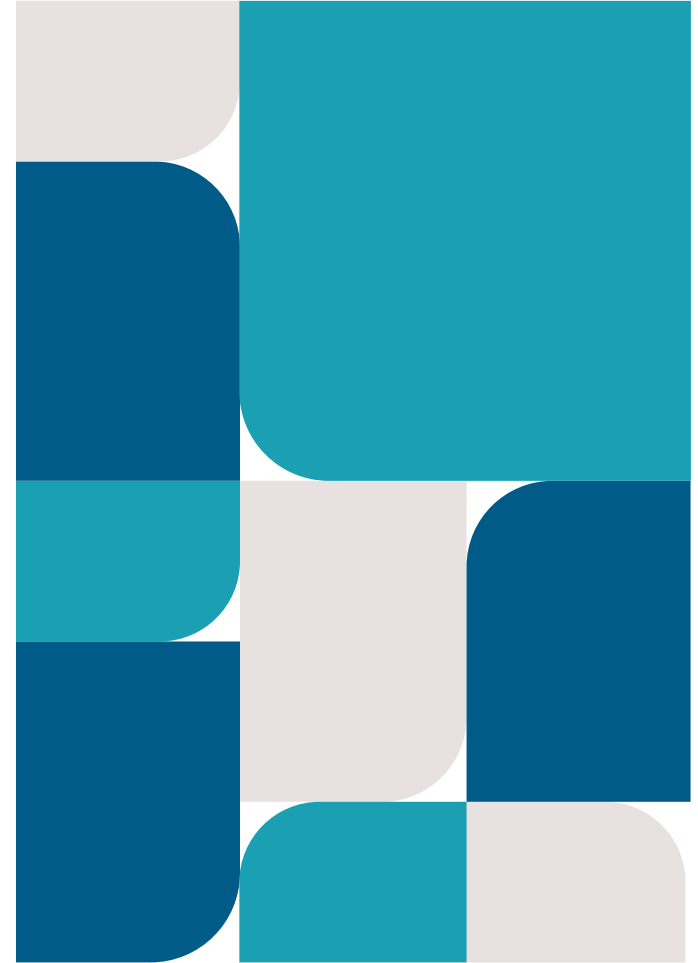


Misstänkt penicillin- allergi hos vuxna

Provokation inom primärvården och slutenvården

2025-10-09

Strama Västra Götaland



**Diskussion med Monica
Arvidsson**
Överläkare allergimottagningen
Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Gunnar Jacobsson

Strama Västra Götaland



Vad är problemet?

Många felaktiga varningar för
penicillinallergi!





GUIDELINES · Volume 29, Issue 7, P863-875, July 2023 · *Open Archive*

 Download Full Issue

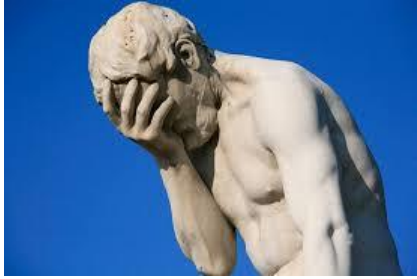
The Dutch Working Party on Antibiotic Policy (SWAB) guideline for the approach to suspected antibiotic allergy

[Roos Wijnakker](#) ^{1),15)}  · [Maurits S. van Maaren](#)²⁾ · [Lonneke G.M. Bode](#)³⁾ · ... · [Aline B. Sprikkelman](#)¹³⁾ · [Lieke M.M. de Vrankrijker](#)¹⁴⁾ · [Mark G.J. de Boer](#)¹⁵⁾  ... [Show more](#)

Varför nya riktlinjer?

Ny kunskap har tillkommit om betydelse av tidigare reaktion och risk för korsallergi.



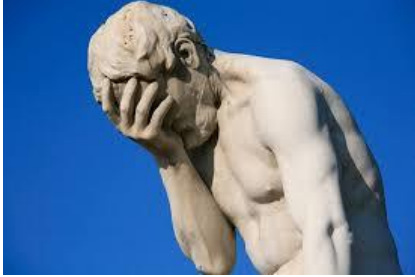


Vanligt men ofta fel

Vanligt att patienter och sjukvårdspersonal klassar ospecifika infektionsreaktioner som antibiotika-allergi

Penicillin är förstahandsval vid vanliga samhällsförvärvade infektioner: pneumoni, akut mediaotit, sinuit, tonsillit, urinvägs- samt hud- och mjukdelsinfektioner

Felklassificeringen har flera **negativa** konsekvenser



Vanligt men ofta fel!

Andrahandsantibiotika ibland sämre klinisk effekt,
längre behandlingstider, vårdtider och ökad dödlighet

Mer biverkningar

Ökad risk för resistensutveckling och vårdrelaterade infektioner

The Impact of a Reported Penicillin Allergy on Surgical Site Infection Risk

Kimberly G. Blumenthal,^{1,2,3,4} Erin E. Ryan,^{5,6} Yu Li,^{1,2} Hang Lee,^{4,7} James L. Kuhlen,⁸ and Erica S. Shenoy^{2,4,5,6}

¹Division of Rheumatology, Allergy, and Immunology, Department of Medicine, ²Medical Practice Evaluation Center, and ³Edward P. Lawrence Center for Quality and Safety, Massachusetts General Hospital, Boston, ⁴Harvard Medical School, Boston, ⁵Division of Infectious Disease, Department of Medicine, ⁶Infection Control Unit, and ⁷Biostatistics Center, Massachusetts General Hospital, Boston; and ⁸Acadia Allergy and Immunology, Department of Medicine, University of South Carolina School of Medicine, Greenville, South Carolina

(See the Editorial Commentary by Dellinger et al on pages 337–8.)

Background. A reported penicillin allergy may compromise receipt of recommended antibiotic prophylaxis intended to pre-




JAMA Surgery

Original Investigation

Non- β -Lactam Antibiotic Use, β -Lactam Allergy, and Surgical Site Infections

Prateek Agarwal, MD, MBA¹; Rohit Prem Kumar, MD¹; Louise-Marie Oleksiuk, PharmD²; [et al](#)

» Author Affiliations | Article Information

 Cite  Permissions  Metrics

JAMA Surg

Published Online: October 1, 2025

doi: 10.1001/jamasurg.2025.3789

The Impact of a Reported Penicillin Allergy on Surgical Site Infection Risk

Kimberly G. Blumenthal,^{1,2,3,4} Erin E. Ryan,^{5,6} Yu Li,^{3,7} Hang Lee,^{4,7} James L. Kahlen,⁸ and Erica S. Shenoy^{2,4,8}

¹Division of Rheumatology, Allergy, and Immunology, Department of Medicine, ²Medical Practice Evaluation Center, and ³Edward P. Lawrence Center for Quality and Safety, Massachusetts General Hospital, Boston, ⁴Harvard Medical School, Boston, ⁵Division of Infectious Disease, Department of Medicine, ⁶Infection Control Unit, and ⁷Biostatistics Center, Massachusetts General Hospital, Boston; and ⁸Academy of Allergy and Immunology, Department of Medicine, University of South Carolina School of Medicine, Greenville, South Carolina

(See the Editorial Commentary by Dellinger et al on pages 337–8.)

Background. A reported penicillin allergy may compromise receipt of recommended antibiotic prophylaxis intended to pre-

Uppgiven Pc-allergi → 50 % ökad risk för postop infektion

JAMA Surgery

Original Investigation

Non-β-Lactam Antibiotic Use, β-Lactam Allergy, and Surgical Site Infections

Prateek Agarwal, MD, MBA¹; Rohit Prem Kumar, MD¹; Louise-Marie Oleksiuk, PharmD²; et al

» Author Affiliations | Article Information

« Cite C Permissions » Metri

JAMA Surg
Published Online: October 1, 2025
doi: 10.1001/jamasurg.2025.3789

Procedures with non-β-lactam antibiotic use had a higher incidence of SSI than procedures with β-lactam antibiotic use (2.2% vs 1.3%; risk ratio [RR], 1.69; 95% CI, 1.28–2.01; $P < .001$).

Svenska Infektionsläkarföreningen vårdprogram för led- och skelettinfectioner

Nyheter i 2018 års vårdprogram

Antibiotikaprofylax vid ortopedisk kirurgi

- Då flera studier påvisat högre infektionsrisk vid profylax med icke-betalaktamantibiotika (klindamycin och vancomycin) **poängteras vikten av allergianamnes** för att säkerställa optimal preoperativ profylax



The Impact of Reported Beta-Lactam Allergy in Hospitalized Patients With Hematologic Malignancies Requiring Antibiotics

Kuan-Hsiang Gary Huang,^{1,2} Valerie Cluzet,³ Keith Hamilton,³ and Olajumoke Fadugba¹

Table 3. Multivariable Competing-Risks Regression Model of Association Between Beta-Lactam Only Allergy and Length of Stay

Variable	Subdistribution Hazard Ratio, (95% Confidence Interval)	PValue
Beta-lactam allergy	0.91 (0.83, 0.99)	.026
Leukemia	0.56 (0.52, 0.60)	<.001
Neutropenia	0.79 (0.73, 0.84)	<.001
Severity of illness index on admission	0.67 (0.64, 0.71)	<.001

Table 4. Multivariable Logistic Regression Model of Association Between Beta-Lactam Only Allergy and 30-Day Mortality

Variable	Odds Ratio (95% Confidence Interval)	PValue
Beta-lactam allergy	1.41 (1.00, 2.00)	.050
Leukemia	1.22 (0.92, 1.63)	.164
Neutropenia	0.41 (0.26, 0.64)	<.001
Severity of illness index on admission	3.66 (2.83, 4.72)	<.001

The Impact of Reported Beta-Lactam Allergy in Hospitalized Patients With Hematologic Malignancies Requiring Antibiotics

Kuan-Hsiang Gary Huang,^{1,2} Valerie Cluzet,³ Keith Hamilton,³ and Olajumoke Fadugba¹

Ökad

- Vårdtid
- Mortalitet
- Behandlingstid
- Antal olika antibiotikaklasser
- Clostridium Difficile
- Återinläggningar
- Kostnad

Table 3. Multivariable Competing-Risks Regression Model of Association Between Beta-Lactam Only Allergy and Length of Stay

Variable	Subdistribution Hazard Ratio, (95% Confidence Interval)	PValue
Beta-lactam allergy	0.91 (0.83, 0.99)	.026
Leukemia	0.56 (0.52, 0.60)	<.001
Neutropenia	0.79 (0.73, 0.84)	<.001
Severity of illness index on admission	0.67 (0.64, 0.71)	<.001

Table 4. Multivariable Logistic Regression Model of Association Between Beta-Lactam Only Allergy and 30-Day Mortality

Variable	Odds Ratio (95% Confidence Interval)	PValue
Beta-lactam allergy	1.41 (1.00, 2.00)	.050
Leukemia	1.22 (0.92, 1.63)	.164
Neutropenia	0.41 (0.26, 0.64)	<.001
Severity of illness index on admission	3.66 (2.83, 4.72)	<.001



När max tolererbar dos av ovanstående alternativ inte givit tillfredställande glykemisk kontroll • Som tilläggsbehandling till insulin (med eller utan metformin) när en stabil insulin dosering ej givit tillfredställande glykemisk kontroll. Kontraindikationer: överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne.

3 / 4 »



För mer information, [Klicka här](#)

varför noggrann monitorering och behandling är viktigt. Patienter som plötsligt utvecklar lungsymtom såsom andnöd, hosta och feber, ska avbryta behandling med GIOTRIP® under diagnostisk utredning för lungfibros. **Förpackningar och styrkor:** GIOTRIP® ges i tablettform och finns som 20 mg, 30 mg, 40 mg och 50 mg. Rekommenderad dos är 40 mg en gång om dagen. **Datum för senaste översyn av produktresumén:** 2018-05-22. För ytterligare information och pris se www.fass.se. **Utgivningsår:** 2018. Boehringer Ingelheim Sverige AB, 08-7212100. PC-SE-100129 ONCOLOGY GIOTRIP



Boehringer Ingelheim AB, Box 92008, 120 06 Stockholm, Tel. 08-721 21 00, www.boehringer-ingelheim.se

Läkartidningen

START AKTUELLT **KLINIK & VETENSKAP** OPINION LÄKARKARRIÄR OM OSS

KLINIK & VETENSKAP – START NYA RÖN ARTIKLAR MEDICINSK KOMMENTAR MEDICINENS ABC REFLEXION FÖRFATTARINTERVJUN

SENASTE »Senare på natten ... ensam släpper jag fram sorgen över någon annans bar

KONTAKT SKRIV PRENUMERERA ANNONSERA LT ARRANGERAR

NYA RÖN

Brittisk studie

Ökad risk för MRSA och tarminfektion hos individer med misstänkt penicillinallergi

Martina Wahnström, ST-läkare; Sjukhus-Strama

Gunnar Jacobsson, med dr, överläkare; Regionala Strama, Västra Götalandsregionen; båda infektionskliniken, Skaraborgs sjukhus, Skövde

Många patienter uppger någon form av läkemedelsöverkänslighet; vanligast är penicillin. Vid behov av antibiotika resulterar en misstänkt penicillinallergi ofta i andrahandsalternativ med bredare

CITERAS SOM:

Läkartidningen. 2018;115:FCDH

Läkartidningen 37/2018

Läkartidningen.se 2018-09-06

0 KOMMENTARER |

KOMMENTERA



VECKANS JOBB

Rapporterad överkänslighetsreaktion mot penicilliner och cefalosporiner

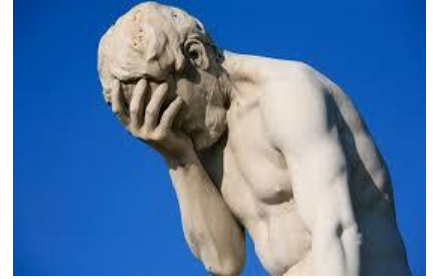
Penicilliner: någon typ av reaktion vid behandling: 1 - 10%

Allvarlig reaktion: 0,1 - 0,5%

Cefalosporiner: reaktion med klåda eller urtikaria 1 - 3%

Anafylaxi: < 0,1%

Vanligt men ofta fel!



90% av uppgiven pc-allergi kan inte bekräftas med hudtest eller IgE-analys i blod

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

Eriksson M, Pullerits T. Utredning av penicillin-reaktioner på specialistmottagningen - hur vanligt är typ1-överkänslighet? Läkarsamman, Stockholm: Allergisektionen, Sahlgrenska Universitetssjukhus, 2012.

- Uppföljning av alla (192) remitterade patienter till Allergimottagningen Sahlgrenska under 2 år (2010 – 2012) med frågeställningen penicillinöverkänslighet:
4 % hade en klinisk relevant penicillinöverkänslighet

Tidpunkt för reaktionen?

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

Mycket sällan **efter 72 timmar**

Hudutslag utan klåda

- Aldrig uttryck för en IgE-förmedlad reaktion
- Behandlingen behöver inte avbrytas
- Ingen utredning behövs
- Penicillin kan ges i framtiden



Hudutslag med klåda eller lindrig urtikaria som kommer **> 3 dygn** efter behandlingsstart

- IgE-förmedlad reaktion är osannolik
- Behandlingen avbryts
- Antibiotikabyte rekommenderas om indikation kvarstår
- Peroral provokation i primärvården i infektionsfritt intervall

Peroral pc-provokation i primärvård

- Risken för reaktion vid korrekt indikation är **mycket liten**
- Specifikt IgE för pc behöver inte kontrolleras
- Genomför provokationen i infektionsfritt skede

Peroral pc-provokation i primärvård

- Ge peroralt PcV dos 0,8 - 1 g
- Observera patienten minst en timme
- Vid lindriga allergiska symtom, kontrollera vitalparametrar (allmäntillstånd, puls, blodtryck, pox). Om normalt: fortsatt observans.
- Vid svårare allergiska symtom (snabbt uppkommen generell klåda/urtikaria, andningsbesvär och/eller blodtrycksfall) ge akutbehandling.



Akutläkemedel

- Adrenalin 0,01 mg/kg, högst 0,5 mg, intramuskulärt i lårets utsida
- Vid klåda: Antihistamin T Desloratadin 5 mg 1-2 st
- Vid andningsbesvär: Ventoline i spray och spacer 6-12 puffar eller nebulisator 5-10 mg

Det är mycket sällsynt med en allvarlig allergisk reaktion vid korrekt indikation!

Peroral pc-provokation i primärvård

- Vid hemgång (efter minst en timmas observation): Be patienten höra av sig om det uppkommer en misstänkt allergisk reaktion inom ett dygn.
- Om patienten inte får några symtom, föreligger ingen penicillinallergi. Ta bort ev varningsmärkning. Patienten kan få penicillin i framtiden.
- Vid lindriga/måttliga eller svårbedömbara symtom: Rådfråga allergolog.

~~Varning penicillin!~~

Pc-provokationer VC Nordstan

Kristoffer Bylin

Distriktläkare

Undvika att sätta felaktiga varningsmärkningar

- Ta in patienten på ett besök så snart som möjligt när misstänkt reaktion uppstått
- Ssk i telefon har klartecken att boka på akut tid utan att behöva passera vår läkartriage

Ifrågasätt varningsmärkning

- Någon, oavsett personalkategori, noterar varningsmärkning i patients journal
- Notis till PAL för bedömning om provokation ska ske
- Ibland behov av telefonkontakt med pat för att inhämta anamnes
- Om varningsmärkningen är befogad så döps den om till "Verifierad pc-allergi"
- Om oklar anamnes kring tidigare reaktion och skett för längesedan (ofta som barn) -> provokation

Provokation

- Sätts på väntelista till STRAMA-sköterska
- Kallar in patienten med ett brev där argumenten för provokation framgår och förfarandet beskrivs
- STRAMAs "Penicillinprovokation inom primärvården"
- 1 g PcV
- Observeras en timme
- Välkomnas att ta kontakt inom 3 dagar om reaktion
- Om inte kontakt sker så tas varningsmärkning bort

Erfarenheter hittills

- Patienter kan känna oro – viktigt med tydlig information om fördelarna med provokation, tillvägagångssättet och den oerhört låga risken för allvarlig reaktion
- "Nocebo"-reaktioner inte ovanligt. Viktigt med lugn och trygg ssk, och vid behov läkare, som bedömer
- Lite tidskrävande, men ssk sköter admin under observationstiden

Resultat

- Cirka 20 provokationer utförda, ytterligare 7 ska kallas in
- Ännu ingen misstänkt IgE-medierad reaktion
- Två rapporter från kollegor där man kunnat välja PcV istället för annat preparat tack vare genomförd provokation. (Förhoppningsvis förekommit fler gånger)

Hudutslag med klåda eller lindrig urtikaria som kommer \leq **3 dygn** efter behandlingsstart

- IgE-förmedlad reaktion kan misstänkas
- Behandlingen avbryts
- Antibiotikabyte rekommenderas om indikation kvarstår
- Provocera inte i primärvård
- Ta specifikt IgE mot PcV efter minst 2 veckor
- Remiss allergimottagning

Hudutslag med klåda eller lindrig urtikaria
som kommer \leq **3 dygn** efter behandlingsstart

Nyhet!

Hudutslag med klåda eller lindrig urtikaria som kommer **≤ 3 dygn** efter behandlingsstart

OCH

om **mer än 5 år** har gått sedan reaktionen inträffade

Patienten har låg sannolikhet för en ny reaktion och är **lämplig för provokation**

Hudutslag med klåda eller lindrig urtikaria som
kommer ≤ 3 dygn efter behandlingsstart

OCH

om mer än
inträffad

5 år har

Patient
och är

Nyhet!

ktion

Svår och utbredd urtikaria och/eller led- eller ansiktssvullnad

- Behandlingen avbryts
- Antibiotikabyte rekommenderas om indikation kvarstår
- Stor recidivrisk – undvik penicillin fortsättningsvis!
- Varningsmärk journalen! Biverkningsanmälan.

Anafylaxi eller mukokutant syndrom

- Som ovan samt akutremiss sjukhus efter akutbehandling

När en reaktion uppkommit:

Ge patienten en akuttid:

- Bakomliggande infektion?
- Preparat?
- Symtom?
- Tidssamband – när kom reaktionen?





Handläggning av misstänkt penicillinallergi hos vuxna på akutmottagning och vårdavdelning

Felaktiga varningar för penicillinallergi är ett utbrett problem. Cirka 5–10 % av patienterna som söker vård på akutmottagningar och vårdas på sjukhus har en registrerad varning för penicillinallergi, men studier visar att upp till 95 % av dessa saknar en faktisk allergi. Denna rutin är avsedd för användning inom akutsjukvård och slutenvård där patienter behandlas med penicillin.

Rutin

Rutinen består av två delar:

1. **Bedömning** – Anamnes och eventuell journalgenomgång av reaktionen.
2. **Genomförande** – Instruktioner för säker antibiotikaprovokation.



Bedömning

Patienter som tidigare har haft en ospecifik reaktion på penicillin av samma typ

Reaktion med hudutslag utan klåda eller patienter som senare behandlats med samma typ av penicillin som nu planeras att ges, utan reaktion. Dessa patienter kan få penicillin utan behov av provokation. Eventuell varningsmärkning i journalen tas bort.

Patienter som tidigare har haft en icke-allvarlig reaktion

Reaktion i framförallt hud med lindrig urtikaria, klåda i hud och/eller läppar, erytem eller värmeökning.

- Om **mer än 5 år** har gått sedan reaktionen inträffade har patienten låg sannolikhet för en ny reaktion och är **lämplig för provokation** (se **genomförande** nedan).
- Om **mindre än 5 år** har gått sedan reaktionen inträffade, undersöks hur långt efter behandlingsstart som reaktionen inträffade;
 - o **Mindre än 3 dygn** - provokation och behandling med penicillin avstås. Remiss till allergolog kan övervägas för provokation.
 - o **Mer än 3 dygn** - patienten är **lämplig för provokation**.



Patienter som tidigare har haft en allvarlig reaktion

Anafylaxi, allvarlig hudreaktion, SCAR (Severe Cutaneous Allergic Reaction) (till exempel Stevens-Johnson syndrom, toxisk epidermal nekrolys). Patienten **skall EJ behandlas med penicillin och EJ genomgå provokation.**



Genomförande

- Om patienten reagerat på pcV och skall behandlas med pcV, görs provokationen oralt.
- Om patienten reagerat på iv penicillin, görs provokationen iv med aktuellt preparat, om iv behandling behövs.
- Om patienten tidigare reagerat på pcV men nu behöver intravenös behandling, kan en intravenös provdos ges för att spara tid.
- Patienten skall övervakas kontinuerligt kliniskt. Vid misstänkt allergisk reaktion tas vitalparametrar enligt NEWS 2.
- Adrenalin för intramuskulär injektion skall finnas omedelbart tillgängligt.
- Hjärtstartare skall finnas på enheten.
- Läkare skall finnas tillgänglig för bedömning och eventuell behandling.
- Patienten får inte vara i septisk chock.
- Journalför provokationen i Melior.



Intravenös provdos

- Ge 1/10 av ordinarie dos intravenöst.
- Avvakta i 20 minuter.
- Om ingen reaktion: ge resterande dos.
- Observera patienten i ytterligare 60 minuter.
- Bedöm patienten enligt "**Klinisk bedömning**" nedan.

Peroral provdos

- Ge ordinarie terapeutisk dos peroralt.
- Observera patienten i 60 minuter.
- Bedöm patienten enligt "**Klinisk bedömning**" nedan.





App Strama Nationell

Stramas app innehåller behandlingsrekommendationer för infektioner hos vuxna och barn.



Strama Nationell

Sjukhus Primärvård Barn Tandvård Profylax **Läkemedel** Arkiv  Utveckling 

 Inställningar

 Redigera

 Log

Om rekommendationerna >

RAFs Antibiotikakompedium >

Alternativ vid bristsituation av antibiotika >

Antibiotika, allergiska reaktioner v

Penicillinreaktioner

Antibiotikadosering vid nedsatt njurfunktion >

Antibiotika till gravida och ammande >

Läkemedel > Antibiotika, allergiska reaktioner

Penicillinreaktioner

HANDLÄGGNING

Tabellen nedan ger vägledning kring val av betalaktamantibiotika vid uppgifter om tidigare reaktion på penicillin. Inga restriktioner gäller för patienter som efter reaktionen fått samma substans igen utan reaktion, eller där det endast finns uppgifter om reaktion hos någon familjemedlem. Man måste alltid väga risk mot nytta i det enskilda fallet. I brist på alternativa preparat och stark behandlingsindikation kan man överväga att ge samma substans även om patienten haft en misstänkt allvarlig snabb reaktion tidigare, eventuellt efter provdosförfarande.

- **Snabba reaktioner** sker nästan alltid inom 1 h, oftast inom minuter men i sällsynta fall upp till 6 h. Ofta IgE-medierad allergi, men kan även vara icke-allergiska reaktioner.
- **Fördröjda reaktioner** uppkommer oftast efter minst 24 h, inte sällan efter dagar-veckor. Ofta T-cellsmedierad allergi, men kan även vara icke-allergiska reaktioner.

Korsallergi penicillin

Cefalosporiner (förutom cefadroxil), karbapenemer och monobaktamer kan användas.

Undantag vid allvarliga fördröjda reaktioner då inga betalaktamantibiotika (penicilliner, cefalosporiner, karbapenemer, monobaktamer) ska användas.



ELSEVIER

Contents lists available at [ScienceDirect](https://www.sciencedirect.com)

Clinical Microbiology and Infection

journal homepage: www.clinicalmicrobiologyandinfection.com

ma Västra
Götaland
not antibiotikaresistens

Guidelines

The Dutch Working Party on Antibiotic Policy (SWAB) guideline for the approach to suspected antibiotic allergy

Roos Wijnakker^{1,15,*}, Maurits S. van Maaren², Lonneke G.M. Bode³, Maja Bulatovic⁴, Bart J.C. Hendriks⁵, Masja C.M. Loogman⁶, Suzanne P.M. Lutgens⁷, Ananja Middel⁸, Chris M.G. Nieuwhof⁹, Eveline E. Roelofsen¹⁰, Jan W. Schoones¹¹, Kim C.E. Sigaloff¹², Aline B. Sprikkelman¹³, Lieke M.M. de Vrankrijker¹⁴, Mark G.J. de Boer¹⁵

¹) Department of Internal Medicine, Tergooi Medical Center, Hilversum and Department of Infectious Diseases, Leiden University Medical Center, Leiden, the Netherlands

²) Section Allergology, Department of Internal Medicine, Erasmus Medical Center, Rotterdam, the Netherlands

³) Department of Medical Microbiology and Infectious Diseases, Erasmus Medical Center, Rotterdam, the Netherlands

⁴) Department of Rheumatology and Clinical Immunology, University Medical Center Utrecht, Utrecht, the Netherlands

⁵) Department of Clinical Pharmacy and Toxicology, Leiden University Medical Center, Leiden, the Netherlands

⁶) Dutch College of General Practitioners, the Netherlands

⁷) Department of Medical Microbiology, Jeroen Bosch Hospital, 's-Hertogenbosch, the Netherlands

⁸) Department of Internal Medicine, University Medical Center Groningen, Groningen, the Netherlands

⁹) Department of Internal Medicine and Allergology, Maastricht University Medical Center, Maastricht, the Netherlands

¹⁰) Department of Clinical Pharmacy, Medical Center Haaglanden, The Hague, the Netherlands

¹¹) Leiden University Medical Center, Leiden, the Netherlands

¹²) Department of Infectious Diseases, Amsterdam University Medical Center, Amsterdam, the Netherlands

¹³) Department of Pediatric Pulmonology and Allergology, University Medical Center Groningen, Groningen, the Netherlands

¹⁴) Section Infectious Diseases, Department of Pediatric Infectious Diseases, University Medical Center Utrecht, Utrecht, the Netherlands

¹⁵) Department of Infectious Diseases and Department of Clinical Epidemiology, Leiden University Medical Center, Leiden, the Netherlands



ELSEVIER

Contents lists available at ScienceDirect

Clinical Microbiology and Infection

journal homepage: www.clinicalmicrobiologyandinfection.com

ma Västra
Götaland
not antibiotikaresistens

Guidelines

The Dutch Working Party on Antibiotic Policy (SWAB) guideline for the approach to suspected antibiotic allergy

Roos Wijnakker^{1,15,*}, Maurits S. van Maaren², Lonneke G.M. Bode³, Maja Bulatovic⁴

Conclusions: Accumulated scientific data now support a more liberal approach that better balances the benefits of treatment with first choice and usually smaller spectrum antibiotics with appropriate avoidance of antibiotics in case of a truly high risk of a (severe) allergic reaction. In The Netherlands, a formal guideline was developed that provides recommendations for the approach toward suspected

³) Department of Medical Microbiology and Infectious Diseases, Erasmus Medical Center, Rotterdam, the Netherlands

⁴) Department of Rheumatology and Clinical Immunology, University Medical Center Utrecht, Utrecht, the Netherlands

⁵) Department of Clinical Pharmacy and Toxicology, Leiden University Medical Center, Leiden, the Netherlands

⁶) Dutch College of General Practitioners, the Netherlands

⁷) Department of Medical Microbiology, Jeroen Bosch Hospital, 's-Hertogenbosch, the Netherlands

⁸) Department of Internal Medicine, University Medical Center Groningen, Groningen, the Netherlands

⁹) Department of Internal Medicine and Allergology, Maastricht University Medical Center, Maastricht, the Netherlands

¹⁰) Department of Clinical Pharmacy, Medical Center Haaglanden, The Hague, the Netherlands

¹¹) Leiden University Medical Center, Leiden, the Netherlands

¹²) Department of Infectious Diseases, Amsterdam University Medical Center, Amsterdam, the Netherlands

¹³) Department of Pediatric Pulmonology and Allergology, University Medical Center Groningen, Groningen, the Netherlands

¹⁴) Section Infectious Diseases, Department of Pediatric Infectious Diseases, University Medical Center Utrecht, Utrecht, the Netherlands

¹⁵) Department of Infectious Diseases and Department of Clinical Epidemiology, Leiden University Medical Center, Leiden, the Netherlands

Take-home-message

- Överkänslighetsreaktioner, särskilt hudutslag, är vanliga vid penicillinbehandling. De allra flesta är INTE IgE-förmedlade.
- Antalet felaktiga varningsmärkningar för pc-allergi är mycket stort.
- Andrahandspreparat är ofta SÄMRE för patienten och innebär ökad risk för resistensutveckling.

***ACCEPTERA ALDRIG DIAGNOSEN PC-ALLERGI UTAN ADEKVAT
UTREDNING!***