

Handläggning och provokation vid misstänkt penicillinallergi hos vuxna i primärvården

Giltig fr.o.m 2021-09-14

Bakgrund

Överkänslighetsreaktioner, särskilt hudutslag, är mycket vanliga vid penicillinbehandling. De flesta är lindriga och beror inte på IgE-förmedlad eller annan allvarlig mekanism. Vanligen är reaktionerna icke-allergiska och beror på bakomliggande infektion eller biverkan med god prognos. Antalet felaktiga varningsmärkningar för penicillinallergi är mycket stort och leder till förskrivning av andrahandspreparat med ökad risk för biverkningar och i vissa fall sämre klinisk effekt. De har oftare bredare spektra med större påverkan på patientens normalflora och ökad risk för resistensutveckling. Misstänkt penicillinallergi bör därför utredas.

Handläggning av olika typer av reaktioner vid penicillinbehandling

Patient som fått antibiotikabehandling och får någon form av reaktion där misstanke finns om läkemedelsbiverkan, bör få en akuttid för att verifiera och dokumentera reaktionen (bakomliggande infektion, preparat, symtom och tidssamband i förhållande till insättning av behandlingen). Ta initiativ till utredning vid misstänkt penicillinallergi.

A. Hudutslag utan klåda:

Behandlingen behöver inte avbrytas och penicillin kan ges i framtiden. Ingen utredning eller provokation behövs.

B. Hudutslag med klåda eller lindrig urtikaria som kommer >3 dygn efter behandlingsstart:

Behandlingen avbryts och antibiotikabyte rekommenderas om indikation kvarstår.

IgE-förmedlad reaktion är osannolik. Utredning med peroral provokation i primärvården bör göras i infektionsfritt intervall, se nedan. Avvakta med varningsmärkning av journalen tills utredningen är klar.

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

Behandlingen avbryts och antibiotikabyte rekommenderas om indikation kvarstår.

IgE-förmedlad reaktion kan misstänkas. Fortsatt utredning av penicillinallergi inom specialiserad allergisjukvård rekommenderas. Specifikt IgE mot fenoximetylpenicillin (PcV), alternativt bensylpenicillin (PcG) eller amoxicillin om denna typ av preparat getts, kontrolleras, tidigast efter 2 veckor, innan remiss skrivs. Ange provsvaret i remissen. Detta förenklar och möjliggör snabbare handläggning i specialiserad vård. Ingen provokation i primärvården. Avvakta med varningsmärkning av journalen tills utredningen är klar.

D. Svår och utbredd urtikaria och/eller led-eller ansiktssvullnad:

Behandlingen avbryts och antibiotikabyte rekommenderas om indikation kvarstår. Stor recidivrisk föreligger och penicillin ska undvikas fortsättningsvis. Varningsmärkning av journalen ska göras. Kontakt med specialiserad allergivård för rådgivning vid behov. Ingen provokation.

E. Anafylaxi eller mukokutant syndrom:

Avbryt behandlingen. Ge akutbehandling och remittera till akutmottagning på sjukhus. Patienten ska inte ha penicillin fortsättningsvis. Varningsmärkning av journalen ska göras. Ingen provokation.

Utförande av peroral provokation i primärvård i symtomgrupp B

Vid lindriga symtom med debut >3 dygn efter behandlingsstart behöver specifikt IgE för aktuellt penicillin inte kontrolleras.

Provokation kan genomföras på vårdenhet med beredskap för anafylaxi med tillgång till akutläkemedel och möjlighet att vid behov sätta perifer venkateter och ge syrgas. Risken för reaktion vid ovanstående indikation är mycket liten.

- Ge peroralt fenoximetylpenicillin (PcV) i normal terapeutisk dos (0.8-1 g), alternativt amoxicillin 500 mg om patienten fått reaktion på detta läkemedel.
- Observera patienten minst en timme.
 - **Inga symtom** vid provokation; penicillinallergi förekommer inte och patienten kan ta penicillin i framtiden, eventuell varningsmärkning kan tas bort.
 - **Lindriga allergiska symtom med normala vitalparametrar** (allmäntillstånd, puls, blodtryck och POX); avvakta med behandling mot allergi och fortsatt observera patienten.
 - **Lindriga/måttliga eller svårbedömbara symtom**; rådfråga specialiserad allergisjukvård innan penicillinallergi avskrivs/verifieras.
 - **Svårare allergiska symtom** (snabbt uppkommen generell klåda/urtikaria, andningsbesvär och/eller blodtrycksfall); *ge akutbehandling* enligt rekommendation anafylaxi, d.v.s. adrenalin 0,3 mg i.m, desloratadin 5 mg 1-2 tabletter samt betametason 0,5 mg 10 tabletter. Vid andningsbesvär ges Ventoline i spray och spacer (6-12 puffar) eller nebulisator 5-10 mg.

Vid hemgång, om patienten inte fått någon reaktion under observationstiden, uppmana patienten att höra av sig om senare misstänkt allergisk reaktion kommer inom ett dygn.

Allmänna kommentarer

Reaktioner som ligger långt tillbaka tidsmässigt eller skett i barndomen medför sällan hög risk för reaktion vid provokation och provokation kan göras i primärvården. Vid osäkra anamnesuppgifter kan man kontrollera specifikt IgE för PcV och vid behov rådgöra med specialiserad allergisjukvård t.ex. genom frågeremiss innan provokation utförs.

Referenser

1. Eriksson M, Pullerits T. Utredning av penicillinreaktioner på specialistmottagningen – hur vanligt är typ 1 överkänslighet? Läkarstämman Stockholm, Allergisektionen, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 2012
2. Janusinfo Region Stockholm. Penicillinallergi och andra reaktioner på antibiotika.
3. Penicillinallergi Region Skåne- riktlinje för primärvården utifrån nationellt kliniskt kunskapsstöd

Dokumentet är framtaget i samarbete mellan Terapigrupp Allergi-Andning-ÖNH och Terapigrupp Infektion.