

Patientfall - Överkänslighet mot antibiotika

Katarina är 53 år, tidigare frisk och röker inte. Hon söker nu på vårdcentralen då hon ganska hastigt blivit sjuk med hosta och hög feber. Hon är trött och har en temperatur på 39,1 °C. Andningsfrekvensen är 15/minut. Du tar en saturation som är 97 % på rumsluft. När du lyssnar på lungorna hörs tydliga rassel basalt på höger sida. Hjärtat låter bra. Du gör bedömningen att Katarina drabbats av en pneumoni men att hon inte är så sjuk att hon behöver sjukhusvård, tablettbehandling i öppenvård borde kunna fungera. Eftersom du vet att pneumokocken är både den vanligaste och farligaste patogenen vid samhällsförvärd pneumoni hos lungfriska vuxna tänker du dig behandling med pcV. När du berättar detta för Katarina säger hon att hon inte tål penicillin.

Frågor att diskutera

1. Vad behöver du veta mer för att kunna bedöma vilken behandling Katarina ska få?
2. Vilka för- och nackdelar finns med olika behandlingsalternativ?
3. Är det vanligt med allergi mot penicillin?
4. Vilka typer av allvarliga reaktioner mot penicillin finns det?
5. Finns det mindre allvarliga reaktioner?
6. Behöver Katarina utredas avseende sin allergi? I så fall hur?
7. Hur stor är risken för korsallergi mellan penicilliner och andra betalaktamantibiotika?
8. Finns det några nackdelar med att vara allergisk mot penicillin?

Handledarmanual – Överkänslighet mot antibiotika

1. Vad behöver du veta mer för att kunna bedöma vilken behandling Katarina ska få?

På vilket sätt har hon reagerat mot penicillin förut, det vill säga hur yttrade det sig? När var det? Hur långt in i kuren och hur lång tid efter senaste dos kom reaktionen? Mot vilket preparat? Vilken typ av infektion behandlades eller var det preventivt? Har hon blivit utredd för sin eventuella allergi? Har hon fått någon antibiotika de senaste åren och i så fall vilken sort? Är hon allergisk mot något annat?

2. Vilka för- och nackdelar finns med olika behandlingsalternativ?

Våra andrahandsantibiotika ger generellt mer biverkningar för patienten, innebär högre kostnader och större påverkan på normalflora och resistensutveckling.

PcV är ett smalspektrumantibiotikum som således påverkar normalfloran mindre än bredare preparat, och dess effekt på utvecklingen av resistent bakterier är troligen begränsad. PcV har god effekt mot pneumokocker som är både den vanligaste och farligaste patogenen vid samhällsförvärd pneumoni hos lungfriska vuxna.

Det kan vara frestande att behandla pneumoni med exempelvis doxycyklin, dels för att täcka eventuella atypiska bakterier som mykoplasma, dels för att en del patienter säger sig vara allergiska mot pc. Doxycyklin har dock snarare sämre effekt mot pneumokocker än vad pcV har. Det är också bredare och har sannolikt större påverkan på normalflora och resistensutveckling.

Amoxicillin rekommenderas vid pneumoni hos barn under 5 år och till KOL-patienter eftersom man här vill täcka för Hemophilus influenzae. Amoxicillin är inget alternativ vid misstanke om äkta pc-allergi.

3. Är det vanligt med allergi mot penicillin?

Ungefär 5–10 % av befolkningen uppger själva att de inte tål penicillin. Någon form av allergi mot penicillin kan bekräftas hos mindre än 10 % av dessa, men endast en liten del är allvarliga reaktioner. Det är vanligt att infektioner i sig ger upphov till både urtikaria och andra typer av utslag som då lätt kan misstolkas som allergi mot läkemedel. Risken för allergi mot penicillin är mindre hos barn och låg vid peroral behandling.

4. Vilka typer av allvarliga reaktioner mot penicillin finns det?

IgE-medierade allergiska reaktioner (typ I-reaktioner) uppträder nästan alltid mycket tidigt i behandlingen. Studier omfattande alla åldersgrupper har visat att anafylaxi debuterar inom 60 minuter efter intag av antibiotika i 96 % av fallen. IgE-medierade allergiska reaktioner kan yttra sig som anafylaxi, angioödem, uttalad urtikaria och astma. Vid någon av dessa allvarliga reaktioner ska antibiotikabehandlingen avbrytas, journalen varningsmärkas och biverkningsanmälan skickas. Akutbehandling ges och vid de kraftigaste reaktionerna remitteras patienten till sjukhus.

T-cellsmedierade reaktioner (typ IV-reaktioner) är ovanliga men kan vara mycket allvarliga. De uppkommer dagar till veckor efter att behandling med ett läkemedel inletts och innefattar bland annat mukokutant syndrom (Stevens-Johnson syndrom) och toxisk epidermal nekrolys. Även här ska antibiotikabehandlingen avbrytas, journalen varningsmärkas och biverkningsanmälan skickas. Patienterna kräver sjukhusvård.

5. Finns det mindre allvarliga reaktioner?

Makulopapulösa exantem kan utgöra typ IV-reaktioner. Om andra symtom som klåda, allmänpåverkan, smärtor, feber, blåsbildning och slemhinnepåverkan saknas behöver behandlingen dock inte avbrytas och patienten kan få preparatet igen vid ett senare tillfälle.

Gastrointestinala besvär är också mycket vanliga vid antibiotikabehandling och är inte ensamma ett tecken på allergi.

Vid utslag med klåda eller lindrig urtikaria ska antibiotikabehandlingen avbrytas och indikationen för fortsatt antibiotikabehandling omprövas. Kvarstår indikationen för antibiotika, ge annan typ av antibiotika och utred patienten i lugnt skede avseende eventuell allergi.

6. Behöver Katarina utredas avseende sin allergi? I så fall hur?

Om och hur Katarina behöver utredas vidare avgörs av vad du fått veta mer om hennes eventuella reaktion på penicillin.

Lindriga besvär som inte behöver utredas

Om hon beskriver att hon några dagar in på en kur fått utslag som inte kliade eller var förknippade med andra symtom behöver hon inte utredas vidare utan kan få penicillin som vanligt. Samma sak gäller om hon fick diarré eller illamående. Eventuell varningsmärkning ska tas bort.

Allvarliga reaktioner

Beskriver hon mycket allvarliga symtom som anafylaxi eller mukokutant syndrom ska hon

inte behandlas med penicillin igen. Journalen ska varningsmärkas.

Misstänkt allergi som ska utredas

Vid symtom som kan tyda på IgE-medierad allergi av mindre allvarlig grad, exempelvis urtikaria, rekommenderas utredning. Utredningen innehåller i huvudsak tre delar: *Specifikt IgE, hudpricktest och provokation*. Specifikt IgE kan tas på vårdcentralen medan hudpricktest och provokation som regel utförs på allergimottagning. *Specifikt IgE* mot penicillin kan tas två veckor till minst sex månader efter reaktionen. Observera att ett förhöjt specifikt IgE kan vara falskt positivt, men ett negativt specifikt IgE innebär vanligtvis att patienten saknar allergi mot penicillin. *Hudpricktest* kan användas under en betydligt längre tid efter reaktionen. *Provokation* med penicillin kan utföras om specifikt IgE eller hudpricktest har gett ett negativt resultat och man vill säkerställa att patienten inte har en IgE-medierad allergi. Om patienten har reagerat med anafylaxi, det vill säga systempåverkan på hjärta, blodtryck eller andning, eller annan svår överkänslighetsreaktion ska provokation inte utföras. Man kan också använda provokationstest utan föregående testning om man tror att sannolikheten för en allergi är låg.

Vid misstanke om en T-cellsmedierad reaktion (typ IV) görs epikutantest.

I Region Stockholm gäller följande uppdelning:

För patientbesök med ev. pricktest och provokation – ställ remissen till allergimottagningen på Karolinska eller allergimottagningen vid St Görän. Om specifikt IgE är taget på vårdcentralen och negativt kan provokation peroralt göras redan i samband med nybesöket. För patientbesök med ev. epikutantest – ställ remissen till hudkliniken, inflammationsenheten i Solna.
För teoretisk konsultation utan patientbesök – ställ remissen i TC till H Läkemedelsinformation (läkemedelsinformationscentralen Karolic vid klinisk farmakologi).

7. Hur stor är risken för korsallergi mellan penicilliner och andra betalaktamantibiotika?

Första generationens cefalosporiner (cefadroxil och cefalexin i Sverige) kan korsreagera med penicilliner, men risken för korsallergi med penicillin är försumbar med de parenterala cefalosporiner (tredje generationen och uppåt) som finns på marknaden idag. Monobaktamer kan ges med försiktighet vid behov. Karbapenemer ska inte ges till patienter som reagerat på penicillin med anafylaxi eller uttalad urtikaria tidigt i behandlingsförloppet.

8. Finns det några nackdelar med att vara allergisk mot penicillin?

Varningsmärkning för betalaktamantibiotika i journalen har visat sig leda till längre sjukhusvistelse, högre risk för återinläggning och högre prevalens antibiotikaresistenta mikroorganismer. Vid svåra infektioner kan det vara svårare att hitta en bra antibiotikabehandling när alternativen begränsas av en möjlig allergi.

En varningsmärkning som visar sig vara utan grund ska tas bort.

Referenser

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

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

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

Fallet är faktagranskat av Victoria Strand, specialist på allergisjukdomar och med dr vid Astma- och Allergimottagningen vid Sankt Görans sjukhus, och Eva Vikström Jonsson, docent, överläkare, FO Klinisk farmakologi, Karolinska universitetssjukhuset och ledamot i Region Stockholms läkemedelskommittés expertgrupp för lung- och allergisjukdomar.

Publicerad 2020-05-15