



Minnesanteckningar från allergironden på Skärholmens Vårdcentral den 17 september 2014

Deltagare: från primärvården kom 12 läkare, 10 ssk/dsk, och 1 sjukgymnast, sammanlagt 23 personer representerande 12 olika vårdenheter. Från AC Syd Nikos Lazarinis vuxenallergolog, Daiva Helander barnallergolog, Maria Skedinger vuxenallergolog, Jan Dahllöf distriktsläkare och Marianne Eduards astma/KOL ssk.

Ronden inleddes med presentationsrunda bland deltagarna, därefter en kort presentation av allergirondsverksamheten som är ett utbildnings och diskussionsforum, samt har en hemsida med samlad information och minnesanteckningar /www.allergicentrumstockholm.se/

Frågor och fall:

Fråga: I standardpanel för pricktest ingår mögelsporerna alternaria och cladosporium vilka sällan ger utslag och ofta av patienterna blandas ihop med inomhusmögel. Är det relevant att vi fortsätter ha dessa i våra paneler i primärvården? De är dessutom licenspreparat och krångliga att beställa. **Maria och Nikos:** Nej, man borde kunna ta bort dem. **Marianne:** När det gäller barn utgår man oftare från symtomen och testar det som det finns anamnes för, kanske kan man börja tänka i samma bana även för vuxna? **Nikos:** När det finns husdjur i hemmet bör man kolla detta även om anamnes ej finns.

Fall 1: Patient med klåda i ögonen under våren, spec. IgE är negativt och på aktuell VC utförs ej pricktest. Bör man skicka för pricktest? **Maria och Nikos:** Tveksamt. Hur kommer handläggningen påverkas? Prova antihistamin, kan hjälpa ändå.

Fall 2: 30-årig kvinna som ofta söker akut. Har en astmadiagnos som enl. lungläkare är tveksam. Ängest. Ofta UVI:er. Coccilana hjälper mot hosta. Är allergisk mot Lexinor, PC mm, reagerar med svullnad, andningssvårigheter, utslag. Negativ rast för amimox, celexid och benso pc. Psykologisk påverkan? Provokation inplanerad på Lung-allergimottagningen. **Nikos:** Sällsynt med allergi mot flera olika klasser av antibiotika. Man bör utreda och provocera mot PC eller amimox i först hand för att utesluta risk för allvarlig allergisk reaktion. Budskap efter provokationen om bara utslag uppstår är att detta ger inte anafylaxi, ta antihistamin i kombination med antibiotika.

Föreläsning av Nikos Lazarinis om läkemedelsöverkänslighet (här förkortad version)

WHO:s klassifikation av läkemedelsreaktioner:

- Typ A - Dosberoende, förutsägbar (inklusive överdoser, bieffekter, interaktioner). Gäller de flesta patienter.

- Typ B - Dosoberoende, oförutsägbar, allvarlig vid den dosen som används normalt. Förekommer hos en liten subgrupp av befolkningen.
- Läkemedelsallergi - Typ B reaktion med en definierad immunologisk mekanism.

Klassifikation av läkemedelsallergi:

Typ I – IgE, mast cell involverat. Snabb reaktion. Ger anafylaxi, angioödem, urticaria

Typ II – IgG involverat. Ger cytopeni.

Typ III – IgM/IgG och komplement involverat. Ger serumsjuka, urticaria, vasculit.

Typ iV - T-celler involverade. Fördröjt reaktion, mest symptom från hud, slemhinnor.

Olika celler kan var involverade i reaktionerna. Ju längre intervall mellan läkemedelsintag och reaktion - desto mindre trolighet för IgE-inblandning.

- Symtom på omedelbar reaktion - klåda i handflator och på fotsulor, rodnad, angioödem, urticaria, rinit, bronkobstruktion, gastrointestina symtom, anafylaktisk chock.
- Symtom på icke omedelbar reaktion: kontaktdermatit, mässlingliknande utslag, hepatit, hemolytisk anemi, vaskuliter.

Handläggning:

I akut skede: Detaljerad beskrivning av symtom och tecken. Typ av reaktion, hur/när började reaktionen, lokalisation av symtom, utveckling. Undersökning av hud och slemhinnor, blodstatus och S-Tryptas (inom 6 timmar).

Allergi utredning : 4-6 veckor efter tillfrisknande.

Dokumentera all medicinering, gammal och ny, upp till 2 veckor före reaktionen.

Pricktest (specialistmottagning) pcV, PcG, Amimox,

In Vitro metoder: Immunocap - PcV, PcG, Amoxicilloyl, Ampicilloyl, Cefaclor.

Lägre sensitivitet än pricktest.

Tänk på att IgE avtar successivt över tid. Kan alltså vara svårt att fastställa läkemedelsallergi långt efteråt. IgE avtar först i blodet och därefter i huden och därför kan pricktest vara positiv under längre tid än Immunocap. Det kan då bli nödvändigt med provokation, speciellt om det är ett läkemedel patienten bedöms behöva. Remittera alltså alltid typ 1-reaktioner på läkemedel. Ta gärna Rast först.

Läkemedelsprovokation utförs öppen eller blind placebokontrollerad. Patienten får en perifer nål. Puls, bltr och Pef mäts mellan dosstegen (30-minutersintervaller) samt en timme efter avslutad provokation. Patienten uppmanas kontakta allergimottagningen om symtom uppstår hemma. Vid negativ provokation bedöms att ingen risk finns för en omedelbar reaktion i framtiden.

ASA/NSAID-överkänslighet:

Olika studier visar olika prevalenssiffror, varierar mellan 4,3 och 11 % jämfört med 0,5 till 2,5 % i populationen. Hos patienter med kronisk rinosinuit och/eller näspolyper är förekomsten 30-40 %.

Symtom: urticaria, angioödem, makulopapulöst exantem, bronkospasm, anafylaxi.

Handläggning: Flera studier har visat att de flesta patienter tål COX-2 hämmare. Om det finns tydlig anamnes och korrelation till ASA/NSAID intag-symptom och patienten behöver NSAID provoceras patienten med COX-2 hämmare (Arcoxia eller Celebra). Om diffus anamnes och osäker koppling går man istället vidare med ASA-provokation, peroral när urticaria och angioödem uppstått och bronkialprovokation vid misstänkt bronkospasm.

På Lung-allergikliniken, Karolinska Huddinge är man intresserad av NSAID-intolleranta patienter för forskning.

Fråga: Vid klåda ser man ofta förhöjt Total-IgE, hur ska man tolka det? **Nikos:** Det är vanligt att Total-IgE är förhöjt vid klåda och eksem och det säger inte så mkt. Värt att tänka på kan vara "overspill fenomen" som innebär att vid högt Total-IgE kan alla titrar på en panel vara lätt förhöjda utan att det betyder något. Oftast inget prov man behöver ta.

Fråga: Kan värme förvärra läkemedelsreaktioner? **Nikos:** Inte immunologiskt, dock kan värme göra urticaria jobbigare.

Fråga: Kan man ge antihistamin till patienter som alltid får utslag av antibiotika? **Nikos:** Ja, 2 - 4 tabl/dag.

Fråga: Ska NSAID-intolleranta patienter stå på Montelukast/Singulair? **Nikos:** Ja, om det finns eosinofili och polypos så svarar de bättre på det än andra patienter. Ibland kan man fundera på om man ska gå upp i dos på Montelukast. Som det nu är ger man 10 mg till alla patienter oavsett ålder, storlek och vikt. **Daiva:** Hos barn har man sett en del biverkningar av Montelukast som huvudvärk, mardrömmar och personlighetsförändringar. Värt att vara uppmärksam på.

Fråga: Ppd är slut i lager, vad ska man göra istället? **Svar:** Remittera till infektionsklinik eller ta blodprov IgRA istället.

Övrig diskussion: Ett problem med spirometriprogrammet Welch Allyn är att det ibland är svårt att ändra längd och vikt i spirometribilden. När man sedan ska skriva i journalen och går tillbaka för att titta så står de gamla parametrarna kvar. Detta är ett problem speciellt när det gäller barn. Företaget har svarat att parametrarna tankas över från journalen och att man i så fall måste kontakta IT-avdelningen och be dem ändra på detta. ssk Lena Skytt, Skärholmen har suttit med i upphandlingsgruppen och har kontakt med insatt IT-person. Lena och undertecknad går vidare med problemet.

Nästa rond på Tullinge VC 16 oktober, ämnet blir hud.

Vid pennen
Marianne/ rev. av Nikos