Mats Holmström, docent, klinikchef, öron-, näs- och halskliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala
(mats.holmstrom@ent.uas.lul.se)

Icke-allergisk rinit oväntat vanligt

Brokig skara tillstånd kan ge näsbesvär utan samtidig infektion eller allergi

II Näsan är inte bara en framträdande kroppsdetalj i kraniet utan också lokal för talrika sjukdomsprocesser. Nästan alla drabbas årligen av en eller flera övre luftvägsinfektioner, och allergi i luftvägen har blivit ett alltmer omfattande problem. Denna artikel skall belysa näsproblem av icke-infektiös och icke-allergisk natur, vilket är betydligt vanligare än vi hittills trott. Detta belystes i en avhandling från Göteborg i december 2001 [1].

Att det är viktigt att identifiera denna patientgrupp understryks också av att icke-allergisk rinit utgör en oberoende riskfaktor för astma [2].

Tre huvudformer av rinit

En mängd bakomliggande tillstånd kan ge upphov till symtom från näsan. Tre huvudformer av rinit bör alltid hållas i åtanke för att underlätta diagnos och behandling: infektiös, allergisk och icke-allergisk. Patienter med infektiös eller allergisk rinit skall åtnjuta kausal behandling, vilket sällan är möjligt vid icke-allergisk rinit.

Infektiös rinit är oftast av akut karaktär som en del av en virusorsakad övre luftvägsinfektion. Bakteriell rinit, utan samtidig sinuit, är mycket ovanligt och ses främst hos individer med immunbrist och vid nedsatt mukociliär funktion i näsan. Hos barn kan purulent långdragen rinit uppträda vid IgA-brist av systemisk natur men också vid brist på sekretoriskt IgA.

Allergisk rinit uppträder oftast med samtidig konjunktivit vid allergi mot pollen eller pälsdjur. Vid kvalsterallergi kan rinit uppträda isolerat utan ögonbesvär. En faktisk ökning av allergiprevalensen har noterats, och sjukdomen är idag en folksjukdom med betydande påverkan på kroppsfunktion och livskvalitet och med stora samhälleliga kostnader [3-6].

Icke-allergisk rinit är egentligen en förkortning av icke-infektiös–icke-allergisk rinit. Begreppet innehåller en mängd olika undergrupper av rinit av såväl inflammatorisk som icke-inflammatorisk natur. Det är viktigt att driva diagnostiken så långt det går för att hitta orsaker som kan åtgärdas eller åtminstone förstås.

Var femte har näsbesvär utan allergisk eller infektiös grund

Allergisk rinit är en vanlig sjukdom med prevalenssiffror mellan 4 och 40 procent i Europa och mellan 10 och 20 procent i Sverige [6]. För både allergisk och icke-allergisk rinit varierar prevalens beroende på land, ålder på de undersökta, kön och givetvis diagnosmetod (enkät/pricktest/RAST).

För icke-allergisk rinit är prevalensen inte lika väl studerad som för allergisk rinit, vilket delvis beror på att diagnoskriterier saknas och att vår kunskap om tillståndets utveckling är osäker. I Hellgrens avhandling [1] ställdes frågan: »Har Du sedan 15 års ålder haft problem med nästäppa och/eller nysningar utan att vara förkyld?« I ett populationsbaserat vuxenmaterial (20–50 års ålder) med drygt 2 000 svar bejakade cirka 40 procent denna fråga och uppfyllde därmed författarnas kriterier för icke-allergisk rinit. Om man räknar med att knappt 20 procent i detta åldersintervall har allergisk rinit blir siffran således drygt 20 procent för icke-allergisk rinit.

Dessa siffror stämmer överens med andra skandinaviska material, liksom europeiska, som redovisat prevalenssiffror mellan 20 och 25 procent för icke-allergisk rinit [2, 7, 8]. I

SAMMANFATTAT

Näsproblem utan infektiös eller allergisk grund är betydligt vanligare än man hittills trott. Mellan 20 och 25 procent av den vuxna befolkningen beräknas lida av icke-allergisk rinit, fler kvinnor än män.

Icke-allergisk rinit kan ha olika orsaksbakgrund och klassificeras därför i olika undergrupper, t ex idiopatisk rinit, rhinitis medicamentosa, hormonell rinit, yrkesrinit, NARES.

Mekanismerna vid icke-allergisk rinit är ännu oklara. Tillståndet blir dock vanligare med stigande ålder. Därför spekuleras det över om åldersförändringar i slemhinnan kan vara en förklaring.

Icke-allergisk rinit diagnostiseras huvudsakligen med hjälp av anamnesen. Avgörande är i första hand att utesluta infektion och allergi samt bakomliggande sjukdom.

Behandlingen skall vara kausal i de fall orsaken är känd; en rad symtomatiska behandlingar har också prövats med varierande resultat.

Tabell I. Skillnader mellan allergisk och icke-allergisk rinit.

	Allergisk rinit	Icke-allergisk rinit
Ålder	Debuterar före 20 års ålder i >70 %	Debuterar efter 20 års ålder i >70 %
Allergiutredning	Positiv	Negativ
Hereditet	Ja	Nej
Andra allergiska manifestationer (eksem, astma)	Ja	Nej
Dominerande symtom	Nysning, klåda, sekretion, täppa och ögonbesvär	Täppa och sekretion
Hyperreaktivitet	Ja	Ja

andra studier har visats att bland de patienter som söker läkare för misstänkt allergi kan sådan påvisas i endast 50 procent av fallen, vilket också stämmer överens med Hellgrens siffror [9].

Icke-allergisk rinit är vanligare hos kvinnor än hos män [10], vilket avviker från fördelningen vid allergisk rinit, som är vanligare hos män.

Olika orsaksbakgrund till icke-allergisk rinit

Idiopatisk rinit är ett begrepp som skall sparas för de patienter som, trots en ordentlig utredning, inte kan ges en adekvat förklaring till sina besvär. Begreppet idiopatisk rinit har ersatt vasomotorisk rinit, som ger intryck av att dessa riniter orsakas av kärldysfunktion, vilket inte alltid är fallet. Tillståndet kan domineras av antingen nästäppa (»blockers«), nysningar (»sneezers«) eller sekretion (»runners«), och bakomliggande mekanismer varierar med stor säkerhet liksom behandlingen beroende på vilket symtom som är dominerande. Besvären är kroniska, och täppan är ofta sidoväxlande. Sammantaget är inte ögonsymtom, nysningar och klåda lika framträdande som vid allergisk rinit i avsaknad av histamin som dominerande mediator.

Dessa patienter har dock ofta nasal hyperreaktivitet, precis som allergiker, med överkänslighet för icke-specifika stimuli som:

- starka dofter (parfym, tobaksrök, diesel),
- kryddad mat,
- rödvin,
- trycksvärta,
- damm (ospecifikt),
- temperaturväxlingar.

Bilden påminner sålunda om allergi, men allergen kan inte påvisas (Tabell I). Ibland spekuleras emellertid över om att detta är en »lokal allergi« där IgE-antikroppar endast är påvisbara i nässlemhinnan och inte i hud eller blod.

Det finns till dags dato inga belägg i litteraturen för att idiopatisk rinit ökar på samma sätt som allergisk rinit. Rinitsymtom som framkallas av kryddad mat kallas ibland gustatorisk rinit. Om rinitsymtom framkallas av kraftiga känslor och om det rör sig om unga människor kallas det ibland »honeymoon rhinitis«. Rinit som provoceras av kall luft går under benämning gubbsnuva om det drabbar äldre män och »skier's nose« om det gäller unga skidåkare! Andra utlösande faktorer kan vara starkt ljus.

NARES (»non allergic rhinitis with eosinophilia syndrome«) är ett tillstånd som kännetecknas av en påtaglig inflammationskomponent i slemhinnan med eosinofiler som dominerande inflammationscell. Immunologiska reaktioner (allergi) kan inte påvisas. Överkänslighet för salicylsyra och olika konserveringsmedel är vanligt i denna grupp. Dessa patienter utvecklar också näspolyper i stor omfattning. Överkänslighet för salicylsyra brukar uppges till mellan 10 och 15 procent hos patienter med icke-allergisk rinit men är vanligare i denna undergrupp. En nyligen presenterad teori som orsaksförklaring till tillståndet är att dessa patienter har gastroesofageal reflux som orsakar inflammation, medan förekomst av gastroesofageal reflux hos patienter med allergisk rinit och idiopatisk rinit är densamma som i totalpopulationen [11].

Fakta 1

Recept på koksalt för nasalt lavage

En struken tesked (5 g) vanligt bordssalt blandas med 0,5 liter vatten (detta kan ske under uppvärmning).

Eventuellt kan lite olivolja tillsättas lösningen.

Blandningen förs in i näsan med hjälp av kanna eller speciell spruta.

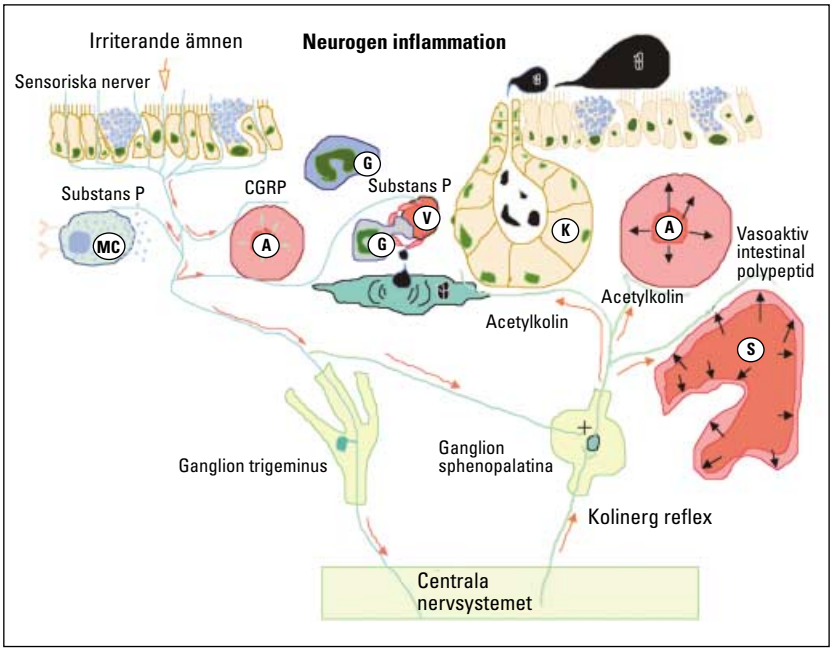
Hormonell rinit är i princip liktydigt med graviditetsrinit. Detta tillstånd, definierat som »näsbesvär uppträdande under graviditet med duration av minst 6 veckor utan samtidiga tecken på luftvägsinfektion eller allergiorsak och som försvinner komplett inom två veckor efter förlossningen«, uppträder hos 22 procent av gravida enligt studier i Göteborg av Eva Ellegård [12]. Tillståndet går inte att koppla till nivåer av könshormon under graviditet eller förekomst av atopi. Däremot är graviditetsrinit vanligare vid höga nivåer av placentatillväxthormon samt hos rökare och vid förekomst av kvalsterallergi. Denna rinit kan debutera när som helst under graviditeten och sålunda inte bara i sista trimestern, vilket varit gängse uppfattning [12]. När nästäppa dominerar kan graviditetsrinit vara ingångsport till näsdroppsmissbruk. Ingen dokumenterad effekt finns vid behandling av graviditetsrinit. Patienten skall ges lugnande besked att symtomen försvinner efter partus.

Andra hormonförändringar som ger nässymtom är hypotyreoidism och överproduktion av tillväxthormon. Båda tillstånden kan orsaka nästäppa som tidiga symtom. Diagnoserna är lätta att ställa om man bara tänker på dem!

Yrkesrinit är sannolikt ett ofta förbisett problem. I Hellgrens avhandling [1] rapporterades att rinitbesvär var överrepresenterade bland män som yrkesmässigt exponerades för trädamm, brandrök, lim och härdningsmedel och bland kvinnor som exponerades för trä- eller pappersdamm. Städare av båda könen hade likaså ofta näsbesvär. Vidare fann Hellgren att rökare var överrepresenterade bland dem med näsbesvär, vilket även påtalats av andra [13].

Vid undersökning av arbetare som exponeras för retande kemikalier (isocyanater, formaldehyd, ftalsyra, plaster) och/eller industridamm ses näsbesvär hos cirka 50 procent [14, 15]. Vid exponering för kemikalier med låg molekylvikt uppträder ofta samtidig astma. Inflammation kan påvisas i slemhinnan [16], och denna inflammation är ofta sådan att en helgs ledighet inte räcker för nedreglering. Risken finns då att den drabbade adapteras vid tillståndet och inte kopplar näsbesvären till arbetet i fråga.

Kausal terapi är givetvis elimination av irritanter med hjälp av arbetsplatsbyte eller inkapsling av processer, ökad ventilation och slutet utsug. Upprepad information skall också ges med uppföljning av att skyddsutrustning används. Näsköljning kan ofta minska besvären och är en i princip ofarlig metod [17] (Fakta 1). Eftersom inflammation ofta uppträder i



Figur 1. *Tänkbara mekanismer bakom nasal hyperreaktivitet och sensoriska nervers betydelse härför. För att aktivera funktionella element i nässlemhinnan (körtlar, blodkärl) kan irriterande ämnen eller termisk retning aktivera sensoriska nervändar i slemhinnan, varvid neurotransmittorer som substans P och CGRP (calcitonine gene-related peptide) frisätts lokalt med kärldilatation i arterioler (A) och plasmaläckage i venoler (V) som följd. Eventuellt påverkas även mastceller (MC) och granulocyter (G). Nervledningen går sedan vidare, via ganglion trigeminus, till centrala nervsystemet. En kolinerg impuls fortleds via ganglion sphenopalatina, vilket ger upphov till sekretion i körtlar (K) samt dilatation i arterioler (A) och venösa sinusoider (S). Viktiga transmittorer härvid är acetylkolin och vasoaktiv intestinal polypeptid. Olika nivåer i detta system kan påverkas: inflammationsgrad, slemhinnans genomsläpplighet, nervändars retningströskel, kontrollfunktion i centrala nervsystemet, obalans i efferent nervflöde och ändrad känslighet för nervstimulering i körtlar och kärl vilket teoretiskt kan leda till en obalans i systemet och nässymtom (fritt efter Pär Stjärne, öron-, näs- och halskliniken, Huddinge Universitetssjukhus).*

Fakta 2

Behandlingsråd vid rhinitis medicamentosa

Förklara orsak.

Förklara att prognosen är mycket god om patienten klarar en vecka utan vasokonstriktor.

Sätt ut vasokonstriktorn och ge nasal steroid i 4–6 veckor.

Överväg samtidigt peroral steroidbehandling i 2–3 veckor.

Samtidig behandling med koksalt kan prövas.

Uteslut underliggande orsak (septumdeviation, polyper, allergi).

Följ upp efter cirka 4 veckor.

Om ovanstående misslyckas kan konkareduktiv kirurgi övervägas.

slemhinnan vid yrkesrinit kan nasala steroider prövas, men vetenskaplig dokumentation saknas.

Läkemedelsorsakad rinit kan ses i form av nästäppa till systemiskt givna preparat såsom:

- psykofarmaka (α-receptorblockerare/klorpromazin),
- blodtryckssänkare (α-receptorblockerare, kärlvidgare eller betablockerare/metyldopa, hydralazin eller propranolol),
- ACE-hämmare (främst sekretion),
- salicylater (täppa och sekretion).

Den vanligaste nasala läkemedelsbiverkan är dock rinit sekundärt till långvarigt bruk av lokal vasokonstriktor, vilket i dagligt tal benämns rhinitis medicamentosa. Dagens alfa-2-adrenoagonister är synnerligen potenta vasokonstriktorer, men kan tyvärr ge upphov till en rekyleffekt i form av svullnad och toleransutveckling efter några veckors behandling. Denna iatrogena nästäppa leder patienten in i en ond cirkel av fortsatt näsdroppsbruk. Försäljningen av slemhinneavsvällare har ökat kraftigt sedan recepttvånget försvann på 1980-talet, och det kliniska intrycket är att problemet med rhinitis medicamentosa har ökat under motsvarande tid. Vid handläggning av dessa patienter är det viktigt att inte glömma bort att det kan finnas en underliggande orsak i näsan till missbruket. Denna orsak, t ex polyper, allergi eller septumdeviation, kan behöva behandling per se. Vid handläggning av rhinitis medicamentosa kan råden i Fakta 2 vara till vägledning. Patienten skall ha stöd och följas upp. Stor risk föreligger för återfall vid kommande luftvägsinfektioner om patienten börjar använda lokala avsvällare ånyo.

Multipel kemisk känslighet är ingen sjukdomsentitet för sig utan ett förvärvat tillstånd som brukar tillskrivas personer som har en mycket uttalad känslighet för olika kemikalier. Det finns speciella arbetskriterier för tillståndet [18], som bland annat omfattar att symtom skall kunna utlösas vid exponering för olika kemikalier i nivåer som är flera standardavvikelser under dem som framkallar besvär »i allmänhet«. Denna överretbarhet kan drabba olika slemhinnor och inte bara näsan. Kliniskt användbara metoder att påvisa denna nasala överreaktivitet saknas dessvärre liksom andra metoder för biologisk diagnostik. Tillståndet rapporteras vara vanligare bland kvinnor. Psykiatriska diagnoser är överrepresenterade men kan lika väl vara sekundära. Personer som utvecklar besvär i kontors- eller bostadshus kan ibland räknas till denna grupp.

Systemsjukdomar som framkallar rinit finns det flera exempel på. Vid Wegeners granulomatos är rinit ofta ett tidigt symtom med långdragen snuva, sinuitliknande besvär, skorpor och blödningar. Analys av c- och p-ANCA (antikroppar mot proteinas 3 respektive myeloperoxidas) har gjort diagnostiken enklare och säkrare. Näsbiopsi skall dock alltfort göras på vida indikationer från makroskopiskt förändrade områden för att säkerställa denna diagnos. Vid Wegeners granulomatos kan näsköljning ofta minska besvären. Patienterna skall hjälpas med regelbunden manuell rengöring från krustor, rekommendation om dagliga koksaltlavage och näsolja (t ex naturläkemedlet Nozoil) som lokala komplement till den systemiska behandlingen.

Sarkoidos kan ge en mycket besvärande nästäppa där grundorsaken lätt förbises om den inte hålls i åtanke och om inte biopsi tas. LED (lupus erythematosus disseminatus) och polykondrit är andra systemiska sjukdomar med nasala mani-

Tabell II. Differentialdiagnoser vid icke-allergisk rinit.

Undersökningsfynd	Åtgärd
Infektion (pus, krustor)	Överväg antibiotika
Pricktest eller RAST-positiv	Elimination/allergibehandling
Näspolyper	Steroider och om ej bra operation
Tumör	Biopsi och fortsatt utredning
Septumdeviation	Överväg operation
Slappa näsvingar	Överväg operation
Ensidig sekretion	Uteslut sinuit, tumör, främmande kropp

festationer där näsengagemanget kan vara ett tidigt tecken. Systemiska sjukdomar skall alltid hållas i åtanke när man har patienter med långdragna näsbesvär som inte går att förklara. Cystisk fibros kan också räknas till denna grupp och då med speciell hänblick mot ökad risk att utveckla näspolyper.

Oklara mekanismer vid rinit utan allergiskt inslag

Vilka är då mekanismerna vid icke-allergisk rinit? Det enklaste vore att skriva: Vi vet inte säkert! Under begreppet ryms en brokig skara tillstånd där olika mekanismer säkert kan uppträda. Den vetenskapliga grunden är sålunda ganska tunn, och mycket blir spekulationer. Mot bakgrund av att icke-allergisk rinit blir vanligare med stigande ålder spekuleras det över huruvida den är ett uttryck för åldersförändringar i slemhinnan. Dessa avspeglar att vi med stigande ålder blir allt sämre på att försvara oss mot inhalerade ämnen, med nasal hyperreaktivitet som följd. Vi vet t ex att antalet cilieförande celler minskar med stigande ålder, antalet bägarceller minskar, basalmembranet blir tjockare, luktepitelet minskar i omfång, sekretoriskt IgA minskar och kärlbädden minskar [19]. Provokation med histamin och metakolin framkallar inte heller lika påtaglig sekretion hos näsfriska pensionärer som hos dito unga vuxna, och högre doser behövs till de gamla för att få likvärdiga svar [19]. Vad är det då som gör att ändorganen, kärl och körtlar, överreagerar på yttre stimulus och orsakar symtom som täppa och sekretion? Detta kan sannolikt initieras på olika nivåer i enlighet med Figur 1.

Grad av inflammation i slemhinnan: Eosinofil inflammation är förvisso inte en förutsättning för nasal hyperreaktivitet. Studier har visat att patienter med idiopatisk rinit kan ha både normala och förhöjda nivåer av eosinofiler. Eosinofila mediatorer som ECP (eosinophil cationic protein) är också på normalnivåer hos patienter med nasal hyperreaktivitet och icke-allergisk rinit [20]. Det kliniska intrycket är dock att de patienter som har mer uttalad eosinofili också har en besvärligare rinit, t ex patienter med NARES. Vid allergisk rinit finns också en klar korrelation mellan grad av inflammation och nasal hyperreaktivitet.

Ökad genomsläpplighet i slemhinnan för irritanter: Denna faktor är mycket svår att mäta. Vid allergisk rinit vet man dock att permeabiliteten ökar under säsong, vilket också kan bidra till ökad nasal hyperreaktivitet [21].

Sänkt retningströskel i sensoriska afferenta nervändar: Dessa nerver svarar på mekanisk, termisk, kemisk retning och på förändringar i osmolaritet. Detta område har tilldragit sig stort intresse under de senaste 10–15 åren. Kapsaicin har använts som testsubstans, eftersom detta ämne sannolikt inte påverkar andra funktioner i nässlemhinnan än retning av sensoriska C-fibrer. Vid retning med kapsaicin frisätts CGRP (calcitonine gene-related peptid) och substans P. Dessa neuropeptider kan verka som neurotransmittorer, men de kan också verka lokalt i slemhinnan, med ökad körtelaktivitet och kärlpermeabilitet som följd. Dessutom kan de eventuellt påverka slemhinnans permeabilitet. Om det verkligen föreligger ökad känslighet med sänkt retningströskel i dessa nervändar vid nasal hyperreaktivitet är dock osäkert, eftersom studier ger motsägande resultat. Vid allergisk rinit sjunker emellertid retningströskeln under pollensäsongen [22]. Detta sannolikt som ett uttryck för att sensoriska nerver får en lägre retningströskel vid inflammation. För teorin talar också behandlingsstudier med kapsaicin som resulterat i minskad nasal hyperreaktivitet under några månader efter genomförd behandling.

Förändrad kontrollfunktion i centrala nervsystemet av efferenta nervimpulser till slemhinnan: Detta är svårt och osäkert, men vi vet att känslor och stress kan påverka allergiska reaktioner, och eventuellt kan detsamma gälla för icke-allergiska reaktioner.

Obalans i det efferenta nervflödet där sympatikusstimulering leder till kärlkontraktion i slemhinnan och parasympatisk stimulering medför sekretion från körtlar: Teorin om obalans i det autonoma nervsystemet har varit förhärskande i flera decennier som förklaring till besvär vid icke-allergisk rinit och orsaken till benämningen »vasomotorisk rinit«. Teorin bygger på att det sympatiska nervflödet är undertryckt till förmån för det parasympatiska vid icke-allergisk rinit, med ökad risk för slemhinnesvullnad respektive sekretion som följd. Det vetenskapliga underlaget är dock tunt.

Ökad känslighet i näsans körtlar och nerver för stimulering: Detta är en faktor som också kan övervägas.

Utredning och differentialdiagnostik baseras på anamnes

Uteslut infektion: Vid utredning av rinit bör man alltid ställa sig frågan: Har patienten några tecken på infektion, eller kan det vara allergi? I princip kan sägas att det är ganska osannolikt med infektiös rinit, eller till och med rinosinuit, om det inte finns inslag av purulent sekret i näsan. Vid misstanke om bakteriell infektion skall givetvis behandling ske med adekvata antibiotika, gärna baserad på odling med resistensbesked. Virusorsakad rinit brukar ha kort varaktighet och inte vålla några stora problem.

Uteslut allergi: Perenn allergi som orsakas av kvalster eller mögel, men ibland även av husdjur, kan vara mycket svår att skilja från icke-allergisk rinit vid klinisk undersökning och anamnes. Man bör inte heller glömma att den som är kattallergiker kan exponeras för symtomorsakande allergennivåer i offentliga lokaler och allmänna färdmedel. Patienter med näsbesvär utanför pollensäsong bör därför bli föremål för allergiutredning som skall ske efter lokala resurser och traditioner. I framtiden kanske vi kan mäta proteiner i nässekretet som är specifika för allergi men som inte ses vid icke-allergisk rinit [23].

Ta anamnes: Sedan infektion och allergi uteslutits gäller det att gå vidare mot de olika undergrupperna av icke-allergisk rinit. Anamnes är av största vikt, inte minst vid yrkesrinit där förbättring under semester kan ge ledtråd om orsak. Näsdroppsmissbruk brukar inte patienten vilja tillstå, utan det är bättre att fråga hur lång tid effekten av vasokonstriktorn sitter i. Om svaret är mindre än fyra timmar talar det för toleransutveckling baserad på överbruk. Likaså kan graviditetsrinit ofta debutera under första trimestern då graviditeten inte är så påfallande på utanskriften! Patienter med salicylintolerans kan reagera mot livsmedelstillsatser utan att vara medvetna om denna koppling. Vid oklara tillstånd skall allmäntillstånd, ➨

ANNONS

ANNONS

ANNONS

ANNONS



Figur 2. *Näsa med stor conca inferior före avsvällning (till vänster) och efter avsvällning (till höger) med conca inferior och conca media väl synliga.*

Fakta 3

Remiss till specialist vid icke-allergisk rinit

Remittera patienten till öron-, näs- och halsspecialist vid följande indikationer:

– Terapiresistens trots lokala steroider i 3 månader.
– Icke-allergisk rinit och strukturell förändring (näs-/septumdeviation).
– Ensidig sekretion eller täppa av oklar orsak.

artralgier och hudproblem efterfrågas. Vid undersökning av rinit är det också värdefullt att ställa frågor om astma och bronkiell överkänslighet. Det är en stor samsjuklighet i näsa och lungor vid såväl allergisk som icke-allergisk luftvägsinflammation. I den högspecialiserade sjukvården finns risken att detta helhetstänkande glöms bort.

Undersök patienten: Den kliniska undersökningen syftar främst till att finna strukturella förändringar (Tabell II) som är viktiga differentialdiagnoser och som vid behov skall handläggas kirurgiskt. Slemhinnans utseende ger ingen vägledning vad gäller att skilja allergisk rinit från icke-allergisk rinit. Undersökningen kan göras med nässpekulum, otoskop eller med optik. Undersökning skall göras efter det att man gjort insynen i näsan optimal med hjälp av avsvällande medel, såsom vasokonstringerande nässprej eller adrenalininnehållande lokalbedövning på bomullstuss. Låt medlet verka i 10–20 minuter. Sedan kan näsan undersökas, och behållningen blir garanterat mycket större (Figur 2).

Det finns inte några bra instrument för diagnos av nasal hyperreaktivitet. Histamin- och metakolintest, som används för att påvisa bronkiell hyperreaktivitet, ger förvisso kraftiga symtom från näsan, liksom kall torr luft vid tillförsel till patienter med icke-allergisk rinit. Det saknas dock objektiva mätinstrument för att påvisa såväl sekretion som täppa. Varken näs-PEF (peak expiratory flow), rinomanometri eller akustisk rinometri har visats användbara i sammanhanget. Rinostereometri med histamintest har rapporterats användbart för mätning av nasal hyperreaktivitet [24], men metoden är alltför omständlig för kliniskt bruk.

Blodprov som Hb, vita blodkroppar, SR och C-reaktivt protein har endast betydelse vid misstanke om systemiska sjukdomar. Slätröntgen och datortomografi har knappast heller någon betydelse vid utredning av icke-allergisk rinit. Vid infektiös rinit kan dock såväl blodprov som röntgen vara indicerat.

De olika tillstånd som faller under rubriken icke-allergisk rinit diagnostiseras sålunda huvudsakligen med hjälp av anamnesen. För den stora gruppen patienter med idiopatisk rinit och nasal hyperreaktivitet blir diagnosen en uteslutningsdiagnos sedan allergiutredning utfallit negativt eller om den varit positiv men inte vad gäller allergen relevanta för patientens exponering.

Glöm inte att ensidiga symtom alltid skall väcka till eftertanke. Tumör eller infektion bör uteslutas hos vuxna och främmande kropp hos barn. Varken allergisk eller icke-allergisk rinit är ensidig (Fakta 3).

Kausal behandling självklar grund vid icke-allergisk rinit

Behandlingen skall givetvis vara så kausal som möjligt, vilket sällan är lika givet vid icke-allergisk som vid infektiös och allergisk rinit. I behandlingsstudier är oftast patientgrupper med icke-allergisk rinit synonymt med idiopatisk rinit, varför resonemangen nedan gäller denna grupp om inte annat anges.

Om man tittar i Fass vilka läkemedel som är godkända på indikationen icke-allergisk rinit blir listan kort:

- lokala steroider (beklometason, budesonid, flutikason och mometason),
- ipratropiumbromid,
- fenylpropanolamin,
- pseudoefedrin i kombination med dexbromfeniramin.

Listan över behandlingar som prövats på denna indikation blir dock avsevärt längre.

Steroiders antiinflammatoriska effekter torde förklara att de är verksamma till patienter med icke-allergisk rinit när inflammation föreligger i slemhinnan. Flutikasonsprej minskar sålunda antalet CD3-positiva celler, mängden major basic protein, antalet tryptaspositiva celler och mängden mRNA för IL-4 och IL-5 vid behandling av patienter med icke-allergisk rinit [25]. Effekten av lokala steroider vid behandling av icke-allergisk rinit är dock inte lika bra som vid behandling av allergisk rinit. Totalt 58 procent blev bättre i en studie med mometason jämfört med 47 procent i en kontrollgrupp [26]. Koksalt i placebosprejen kan eventuellt förklara den höga förbättringsprocenten i kontrollgruppen. Lokala steroider har effekt på nysningar, sekretion och täppa. Behandling bör genomföras i tre månader, varefter man kan pröva att sätta ut sprejen. Ofta blir dock behandlingstiderna betydligt längre, men man skall alltid sträva efter att titrera ut minsta möjliga underhållsdos.

Ipratropiumbromid har en klarlagd effekt till patienter med ökad serös sekretion [27]. Effekten är sålunda antikolinerg med hämning av kolinergt innerverade körtlar. Vid behandling kan varken antiinflammatorisk effekt eller kärlpåverkan

uppmätas och därmed ingen effekt på nästäppa heller. God effekt ses vid gustatorisk rinit.

Perorala slemhinneavsvällare (alfa-adrenerga agonister) i form av fenylpropanolamin är godkända för behandling av nästäppa vid vasomotorisk, dvs idiopatisk, rinit. Det vetenskapliga underlaget är dock mycket tunt. Dessutom är effekten inte objektivt mätbar förrän i dubbel dos (100 mg) [28]. I dessa doser ses dock ökad risk för centralstimulerande biverkningar och ökat blodtryck. En fast kombination av pseudoefedrin och det sederande antihistaminet dexbromfeniramin är också godkänd på denna indikation men sällan indicerad att förskriva för dagtidsbruk på grund av sedationsrisken.

Koksalt har vunnit ökat intresse under senare år. Detta utan något större vetenskapligt underlag. I en studie av träindustriarbetare kunde dock god symtomlindring uppmätas liksom förbättrad näsandning mätt med näs-PEF (peak expiratory flow). Förbättringen var reversibel när behandlingen avbröts [17]. I flera studier av både allergisk och icke-allergisk rinit har koksaltsprej använts som placebo med förbättring som följd hos cirka 50 procent av de behandlade. Eftersom denna terapiform är billig och ofarlig är den väl värd att rekommendera vid de flesta former av rinit, såväl allergisk som icke-allergisk (se Fakta 1 för recept). Koksalt kan också köpas som sprej på apotek (Renässans), men mängden blir härmed ganska ringa i näsan, och slemhinnan blir mer fuktad än sköljd.

Leukotriensyntesinhibitor (zileuton) har prövats till patienter med salicylintolerans, astma och icke-allergisk rinit med signifikanta effekter på symtom som nedsatt luktsinne och nasal sekretion [29].

Antihistamin som lokal sprej (azelastin) är godkänt i USA till patienter med icke-allergisk rinit, vilket baseras på två studier i vilka 82 respektive 85 procent förbättrades jämfört med drygt 70 procent i placebogrupperna [30]. Även i dessa studier användes koksaltsprej som placebo.

Kapsaicin är den starka och stickande substansen i röd peppar. I låga doser stimulerar kapsaicin C-fibrer att frisätta neuropeptider, med nysningar och vasodilatation som följd. Repetitiv tillförsel medför att nervändarna töms på neuropeptider och degenererar, med nedsatt känslighet som följd. Kliniskt medför denna behandling signifikant sänkning av nästäppa, sekretion och nysningar vid icke-allergisk rinit. Effekten är även mätbar vid allergisk rinit. Även objektiva test har visat minskat motstånd för näsandning och minskad kärldilatation, och biopsier visar minskat innehåll av neuropeptider i slemhinnan efter kapsaicinbehandling [31]. Efter avslutad behandling brukar en återgång av symtombilden mot utgångsvärden inträda inom sex månader. Problemet med denna behandlingsform, som kan förskrivas på licens, är att den är smärtsam.

Kirurgi, främst i form av konkareduktion, kan övervägas vid konkahyperplasi om behandling med lokala steroider varit resultatlös. Reduktion kan också övervägas med laser, radiofrekvensteknik eller diatermi. Effekten är ofta övergående oavsett metod. Generellt skall kirurgi användas sparsamt vid icke-allergisk rinit, och patienten skall informeras om att riniten per se inte förändras av kirurgin men att operation kan skapa mer plats i näsan, vilket kan förbättra andningen.

Botulinumtoxin har prövats på tamponad med god effekt på nasal hypersekretion vid icke-allergisk rinit. Effekten beskrivs sitta i under ett par veckor [32].

Miljöåtgärder bör vidtas för att minska faktorer som utlöser nasal hyperreaktivitet. Detta gäller åtgärder på arbetsplats och i andra miljöer för att minska exponering för damm och retande ämnen. Patienten skall också uppmanas att sluta röka, eftersom rökning verkar kunna förvärra icke-allergisk rinit.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Författaren har bedrivit läkemedelsstudier med nasala steroider för AstraZeneca, GlaxoSmithKline och Schering-Plough samt medverkat i skrifter i samarbete med dessa tre företag.

Referenser

1. Hellgren J. Non-infectious rhinitis. Epidemiology and clinic [akademisk avhandling]. Göteborg: Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborgs Universitet; 2001
2. Leynaert B, Bousquet J, Neukirch C, Liard R, Neukirch F. Perennial rhinitis: an independent risk factor for asthma in non atopic subjects. J Allergy Clin Immunol 1999;104:301-4.
3. van Cauwenberge P, Bachert C, Passalacqua G, Bousquet J, Cannonica GW, Durham S, et al. Consensus statement on the treatment of allergic rhinitis. Allergy 2000;55:1-19.
4. Bousquet J, van Cauwenberge P, Khaltaev N. Allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA). J Allergy Clin Immunol 2001;108:147-334.
5. Lund VJ. Health related quality of life in sinonasal disease. Rhinology 2001;39:182-6.
6. European Allergy White Paper. Prevalence of allergic diseases. In: Epidemiology. Bruxelles: UCB Institute of Allergy;1997. p. 14-39.
7. Jessen M, Janzon L. Prevalence of non-allergic nasal complaints in an urban and a rural population in Sweden. Allergy 1989;44:582-7.
9. Mullarkey MF, Hill JS, Webb DR. Allergic and nonallergic rhinitis: their caracterization with attention to the meaning of nasal eosinophilia. J Allergy Clin Immunol 1980;65:122-6.
11. Stein MR. Does GERD affect rhinosinusitis? New York: American Academy of Allergy Asthma & Immunology; 2002.
12. Ellegård E. Pregnancy rhinitis [akademisk avhandling]. Göteborg: Sahlgrenska Universitetssjukhuset: Göteborgs Universitet; 1999.
13. Benninger MS. The impact of cigarette smoking and environmental tobacco smoke on nasal and sinus disease: a review of the literature. Am J Rhinology 1999;13:435-8.
15. Åhman M, Holmström M, Kolmodin-Hedman B, Thelin A. Nasal symptoms and patophysiology in farmers. Int Arch Occup Environ Health 2001;74:279-84.
16. Granstrand P, Nylander-French L, Holmström M. Biomarkers of nasal inflammation in wood-surface coating industry workers. Am J Ind Med 1998;33:392-9.
17. Holmström M, Rosén G, Wåhlander L. Effect of nasal lavage on nasal symptoms and physiology in wood industry workers. Rhinology 1997;35:108-12.
18. Cullen M. The worker with multiple chemical sensitivity: an overview. Occup Med 1987;2:655-2.
19. Sanico A, Togias A. Noninfectious, nonallergic rhinitis (NINAR): considerations on possible mechanisms. Am J Rhinology 1998;12:65-72.
22. Greiff L, Svensson C, Andersson M, Persson CG. Effects of topical capsaicin in seasonal allergic rhinitis. Thorax 1995;50:225-9.
23. Iguchi Y, Yao K, Okamoto M. A characteristic protein in nasal discharge differentiating non-allergic chronic rhinosinusitis from allergic rhinitis. Rhinology 2002;40:13-7.
25. Kondo H, Nachtigal D, Frenkiel S, Schotman E, Hamid O. Effects of steroids on inflammatory cells and cytokine profile. Laryngoscope 1999;109:91-7.
26. Lundblad L, Sipilä P, Farstad T, Drozdziewicz D. Mometasone furoate nasal spray in the treatment of perennial non-allergic rhinitis: a Nordic, multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled study. Acta Otolaryngol 2001;121:505-9.

I Läkartidningens elektroniska arkiv
http://ltarkiv.lakartidningen.se
är artikeln kompletterad med fullständig referenslista.