

# Riktlinjer för allergisk rinit och astma måste nå ut

Primärvården och de lokala apoteken behöver samarbeta mer



**KARIN LISSPERS**, med dr, distriktsläkare, Gagnefs vårdcentral  
karin.lisspers@ltdalarna.se



**PETER ODEBÄCK**, distriktsläkare, Skagerns Vård och Hälsoenhet, Gullspång; Capio Primärvård, Västra Götaland  
peter.odeback@capio.se

Allergisk rinit och astma är kroniska sjukdomar som drabbar cirka en fjärdedel respektive 8 procent av svenskarna [1, 2].

Sambandet mellan allergisk rinit och astma har länge varit känt, och enligt en svensk studie från 2006 ökar risken för allergisk rinit 5-faldigt om man har samtidig astma [1]. Omvänt ökar risken för astma om man har allergisk rinit [3].

Trots att detta varit känt sedan länge, har sambandet tidigare inte tillräckligt poängterats i behandlingsrekommendationer.

År 2008 utkom en uppdatering av ARIA (Allergic rhinitis and its impact on asthma) med evidensbaserade riktlinjer, som tydligt visar detta [3]. ARIA-riktlinjerna har sedan dess översatts och anpassats till nationella förutsättningar i flertalet länder.

I en artikel i detta nummer av Läkartidningen presenterar Lars Olaf Cardell et al riktlinjer baserade på ARIA som nu för första gången anpassats efter svenska förhållanden.

Författarna betonar sambandet mellan rinit och astma men även den för många mindre kända betydelsen av icke-allergiska komponenter vid allergisk rinit. Riktlinjerna presenteras i en översiktlig algoritm, där allergisk rinit klassificeras som intermittenta (vanligen säsongsbunden) eller persisterande. Detta har betydelse för behandling- en liksom indelningen i lindrig, måttlig och svår rinit relaterat till hur symtomen påverkar patientens livskvalitet.

För att utvärdera om eventuell samti-

dig astma föreligger har fyra frågor tagits fram och om minst en av dem besvaras med »ja« föreligger indikation för astmautredning. Ytterligare fyra frågor har framtagits för att utvärdera redan känd astma.

I ARIA-dokumentet utvärderas flertalet behandlingsalternativ för rinit, varav Lars Olaf Cardell et al kommenterar de i Sverige vanligast förekommande, där lokala steroider förordas i första hand vid måttliga/svåra besvär. Något om uppkomst och utveckling av allergisk rinit presenteras liksom betydelsen av kombinationen av allergiska och icke-allergiska komponenter.

Vid utredning betonas vikten av rinoskopi efter avsvällning samt noggrann anamnes. För behandling av icke-allergisk rinit rekommenderas, förutom elimination av utlösande agens, nasala koksaltsköljningar för symtomlindring.

Det finns i dag rekommendationer för gravida med allergisk och persisterande rinit, där nasala steroider är basen för behandling. Det hade varit bra om även detta hade lyfts fram i dokumentet.

En stor utmaning är att omsätta nya riktlinjer i den kliniska verkligheten så att de kommer patienterna till godo.

Vår erfarenhet är att patienter med intermittenta/lindriga besvär själva köper sina läkemedel, och när dessa inte räcker till tar patienterna ofta kontakt med primärvården, där de flesta patienter handläggs. Ibland kan en ordination med tillfällig ökning av antihistamin-doseringen vara tillräcklig, men i de flesta fall behövs nasala steroider. Korta kurer med perorala steroider, ibland enstaka dagar, utan nedtrappning vid symtomgenombrott har också blivit mer accepterat [4].

När det gäller patienter med persisterande symtom är bilden mer komplicerad, och erfarenhetsmässigt är många av dessa patienter underbehandlade.

En utmaning är att inte missa samti-

dig förekomst av astma. På många vårdcentraler använder sjuksköterskor strukturerade frågeformulär vid telefonkontakt med patienter med astma. Man bör tänka på att använda astmaformuläret även vid måttlig/svår rinit.

Problemet kvarstår för dem som själva köper sina läkemedel. En möjlighet är att astmafrågorna används även på apoteken.

När det gäller behandling av rinit under graviditet är kunskapen varierande, och här behövs mer information och samarbete med apoteken.

Sammanfattningsvis skulle vi önska ett ökat samarbete mellan primärvården och de lokala apoteken när det gäller behandling av allergisk rinit.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Karin Lisspers har mottagit arvoden för utbildningar arrangerade av AstraZeneca och MSD. Peter Odeback har mottagit arvoden för utbildningar arrangerade av AstraZeneca, Meda, MSD och Schering Plough.*

## REFERENSER

- Eriksson J, Ekerljung L, Rönmark E, et al. Update on prevalence of self-reported allergic rhinitis and chronic nasal symptoms among adults in Sweden. *Clin Respir J*. Epub 16 aug 2011. doi: 10.1111/j.1752-699X.2011.00269.x
- Lötvall J, Ekerljung L, Rönmark EP, et al. West Sweden asthma study: prevalence trends over last 18 years argues no recent increase in asthma. *Respir Res*. 2009;10:94.
- Bousquet J, Khaltaev N, Cruz A, Denburg J, Fokkens W, Weel C, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 update (in collaboration with the World Health Organization, GA(2)LEN and AllerGen). *Allergy*. 2008;63 Suppl 86:8-160.
- Gottberg L. Stick iväg Depo-Medrol! *Läkartidningen*. 2007;104(11):885.

## ■ sammanfat tat

**Nya** behandlingsrekommendationer betonar sambandet mellan allergisk rinit och astma.

**Förslag på** behandlingsalgoritm anpassad efter svenska förhållanden ges i detta nummer av Läkartidningen.

**Ökat samarbete** mellan primärvård och apotek är en förutsättning för god implementering av rekommendationerna.