

Internationella riktlinjer för allergisk rinit har uppdaterats

Nu presenteras behandlingsalgoritm anpassad till svenska förhållanden

LARS OLAF CARDELL, professor, överläkare, öron-, näs- och Halskliniken, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm
lars-olaf.cardell@ki.se

MAGNUS WICKMAN, professor, överläkare, Sachska barnsjukhuset, Södersjukhuset; Institutet för miljömedicin, Karolinska institutet, Stockholm

JOHAN HELLGREN, lektor, överläkare, öron-, näs- och Halskliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg; ordförande Svensk rinologiskt sällskap

ANDERS CERVIN, docent, överläkare, Helsingborgs lasarett; ordförande Svensk rinologisk forskningsallians

PÅR STJÄRNE, adjungerad professor, överläkare

MATS HOLMSTRÖM, docent, verksamhetschef; de båda sistnämnda öron-, näs- och Halskliniken, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm

BARBRO DAHLÉN, docent, överläkare, lung- och allergikliniken, Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge

LEIF BJERMER, professor, överläkare, Lungmedicin och allergologi, Skånes universitetssjukhus, Lund

SVEN-ERIK DAHLÉN, professor, föreståndare, Centrum för allergiforskning, Karolinska institutet, Stockholm

För 10 år sedan genomfördes i WHO:s regi en omfattande genomgång av litteraturen om allergisk rinit och dess betydelse för astma. Arbetsgruppen, som gick under namnet ARIA (Allergic rhinitis and its impact on asthma), granskade allt som publicerats fram till och med 1999 [1]. Resultatet blev ett evidensbaserat state-of-the-art-dokument grundat på de principer som WHO tidigare slagit fast [2].

Några år senare kom en uppdaterad version kallad ARIA 2008 i tidskriften *Allergy* [3]. Med utgångspunkt från detta dokument har sedan ett flertal länder valt att ge ut nationella översättningar anpassade till lokala förhållanden [4-9].

Behandlings-schemat kan användas i primärvården

Någon svensk version har dock inte funnits. Ett samarbete mellan allergologer, öron-, näs- och Halsläkare, barnläkare och lungläkare har lett fram till förslag på en behandlingsalgoritm anpassad efter svenska förhållanden (Figur 1). Här betonas vi det nära förhållandet mellan rinit och astma. Nytt för svenska förhållanden är också att vi framhåller att en icke-allergisk komponent kan påverka symtomen vid allergisk rinit.

Som förstahandsterapi förordar vi lokala steroider och talar om dels möjligheten att använda korta perorala steroidkurer för att kuperasymtomtoppar, dels den välgörande effekten av nasala koksaltsköljningar vid besvär.

»Totalkostnaden för rinit i Sverige har nyligen beräknats till 26 miljarder kronor per år...«

Vårt behandlingsschema kan med fördel användas i primärvården, och merparten av de läkemedel som rekommenderas finns som receptfria alternativ. Det är därför inte sällan vi möter patienter med rinit som med större eller mindre framgång redan provat ett eller flera av dessa preparat. Även i de fall behandling med receptfria läkemedel varit lokalt framgångsrik, får vi inte försumma att utvärdera eventuell förekomst av samtidig astma. Detta sker lämpligen med hjälp av frågorna i Figur 2.

Intermittent eller persisterande allergisk rinit

Allergisk rinit är ett globalt hälsoproblem som drabbar 10–25 procent av världens befolkning, med försämrad livskvalitet och betydande samhällsekonomiska kostnader som följd. Totalkostnaden för rinit i Sverige har nyligen beräknats till 26 miljarder kronor per år [10].

Allergisk rinit definieras som en sjukdom med symtom från näsan, utlösta av en IgE-medierad inflammation i näsans slemhinnor efter kontakt med allergen. Enligt ARIA bör man ur behandlingssynpunkt skilja mellan intermittent och persisterande rinit. Vi har i en tidigare artikel i *Lakartidningen* diskuterat fördelarna med att dela in sjukdomen baserat på symtomens varaktighet [11].

I ARIA definieras intermittent rinit som en kontinuerlig besvärperiod understigande 4 veckor. Detta gör att många patienter med multipel pollenallergi inte uppfyller kraven för tillhörighet till gruppen intermittent rinit. Mot bakgrund av förhållandena i Sverige är det därför ofta rekommendabelt att hålla fast vid den väletablerade termen säsongsbunden allergisk rinit. Denna term återspeglar sjukdomssymtomens i tiden begränsade, men återkommande natur.

Persisterande sjukdom kan i praktiken anses föreligga hos sensibiliserade individer, vilka riskerar att exponeras för allergen under hela eller större delen av året. Den gamla termen perenn allergisk rinit för beteckning av detta tillstånd tillför inget.

För vidare terapeutisk vägledning rekommenderar ARIA att såväl intermittent som persisterande rinit i sin tur indelas i lindrig, måttlig och svår.

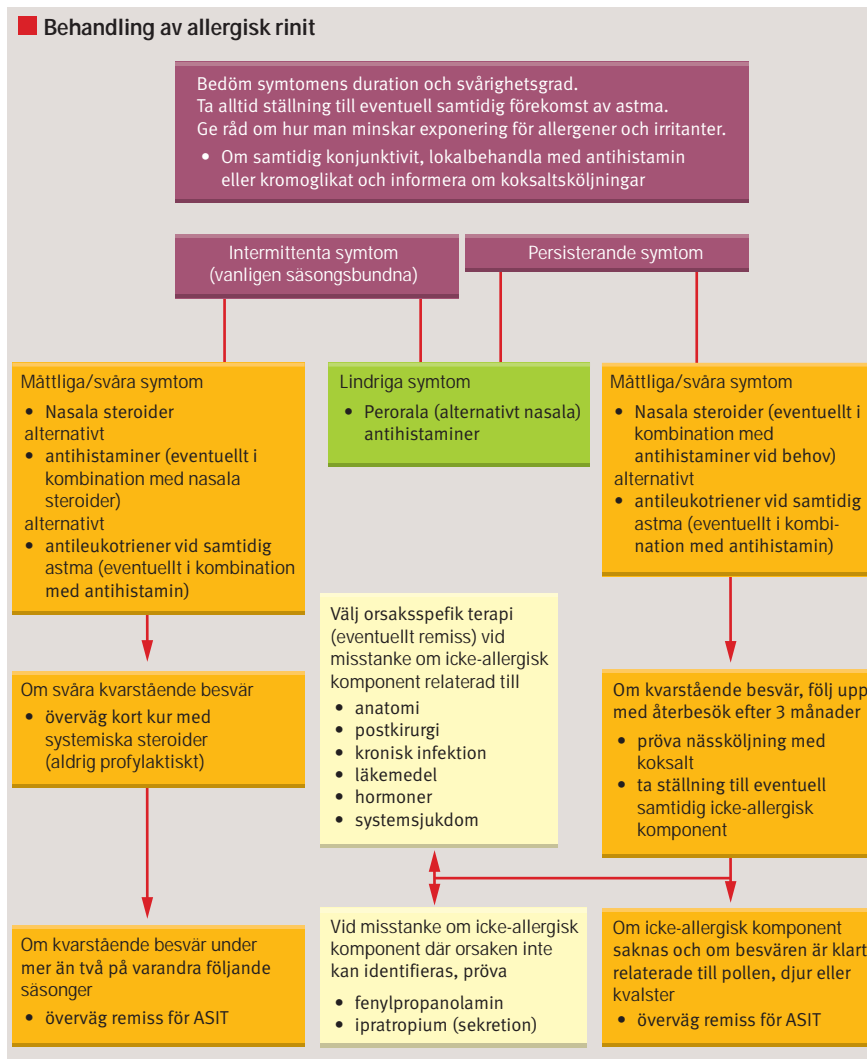
I valet mellan dessa tilläggstermer bör man lägga tyngdpunkten på i vilken utsträckning rinitssymtomen påverkar patientens normala livsföring. Lindriga symtom är enligt ARIA besvär som inte påverkar sömn och normala dagliga aktiviteter som skolgång, arbete, fritid och idrott. Måttliga till svåra symtom anses föreligga när patienten i obehandlat

■ sammanfattat

Allergisk rinit är ett globalt hälsoproblem som drabbar närmare en fjärdedel av världens befolkning, med försämrad livskvalitet och betydande samhällsekonomiska kostnader som följd.

År 2008 publicerades en omfattande litteraturgenomgång av allergisk rinit och dess betydelse för astma, kallad ARIA 2008.

Dokumentet utgör i dag grunden för hur vi ser på sambandet mellan astma och rinit i Europa. De behandlingsprinciper som där läggs fast kan sägas ha blivit normerande. **Ett försök till** behandlingsalgoritm anpassad efter svenska förhållanden presenteras i artikeln.



Figur 1. Behandlingsalgoritm anpassad efter svenska förhållanden som har tagits fram med utgångspunkt i det internationella riktlinjedokumentet ARIA 2008 (Allergic rhinitis and its impact on asthma) (ASIT = allergenspecifik immunteapi).

tillstånd upplever inskränkningar på ett eller flera av dessa områden.

Samtidig förekomst av astma måste utvärderas

En av huvudpunkterna i ARIA framhåller vikten av att alltid utvärdera eventuell samtidig förekomst av astma vid ställningstagande till behandling av allergisk rinit. Som ett hjälpmedel vid denna utvärdering har ARIA tagit fram fyra enkla frågor. Dessa återges i svensk version i Figur 2. Dokumentet redogör också för ett stort antal studier som understryker sambandet mellan astma och allergisk rinit [12-17]. Vidare kommenteras ett par studier som tydligt visar hur behandling av allergisk rinit med nasala steroider förbättrar en samtidigt förekommande astma [18, 19].

Nasala steroider förstahandsalternativ vid allergisk rinit

ARIA utvärderar ett stort antal olika behandlingsalternativ för rinit. Några av dessa förtjänar att här kommenteras. Nasala steroider föreslås som förstahandsalternativ vid behandling av måttligt till svår allergisk rinit, och dess positiva effek-

ter vid samtidiga ögonsymtom poängteras [20, 21]. Vid behandling av barn framhålls att de moderna nasala steroiderna absorberas i mindre omfattning än de äldre samt att minsta effektiva dos bör användas.

Icke-sederande antihistaminer utgör enligt dokumentet ett viktigt behandlingsalternativ för alla patientkategorier [22-24]. Antileukotrienen montelukast är en astmamedicin med viss effekt på rinit, vilket gör den till ett terapeutiskt alternativ vid samtidig astma [25-27].

En kort kur med perorala steroider kan ges vid symptomgenombrott under pågående säsong, t ex i form av 20-40 mg prednisolon per dygn (lägre dos hos barn) i 3 till 4 dagar med en nedtrappning styrd av symptomatologin över 1 (till 2) veckor. Däremot är depåpreparat inte att rekommendera, men om de trots allt används ska de aldrig ges profylaktiskt vid inledning av förväntad allergisäsong.

Allergenspecifik immunterapi (ASIT) bör alltid övervägas om patienten har besvär under mer än två på varandra följande säsonger trots adekvat läkemedelsbehandling. Vid påtagliga kognitiva besvär som trötthet och koncentrationssvårigheter kan dock ASIT påbörjas i ett tidigare skede. I flera studier redovisas att sublingual immunterapi, som i Sverige än så länge endast finns mot gräs, är både säker och effektiv [28-30], men behovet av ytterligare kliniska prövningar betonas.

Den vetenskapliga debatten kring att minska risken för försämring i form av åtgärder avsedda att begränsa allergenexponering, främst vad avser kvalster och pälsdjur, redovisas och kommenteras. Slutsatsen blir här att studier som visar på dessa åtgärders effektivitet fortfarande saknas.

Viktigt upptäcka icke-allergiska inslag

Avslutningsvis kommenteras i ARIA ett antal nya förslag till mekanismer involverade i uppkomst och utveckling av allergisk rinit. Ökad kunskap om den medfödda (innata) delen av vårt immunförsvar och dess interaktion med det förvärvade (adaptiva) systemet är en starkt bidragande orsak till att vi i den svenska behandlingsalgoritmen valt att lyfta fram betydelsen av icke-allergiska komponenter vid allergisk rinit. En kombination av allergiska och icke-allergiska besvär är vanlig, särskilt bland medelålders och äldre patienter, men föreligger också vid allergisk rinit under graviditet.

Kliniskt användbara testmetoder för mätning av hyperreaktivitet i näsan saknas. Av denna anledning vilar diagnosen av icke-allergiska komponenter i huvudsak på en noggrann anamnesupptagning för att identifiera triggerfaktorer

»En kombination av allergiska och icke-allergiska besvär är vanlig, särskilt bland medelålders och äldre patienter ...«

■ Fyra enkla frågor för utvärdering av eventuell samtidig astma

Ingen tidigare astma diagnos

- Har du vid enstaka eller återkommande tillfällen drabbats av plötsligt påkommen andfåddhet?
- Besväras du av hosta, speciellt nattetid?
- Drabbas du av hosta eller andningssvårigheter i samband med ansträngning?
- Kan det kännas trängt i bröstet så att du inte får luft?

Känd astma

- Störs din nattsömn av astmarelaterade symtom?
- Ger din astma upphov till symtom dagtid?
- Påverkar astman val och/eller genomförande av dagliga aktiviteter (arbete, skola, fritid)?
- Behöver du ta luftförsvigande medicin mer än en gång per dag?

Om svaret är ja på minst en av dessa frågor bör vidare utredning och behandling, alternativt terapjustering, ske

Figur 2. Som hjälpmedel för att utvärdera eventuell samtidig förekomst av astma vid allergisk rinit har ARIA (Allergic rhinitis and its impact on asthma) tagit fram fyra enkla frågor, som här återges i svensk version.

och irriteranter. Strukturella förändringar bör liksom pågående infektion alltid beaktas. Därvid krävs noggrann rinoskopi efter avsvällning.

Vid misstanke om kronisk infektion eller smärtor i ansiktet kan datortomografi av bihålorna rekommenderas. Härvid kan orsaker som snett nässeptum och förstörade konkork utslutas.

Vid anamnesupptagningen bör även läkemedelsorsakade komponenter utslutas. Vanligast är nog sk rhinitis medicamentosa orsakad av långvarig och hög användning av adrenerga nässprayer, men även betablockerare, ACE-hämmare, neuroleptika (tricykliska preparat) och vissa typer av ögon-droppar samt hormonsubstitution bör beaktas.

Som utredare får man inte glömma att hormonella störningar (vanligast hypotyreos), systemsjukdomar (SLE [systemisk lupus erythematosus], Sjögrens syndrom, polykondrit mfl) och tumörer kan bidra till rinitssymtom, speciellt när en allergisk rinit som tidigare svarat på behandling plötsligt ter

»Vid anamnesupptagningen bör även läkemedelsorsakade komponenter utslutas.«

sig okontrollerbar. Viktigt är också att uppmärksamma eventuella miljö- och yrkesrelaterade komponenter.

Slutligen bör man vara medveten om att allergisk rinit hos många patienter med åren gradvis glider över i idiopatisk rinit. Det senare är ett tillstånd utan någon i dag väletablerad förklaringsmodell, där besvären kan domineras av nästäppa eller sekretion.

Lokala steroider effektivt vid icke-allergisk rinit

Behandlingen av icke-allergisk rinit bör inriktas mot att eliminera utlösande agens i den mån sådana kan identifierats. Man bör vara liberal med att rekommendera nasala koksalt-sköljningar, något som vanligen skänker symptomlindring oavsett rinitens genes. I övrigt får lokala steroider i form av nässpray anses vara den mest effektiva behandlingsformen, speciellt vad gäller nästäppa. Steroiddroppar är ett utmärkt alternativ, speciellt vid tränga förhållanden som vid uttalad polypos. Kortare kurer av perorala steroider kan även här ges för att kupa symtomtoppar. Fenylopropanolamin eller ipratropium kan vara av värde när sekretion utgör det dominerande symtomet. Remiss till specialbehandling och förställningstagande till kirurgi kan bli aktuellt för utvalda fall.

Ursprungliga rekommendationerna gäller ännu

Sammanfattningsvis kan man konstatera att de ursprungliga rekommendationerna från ARIA 1999 fortfarande är giltiga [3], men att vi i samband med uppdateringen till ARIA 2008 fått en behandlingsalgoritm som är bättre anpassad till svenska förhållanden och traditioner.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Lars Olaf Cardell har deltagit i internationella referensgruppsmöten med ALK.*

Kommentera denna artikel på Lakartidningen.se

REFERENSER

1. Bousquet J, Van Cauwenberge P, Khaltaev N; Aria Workshop Group; World Health Organization. Allergic rhinitis and its impact on asthma. *J Allergy Clin Immunol.* 2001;108(5 Suppl): S147-334.
2. Shekelle PG, Woolf SH, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines: developing guidelines. *BMJ.* 1999; 318(7183):593-6.
3. Bousquet J, Khaltaev N, Cruz A, Denburg J, Fokkens W, Weel CV, et al. ARIA Update. *Allergy.* 2008;63 (Suppl).
11. Johansson SG, Cardell LO, Foucard T, Montan P, Odebäck P, Palmqvist M, et al. Reviderad, global nomenklatur för allergi. Entydiga termer skapar klarhet och undanröjer missförstånd. *Läkartidningen.* 2006;103(6):379-83.

Vi bevakar dina jobbintressen

Beställ vår bevakningstjänst så mejlar vi jobben som passar just dig! Gå in på Lakartidningen.se

Utmanande saklig

Läkartidningen