

# Systemisk steroidbehandling vid allergisk rinit



**Många patienter söker på våren vårdcentral och önskar intramuskulär injektion av metylprednisolon (Depo-Medrol) på grund av säsongsbundna allergiska besvär. Är sådan behandling att rekommendera och vilka är alternativen?**

## SVAR:

**EVA WIKSTRÖM-JONSSON/SIGURD VITOLS,**  
Karoline (Solna), juni 2004,  
Drugline nr 21781

Intramuskulär injektion av metylprednisolon eller liknande steroider har varit en vanlig terapi mot säsongsbunden allergisk rinit, men har svag dokumentation [1] och rekommenderas inte som profylax [2]. I konsensusdokumentet från ARIA – en global sammanslutning med koppling till WHO – rekommenderas att systemiska steroider endast skall användas som en sista utväg då annan terapi inte räcker, och att oral medicinering bör väljas före injektionsbehandling för att öka flexibiliteten [3].

I Läke-medelsverkets bakgrundsdokumentation till behandlingsrekommendationerna vid allergisk rinit anges att dygnsdoser på 7,5 mg prednisolon per os har effekt på nästäppa och att dygnsdoser på 30 mg har effekt på både nästäppa och sekretion [2]. I den enda publicerade placebokontrollerade studien på peroral steroidbehandling vid säsongsbunden allergisk rinit studerades effekter av 5-dagars kurer med metylprednisolon

[4]. Dygnsdoser på 6 mg (motsvarande 7,5 mg prednisolon) hade effekt på nästäppa och dygnsdoser på 24 mg (motsvarande 30 mg prednisolon) hade effekt på alla symptom utom klåda.

**Injektion av 80 mg metylprednisolon** har visat god effekt på nästäppa vid säsongsbunden allergisk rinit [5]. Effekten kvarstod mer än fyra veckor. Måttlig effekt på ögonsymtom sågs i samma studie, men ingen effekt på nysningar eller sekretion kunde visas.

En »double-dummy«-studie, där intramuskulär injektion av 80 mg metylprednisolonacetat jämfördes med intranasal budesonid 200 mikrogram två gånger dagligen i tre veckor, visade ingen skillnad mellan behandlingarna avseende effekten på nästäppa [6].

Efter injektion av 80 mg metylprednisolon intramuskulärt till 14 patienter med hörsnuva iaktogs signifikant sänkta endogena kortisonnivåer som kvarstod i tre veckor [7]. Det har diskuterats att det är olämpligt att utsätta kroppen för extrem stress, såsom kirurgiska ingrepp, under veckorna efter injektionen [8, 9]. Allergiska reaktioner anges förekomma hos mindre än 1/1 000 behandlade [10]. Lokala biverkningar, såsom subkutan atrofi vid injektionsstället, har angivits förekomma hos ca 1/11 000 [1]. I det svenska biverkningsregistret återfinns 43 rapporter där samband med Depo-Medrolinjektion angivits möjligt. Bland dessa noteras 2 fall av lokal hudnekros, 10 hudatrofi, 3 urtikaria samt 10 rapporter om olika anafylaktiska/allergiska reaktioner [11].

**Vid säsongsbunden allergisk rinit** rekommenderas i första hand lokal behandling. Systemiska steroider bör användas endast då annan terapi inte hjälper. De har använts länge i klinisk praxis, men effekter och bieffekter är ofullständigt dokumenterade. På grund av möjligheterna att vid behov avbryta behandlingen eller anpassa doseringen, till exempel efter rådande pollensituation, förordas i dessa fall att lokal behandling kompletteras med korta kurer med peroral steroidmedicinering för att dämpa inflammationen.

## REFERENSER

1. Mygind N, Laursen LC, Dahl M. Systemic corticosteroid treatment for seasonal allergic rhinitis: a common but poorly documented therapy. *Allergy* 2000;55:11-5.
2. Behandling av allergisk rinit. Bakgrundsdokumentation. Information från Läke-medelsverket 2003;14(3). ISSN 1101-7104.
3. 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):147-334.
4. Brooks CD, Karl KJ, Francom SF. Oral methylprednisolone acetate (Medrol tablets) for seasonal allergic rhinitis: examination of dose and symptom response. *J Clin Pharmacol* 1993;33:816-22.
5. Borum P, Gronborg H, Mygind N. Seasonal allergic rhinitis and depot injection of a corticosteroid. Evaluation of the efficacy of medication early and late in the season based on detailed symptom recording. *Allergy* 1987;42(1):26-32.
6. Pichler WJ, Klint T, Blaser M et al. Clinical comparison of systemic methylprednisolone acetate versus topical budesonide in patients with seasonal allergic rhinitis. *Allergy* 1988;43:87-92.
7. Hedner P, Persson G. Suppression of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis after a single intramuscular injection of methylprednisolone acetate. *Ann Allerg* 1981;47:176-9.
8. Rolandsson O. Är injektionsbehandling med steroider vid allergisk rinit utan risk? *Läkartidningen* 1996;93:2488.
9. Rolandsson O. Ökad risk för binjurebarkssvikt efter behandling av allergisk rinit. *Läkartidningen* 1996;93:2564.
10. Fass 2004.
11. Swedis (Läke-medelsverkets biverkningsregister citerat 2004-06-16).

**42 nummer  
per år.**

**Ring vår annons-  
avdelning,  
08-790 35 30, och  
boka utrymme i  
Läkartidningen.**

**Läkartidningen**

Utmanande saklig

■ Under vinjetten »Läke-medelsfrågan« publiceras ett urval av de frågor som behandlats vid någon av de regionala läke-medelsinformationscentralerna (LIC), som hjälper sjukvårdspersonal, apotek och läke-medelskommittéer när medicinska läke-medelsproblem uppstår i det dagliga arbetet. Frågorna har sammanställts vid Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge av med dr Mia von Euler och apotekare Åsa Jansson, avdelningen för klinisk farmakologi. Svaren, som är evidensbaserade och producentoberoende, publiceras även i databasen Drugline. Frågor kan ställas till regionala LIC – telefonnummer finns på [www.lic.nu](http://www.lic.nu)

## Xxx



### Fråga

Fråge-fördjupning

### FRÅGEFÖRFATTARE

Adress/etc

■ Under vinjetten »Läkemedelsfrågan« publiceras ett urval av de frågor som behandlats vid någon av de regionala läkemedelsinformationscentralerna (LIC), som hjälper sjukvårdspersonal, apotek och läkemedelskommittéer när medicinska läkemedelsproblem uppstår i det dagliga arbetet. Frågorna har sammanställts vid Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge av med dr Mia von Euler och apotekare Åsa Jansson, avdelningen för klinisk farmakologi. Svaren, som är evidensbaserade och producentobundna, publiceras även i databasen Drugline. Frågor kan ställas till regionala LIC – telefonnummer finns på [www.lic.nu](http://www.lic.nu)