

Allergisk rinit hos barn och vuxna

RÅD VID BEHANDLING ANPASSADE TILL SVENSKA FÖRHÅLLANDEN MED AVSTAMP I DE SENASTE INTERNATIONELLA RIKTLINJERNA

Allergisk rinit är en av våra vanligaste sjukdomar hos både barn och vuxna, med betydande sjukdomsburda för individ och samhälle. Behovet av uppdaterade råd för behandling av allergisk rinit är därför stort. Med utgångspunkt i de senaste internationella rekommendationerna presenteras i denna artikel konkreta råd, specifikt anpassade för svenska förhållanden. Råden är tänkta att vara till hjälp i den kliniska vardagen, inte minst inom primärvården, dit de flesta patienter som har misslyckats med sin egenbehandling söker sig.

Bakgrund och syfte

Vi har konstaterat att det finns ett stort behov av uppdaterade råd för behandling av allergisk rinit, specifikt anpassade för svenska förhållanden.

Med utgångspunkt från de senaste internationella rekommendationerna, framför allt publikationen

»Trots minskad livskvalitet och stora kostnader för samhället är allergisk rinit en både underdiagnostiserad och underbehandlad sjukdom ...«

från EUFOREA [1], presenteras i denna artikel ett förhållningssätt och ett behandlingsschema tänkt att vara till hjälp i den kliniska vardagen. Artikeln är skriven i samarbete mellan allergologer, öron-, näs- och halsläkare, barnallergolog och allmänläkare i Sverige, samtliga med specifikt intresse för allergifrågor samt diagnostik och behandling av inflammation i övre och nedre luftvägar.

Allergisk rinit bedöms vara den vanligaste kroniska sjukdomen i vårt samhälle. Cirka 3 miljoner svenskar är drabbade [2], och sjukdomsburdan är betydande. Trots minskad livskvalitet och stora kostnader för samhället är allergisk rinit en både underdiagnostiserad och underbehandlad sjukdom [3, 4].

Redan i 4-årsåldern är prevalensen 5 procent [5], och bland unga vuxna i Sverige är förekomsten av allergisk rinit cirka 25-30 procent [2]. Den svenska totalkostnaden för rinit har beräknats till cirka 13 miljarder kronor årligen [6]. Trots betydande samhällskostnader och ofta uttalad besvärslindring hos de drabbade saknas aktuella nationella riktlinjer för hur denna folksjukdom bäst bör behandlas. Det är nu ungefär 20 år sedan som Läkemedelsverket publicerade sina senaste behandlingsriktlinjer. Ungefär samtidigt utför-

Mats Holmström, docent, specialist, öron-, näs- och hals-sjukdomar, CLINTEC, enheten för öron-, näs- och hals-sjukdomar, Karolinska institutet, Stockholm

● mats.holmstrom@ki.se

Åke Davidsson, docent, överläkare, öron-, näs- och hals-sjukdomar, Odensbacken

Björn Stridh, specialist, allmänmedicin, Kry vårdcentral Gallerian, Stockholm

Erik Melén, professor, överläkare, institutionen för klinisk forskning och utbildning, Södersjukhuset, Karolinska institutet; Sachsska barn- och ungdomssjukhuset, Stockholm

Marit Westman, med dr, specialist, öron- näs och hals-sjukdomar samt allergologi, Astma- och allergimottagningen, Capio St Görans sjukhus; institutionen för medicin, Karolinska institutet, Solna

Adrian Brunkhorst, med dr, medical advisor, Viatrix, Stockholm

Ulla Nyström, specialist, allergologi, Milly Medical, Rimforsa; tidigare överläkare, Allergicentrum, Linköping

de arbetsgruppen ARIA (Allergic rhinitis and its impact on asthma) i samarbete med WHO ett gediget arbete, som resulterade i ett »state of the art«-dokument gällande allergisk rinit [7]. ARIA:s rekommendationer har sedan dess uppdaterats och kompletterats vid ett flertal tillfällen [8, 9]. Några av dessa har kommenterats och sammanfattats av svenska läkare med särskilt intresse för allergi, bland annat i Läkartidningen 2012 [10] och i Allergi i Praxis 2018 [11]. Flera betydande uppdateringar av ARIA har dock gjorts sedan den senaste svenska artikeln skrevs.

För ett par år sedan publicerade det europeiska samarbetsorganet EUFOREA (European Forum for Research and Education in Allergy and Airway Diseases) sin syn på hanteringen av allergisk rinit [1]. EUFOREA har i sina rekommendationer eftersträvat ett patientcentrerat synsätt och presenterar en relativt enkel behandlingsalgoritm (se Figur 1) för att på ett optimalt sätt ta till vara de behandlingsalternativ som finns att tillgå vid allergisk rinit. Intranasal kombinationsbehandling får här en tydligare roll.

Det är vår förhoppning att anpassningen av dessa råd i denna artikel ska göra livet lättare för alla de patienter som lider av allergisk rinit.

Klinisk bild, klassificering och utredning

Allergisk rinit är ett inflammatoriskt tillstånd som förutsätter en IgE-medierad reaktion.

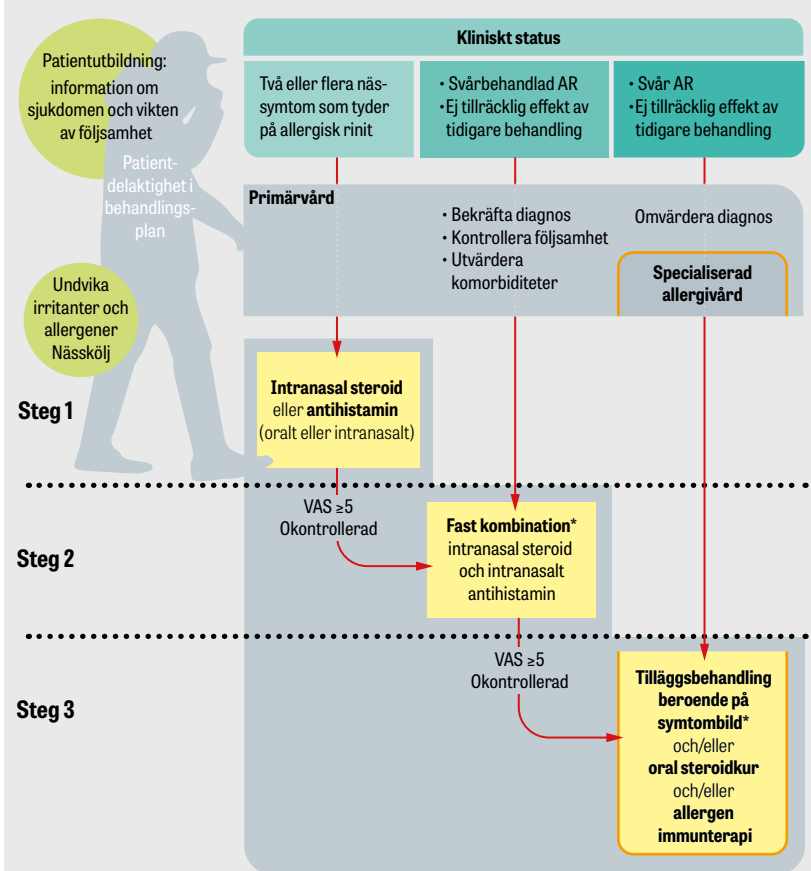
I vissa fall är diagnostiken vid allergisk rinit enkel, till exempel vid akuta försämringar med typiska symptom (se Fakta 1) efter exponering för pollen, pälsdjur eller kvalster. Det är dock viktigt att poängtera att patienternas sjukdom kan visa sig på olika sätt och att allmänsymtom är vanliga [12]. Man bör göra patienterna uppmärksamma på detta och vid anamnesupptagning efterfråga hur mycket det dagliga livet påverkas med avseende på sömn, skola, arbete och fritid.

I okomplicerade fall kan det räcka med en struk-

HUVUDBUDSKAP

- Allergisk rinit är vanligt och påverkar ofta de drabbades livskvalitet väsentligt.
- Allergisk rinit som inte kan behandlas effektivt av patienten själv ska diagnostiseras, behandlas och följas upp omsorgsfullt.
- Nationella riktlinjer saknas, men internationella rekommendationer poängterar vikten av symptomkontroll och välinformerade patienter.
- Använd med fördel VAS-skalan för utvärdering.
- Det är viktigt att förstå att allergisk rinit kan påverka allmäntillståndet. Patienten måste följas upp tills tillräcklig lindring av symptom uppnåtts.

FIGUR 1. Behandlingsstrappan då egenvård är otillräcklig



► Algoritmen efter [1] anpassad för att spegla behandlingsstrappan vid besvär av allergisk rinit (AR) då egenvård är otillräcklig. Som första behandlingssteg rekommenderas monoterapi med intranasal steroid eller antihistamin (oralt [icke-sederande] eller nasalt). Om effekt uteblir efter cirka 2 veckor är steg 2 ordination av en fast kombination av intranasal steroid och antihistamin i sprejform.

* Möjlig tilläggsbehandling beroende på symtombild/diagnos. Rinnande näsa: ipratropium. Rinokonjunktivit och astma: leukotrienantagonist, Airsonett. Kliande ögon/hudklåda: icke-sederande oralt antihistamin. Ögonsymtom: ögondroppar – antihistamin eller kromoner.

Man kan i steg 3 även överväga en kort kur med perorala steroider (förslagsvis prednisolon 10 mg \times 1–2 i 3–4 dagar), och i detta steg blir det också viktigt med uppföljning för ställningstagande till allergen immunterapi. För barn och ungdomar gäller anpassning av doser och preparat utifrån patientens ålder och vikt.

FAKTA 1. Allergisk rinit

EXEMPEL PÅ VANLIGA ORGANMANIFESTATIONER

- Näsa (nästäppa, rinnande näsa, nysningar, klåda)
- Ögon (klåda, skavkänsla, ökad tårsekretion, rodnad, konjunktival svullnad)
- Orala symtom (klåda, stickningar i munhåla och svalg)
- Nedre luftvägar (bronkiell hyperreaktivitet, astmasymtom såsom hosta, pipande/väsande andning och tung andning)

ALLMÄNSYMTOM

- Dagtrötthet
- Sömnsvårigheter
- Försämrad kognition/prestationsförmåga
- Nedsatt allmäntillstånd/livskvalitet

FAKTA 2. Exempel på viktiga differentialdiagnoser vid allergisk rinit

- Icke-allergisk, icke-infektiös rinit
 - Hormonell rinit
 - Yrkesrelaterad rinit
 - Idiopatisk rinit (tidigare vasomotorisk rinit)
- Infektion
- Näspolyper
- Nästäppa på grund av långvarig behandling med avsvällande näsdroppar (initis medicamentosa)

turerad anamnes och ett tydligt behandlings svar för att ställa diagnosen allergisk rinit. IgE-medierad sjukdom kan med fördel styrkas/avfärdas med pricktest eller bestämning av specifikt IgE i blod. I oklara eller mer komplicerade fall bör en näsundersökning göras före och efter avsvällning, framför allt vid allergisymtom utanför pollensäsong.

Se Fakta 2 för exempel på viktiga differentialdiagnoser. Differentialdiagnostiskt är det även viktigt att uppmärksamma unilaterala symtom. Ensidiga besvär tyder inte på allergisk rinit, utan måste utredas vidare då det till exempel kan röra sig om septumdeviation, främmande kropp (barn) eller malignitet (vuxen).

Den allergiska riniten har traditionellt klassificerats efter svårighetsgrad, men numera talar man i stället mer och mer om okontrollerad respektive kontrollerad sjukdom. En annan indelning som ofta ses är intermittent respektive persisterande rinit, där man utgår ifrån symtomfrekvens. Vi i Skandinavien har

nytta av uppdelning av allergisk rinit i säsongsbunden (SAR) respektive perenn (PAR).

Att identifiera de utlösande faktorerna samt att behandla den allergiska riniten så långt det är möjligt är emellertid det viktigaste, oavsett nomenklatur.

Hyperreaktivitet i näslemhinnan (ospecifik känslighet för exempelvis kall luft och starka dofter) ses hos en ungefär lika stor andel vuxna patienter vid såväl allergisk som icke-allergisk rinit och kan därför inte användas som ett kriterium vid allergisk rinit. Samtidig ögonklåda är dock mer talande för allergisk rinit än för den icke-allergiska.

Det är vanligt att det kvarstår en hyperreaktivitet utanför säsong för patienter som är pollenallergiska.

Korsreaktioner ses ofta vid säsongsbunden allergisk rinit, där pollenallergi kan ge reaktioner mot olika födoämnen, exempelvis klåda i mun och svalg hos björkpollenallergiker vid intag av äpplen eller nötter.

Patienter med symtom på allergisk rinit bör alltid bedömas avseende hela luftvägen och en möjlig astma, och på samma sätt bör rinit bedömas vid astma (se Fakta 3). För dem med samtidig astma ska behandlingar för både övre och nedre luftvägar förskrivas. Förutom den starka kopplingen mellan allergisk rinit och astma finns det också ett samband med andra atopiska sjukdomar som eksem och överkänslighet mot födoämnen, inte minst hos barn [13].

I riktlinjerna från EUFOREA är patientutbildning (se nedan) och strukturerad uppföljning två grundstenar. Behandlingsarsenalen vid allergisk rinit är omfattande. Det är av största vikt att de patienter som inte

blir tillräckligt bra på insatt behandling verkligen får möjlighet att ta nästa steg i behandlingskedjan. Uppföljningen blir då central. Behandlande läkare måste veta hur patienterna verkligen mår för att nå hela vägen fram till tillräckligt effektiv behandling (Figur 2).

Både ARIA och EUFOREA rekommenderar användning av den 10-gradiga VAS-skalan som ett handfast sätt att fånga upp och kvantifiera hur patienten mår. VAS används redan på många ställen vid till exempel smärtbehandling. Patienten får gradera sina symtom från idealet »inga besvär alls« till »värsta tänkbara besvär« på frågan »Hur mycket besvärar du av din allergi i dag?«. Så länge värdet ligger över 5 bör man arbeta vidare för att minska symtomen. VAS-skalan kan även användas retrospektivt [1]. (I originalpublikationerna formuleras frågan: »Overall, how much are your allergic symptoms bothering you today?«. Någon vetenskapligt validerad svensk översättning finns inte.)

Effekten av olika farmakologiska terapier på olika symtom av allergisk rinit beskrivs i Tabell 1. Nästappa är ett av de symtom som patienterna själva bedömer som besvärligast, och en vanlig anledning till nedsett livskvalitet [14]. Logiskt nog blir därför intranasala steroider en viktig bas i behandlingen, då steroider är överlägsna andra terapier på just nästappa [15]. Kortisonbehandling 2 ggr/dag bör initieras, men efter en tids symtomfrihet kan dosen reduceras till 1 per dag. Om patienten har andra uttalade besvär, som till exempel klåda eller ögonsymtom, kan antihistamin, oralt och/eller som ögondroppar, läggas till.

En fast kombination av intranasal steroid och intranasalt antihistamin är ett naturligt andra steg i behandlingstrappan på grund av den evidens som finns avseende effekt [16].

Trötthet är också ett symtom som kan upplevas som mycket besvärligt och som det är viktigt att fråga patienten om. Där man inte når hela vägen gällande förbättring av livskvalitet kan det vara dags att överväga allergen immunterapi.

I EUFOREA nämns nasala avsvällare som en möjlig tilläggsbehandling, vilket vi inte anser. Vi vill snarare avråda från bruk av avsvällande terapi vid allergisk rinit, på grund av stor risk för beroende. Nässköljning

»I EUFOREA nämns nasala avsvällare som en möjlig tilläggsbehandling, vilket vi inte anser. Vi vill snarare avråda från bruk av avsvällande terapi ...«

är också ett egenvårdsråd som ges av EUFOREA. Här är evidensen för tilläggsbehandling tveksam när patienten redan har annan behandling, men det är ett ofarligt egenvårdsråd som vissa patienter upplever ger god lindring.

Det finns en rad särskilda behandlingsmöjligheter vid mer specifika problem, särskilt vid samtidig astma eller andra sjukdomar, såsom temperaturreglerat laminärt luftflöde i sovrummet (Airsonett), biologis-

FAKTA 3. Fyra enkla frågor för utvärdering av eventuell samtidig astma

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 [10].

INGEN TIDIGARE ASTMADIAGNOS

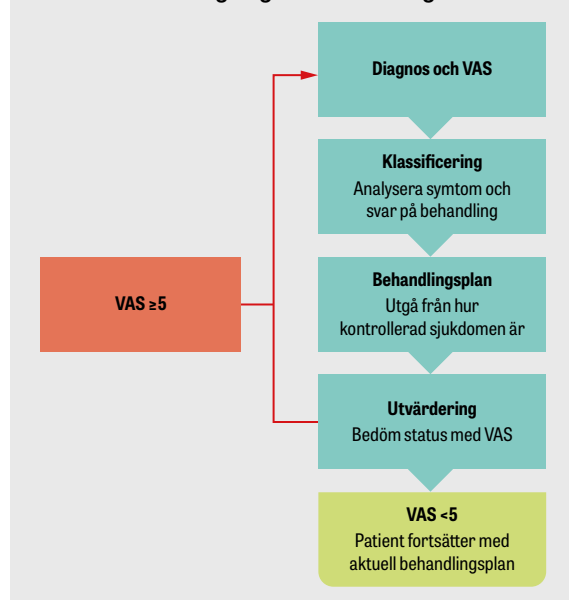
- Har du vid enstaka eller återkommande tillfällen drabbats av plötsligt påkommen andfåddhet?
- Besvärar du av hosta, speciellt nattetid?
- Drabbas du av hosta eller andningssvårigheter i samband med ansträngning?
- Kan det kännas tungt i bröstet så att du inte får luft?

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 luftrörsvidgande medicin mer än en gång per dag?

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

FIGUR 2. Behandlingsalgoritm för allergisk rinit



ka läkemedel, kortikosteroider i form av ögondroppar samt kirurgi vid uttalad nästappa, för att nämna några exempel. Även om detta inte är terapier som primärvården vanligen hanterar är det viktigt att påminna om att de finns. Vårt huvudbudskap är att inte ge upp utan remittera patienten vidare om hen har fortsatta besvär då den egna terapiarsenalen känns uttömd.

Informationsbehov, följsamhet och primärvårdens roll

Det finns en brist på kunskap om allergisk rinit och dess behandling både bland allmänheten och inom vården. Många patienter startar till exempel inte sin behandling i tid inför pollensäsongen. De behandlar sig ofta med slumpmässigt vald receptfri behandling i alltför låga doser och avbryter för tidigt. Studier visar också att följsamheten till insatt behandling är låg: 30 procent köper receptfritt för att slippa gå till läkare och 25 procent använder inga farmaka alls, eller homeopatiska medel [3]. Detta är en stor utmaning där

TABELL 1. Terapeutiska effekter på specifika rinitsymtom

	Nysning	Rinnande näsa	Nästappa	Klåda i näsan	Ögon-symtom
● H1-antihistaminer					
Orala	++	++	+	+++	++
Intranasala	++	++	+	++	0
● Kromoner, ögondroppar					
	0	0	0	0	++
● Kortikosteroider, intranasala					
	+++	+++	++	++	++
● Antikolinergika, intranasala					
	0	++	0	0	0
● Antileukotriener, orala					
	0	+	++	0	++
● Intranasal steroid/antihistamin					
	+++	+++	+++	+++	+++

Modifierad från Scadding GK, et al. Clin Exp Allergy. 2017;47(7):856-89.

ökad kunskap troligen är det bästa sättet att förbättra den totala situationen (Fakta 4).

Det är viktigt att säkerställa att patienten verkligen får lämpligaste läkemedel utifrån individuell symtombild, inte minst med avseende på nedsatt livskvalitet. Behandlande läkare behöver också ta sig tid att förklara hur behandlingen ska tas på korrekt sätt, vilket bland annat innebär rätt sprejteknik, att patienten tar den rekommenderade dosen varje dag och att behandlingen startas i tid (vid pollenallergi helst innan säsongen börjar).

Patienterna bör uppmanas att höra av sig om de inte blir tillräckligt symtomfria med aktuell behandling. Det är viktigt att informera om att allergisk rinit kan påverka allmäntillståndet, eftersom patienten inte alltid gör kopplingen mellan till exempel sin trötthet och allergi.

Eftersom allmänläkare ofta har olika intresseområden och erfarenheter är det också individuellt vid vilket steg i behandlingskedjan som man väljer att remittera patienten. Det viktigaste är att axla ansvaret att hjälpa patienten vidare, antingen genom att träpa upp behandlingen eller remittera patienten vidare.

Immunterapi har kommit allt mer i fokus de senaste åren, inte minst genom ny sublingual immunterapi (SLIT) vid gräs-, kvalster- och/eller björkallergi. Här är följsamhet till behandling central. Det handlar om kostsamma läkemedel vars evidens är baserad på lång tids god följsamhet. Många patienter med allergisk rinit med otillräcklig effekt av annan behandling kan ha stor nytta av immunterapi, men det är av största vikt att denna behandling ges av läkare med kompetens inom området. För rekommendationer gällande immunterapi se SFFA:s (Svenska föreningen för allergologi) riktlinjer (<http://www.sffa.nu/dokument/>).

Uppföljning

Uppföljning har som tidigare nämnts en central roll både i ARIA:s och i EUFOREA:s rekommendationer. Det är dock svårt att ge generella råd ur ett svenskt perspektiv, eftersom resurser, tillgänglighet och struktur skiljer sig åt mellan olika regioner och vårdnivåer.

EUFOREA rekommenderar att patienterna ska följas upp 2-3 veckor efter insatt behandling. Det finns inte alltid resurser för ett fysiskt återbesök när det gäller okomplicerade patienter inom primärvården.

FAKTA 4. Informera patienten om ...

- sjukdomens natur och vikten av att i görligaste mån undvika allergener
- att ta sin allergiska rinit på allvar då den kan kvarstå livet ut och ger stor påverkan på livskvaliteten
- att starta behandlingen (cirka en vecka) före förväntad säsong vid pollenallergi
- korrekt sprejteknik vid lokal behandling i näsan för att undvika oönskade bieffekter som blödning. Spreja inte mot nässkiljeväggen, utan rikta pipen utåt (använd motsatt hand) och sikta mot örat på samma sida
- att risken för systemiska bieffekter vid användning av intranasala steroider i adekvat dos är i princip obefintlig
- att det oftare är själva allergin som ger tröttheten än läkemedlet, men att man ska välja ett icke-sederande preparat vid behov av oralt antihistamin
- att alltid höra av sig om man inte blir bra efter en tids behandling.

Det är emellertid av största vikt att alla patienter har en individuell uppföljningsplan. Patienterna ska tydligt informeras om vad de kan förvänta sig av sin behandling. I de fall man väljer att inte boka ett fysiskt återbesök kan man planlägga uppföljning via telefon eller uppmana patienten att höra av sig igen vid otillräcklig symtomkontroll.

Det är också viktigt att hålla den individuella uppföljningsplanen flexibel, så att frekvensen på besöken/telefonuppföljningen enkelt kan ändras vid förvärrad sjukdom, då man bör vara extra uppmärksam på till exempel symtom från fler organ och/eller trötthet och försämrad livskvalitet.

Oavsett hur man löser den individuella uppföljningen är enkla verktyg av stor nytta för en effektiv och objektiv utvärdering.

VAS är ett enkelt instrument som enligt vår bedömning borde få större plats inom utvärdering av allergisk rinit även i den svenska primärvården. Den kostnadsfria appen Mask-Air (<https://www.mask-air.com/sv>) är också ett välutvecklat uppföljningsverktyg, där patienten kan registrera sina dagliga besvär.

Barn och ungdomar

Hos småbarn under 3-4 års ålder är IgE-sensibilisering mot luftburna allergener som björk- och gräspollen ovanlig. Allergisk rinit är således inget större kliniskt problem för de små barnen, som dock kan ha liknande symtom från näsa och luftvägar i samband med övre luftvägsinfektioner. Svenska siffror talar för att cirka 5 procent av 4-åringar uppfyller definitionen för allergisk rinit [5] och att prevalensen sedan ökar med åldern. Hos tonåringar är upp till 1/3 drabbade [17]. Globalt sett har en ökning av allergisk rinit noterats under 2000-talet, men i vissa regioner ser ökning nu ut att ha avplanat [17].

Generellt sett är utredning och diagnostik vid misstänkt allergisk rinit densamma för barn som för vuxna. Hos barn och ungdomar med allergisk rinit är samsjuklighet med astma, eksem och/eller födoämnesallergi vanlig [13], vilket också bör beaktas i utredningen. Symtom under första levnadsåret eller aty-

pisk klinik bör föranleda remiss till ÖNH-specialist och barnläkare/barnallergolog för att utesluta till exempel medfödda anatomiska avvikelser, främmande kropp eller ärftliga sjukdomar (till exempel primär ciliär dyskinesi, cystisk fibros, immunbrist).

Internationella behandlingsrekommendationer för barn följer i stort sett dem för vuxna, förutsatt att doser och preparat justeras utifrån ålder och/eller vikt [18]. Många barn upplever att nässprej är besvärlig att ta, varför oralt antihistamin ofta är förstahandsval, men vid konstaterad allergisk rinit bör intranasala steroider ges. Det saknas bra studier för att utvärdera tilläggs effekt av oralt antihistamin till intranasal steroid hos barn/ungdomar, men hos dem med samtidig konjunktivit eller andra allergiska manifestationer kan man med fördel prova detta. Kombinationspreparat (azelastin/flutikasonpropionat samt mometasonfuroat/olopatadin) är i Sverige godkända från 12 års ålder och rekommenderas om inte intranasal steroid ger tillräcklig effekt. Vissa barn/ungdomar upplever dock besvär av att ta nässprej (till exempel på grund av smaken), och det är därför viktigt att informera och motivera på bästa sätt. För dem med samtidig astma ska behandlingar för både övre och nedre luftvägar förskrivas. Från cirka 6 års ålder kan allergen immunterapi erbjudas som sublingual eller subkutan behandling (utifrån barnets mognad och behandlingspreferens och sjukdomens svårighetsgrad). Longitudinella studier har visat att allergen immunterapi till barn 5–12 år också kan minska risken för astmasymtom under en 5-årsperiod [19].

Gravida och ammande

Redan 2008 slog allergiexpertis i Sverige fast att det inte finns vetenskapliga skäl att avstå från terapi mot allergisk rinit vid graviditet och att de flesta preparat kan användas i normaldos [20]. Gravida kvinnor undermedicinerar ofta sin allergiska rinit då man är orolig för att behandlingen ska skada fostret. Texterna i Fass förstärker detta. Risken för barnet bör vägas mot nyttan för modern. Nästäppa ger nedsatt livskvalitet och sömnstörningar, ibland med apné [20].

Nasalt koksalt har god effekt och är säkert och bör

rekommenderas de kvinnor som vill avstå all farmakoterapi [21].

Intranasalt budesonid har länge ansetts säkert, och nu finns också studier med mometason och flutikason som har visat hög effekt och säkerhet vid graviditet.

Triamcinolon har visats medföra risk för medfödda defekter i respirationsorganen [21]. Bland de orala antihistaminerna har cetirizin och loratadin använts under lång tid utan att man har sett ett samband med missbildningar hos foster [20].

Orala antihistaminer och intranasala steroider kan utsöndras via bröstmjölken. Även här får man göra en avvägning mellan fördelarna för modern och eventuella risker för barnet.

Sammanfattning

Sammanfattningsvis är det vår förhoppning att denna uppdaterade behandlingsalgoritm, anpassad till svenska förhållanden, ska underlätta ett mer effektivt omhändertagande av patienter med allergisk rinit inom sjukvården, inte minst i primärvården.

Eftersom det är så många människor som drabbas kan även en liten förbättring i omhändertagande och behandling omsättas i påtagliga kostnadsbesparingar för samhället, utöver det goda att patienterna får chansen att må bättre. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Samtliga författare har fått arvode av Viatrix för arbetet med artikeln. Arbetet har initierats och letts av Adrian Brunkhorst (Viatrix), och Karin Rehn (Rehnskrivet) har bidragit som medicinsk skribent. Mats Holmström: Jäv saknas. Åke Davidsson: Jäv saknas. Björn Stridh har erhållit arvode för föreläsningar av ALK, Astra Zeneca, Boehringer Ingelheim, Mylan, Novartis, Orion Pharma, Pfizer och Chiesi samt för deltagande i rådgivande kommittéer för Glaxo Smith Kline, ALK, Boehringer Ingelheim, Chiesi, Renapharma, Novartis och Perrigo. Erik Melén har erhållit ersättning från ALK, Chiesi, Astra Zeneca, Novartis och Sanofi för deltagande i rådgivande kommitté eller i samband med föreläsning. Marit Westman har erhållit arvode för föreläsningar av Sanofi och Orion Pharma samt forskningsmedel från ALK. Ulla Nyström har erhållit arvode för föreläsning av TEVA samt för deltagande i rådgivande kommittéer av Astra Zeneca och Glaxo Smith Kline.

Citera som: *Läkartidningen. 2023;120:23041*

REFERENSER

- Hellings PW, Scadding G, Bachert C, et al. EUFOREA treatment algorithm for allergic rhinitis. *Rhinology*. 2020;58(6):618-22.
- Holmström M, Davidsson Å, Helligren J. Allergisk rinit drabbar en tredjedel av befolkningen. *Läkartidningen*. 2016;113:DSAS.
- Maurer M, Zuberbier T. Undertreatment of rhinitis symptoms in Europe: findings from a cross-sectional questionnaire survey. *Allergy*. 2007;62(9):1057-6.
- Greiner A, Hellings PW, Rotiroli G, et al. Allergic rhinitis. *Lancet*. 2011;378(9809):2112-22.
- Westman M, Stjärne P, Asaranoj A, et al. Natural course and comorbidities of allergic and nonallergic rhinitis in children. *J Allergy Clin Immunol*. 2012;129(2):403-8.
- Cardell LO, Olsson P, Andersson M, et al. TOTALL: high cost of allergic rhinitis – a national Swedish population-based questionnaire study. *NPJ Prim Care Respir Med*. 2016;26:15082.
- Bousquet P, Van Cauwenberge N, Khaltaev J; Aria Workshop Group; World Health Organization. Allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA) guidelines – 2016 revision. *J Allergy Clin Immunol*. 2017;140(4):950-8.
- Bousquet J, Schünemann HJ, Togias A, et al. Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma Working Group. Next-generation Allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA) guidelines for allergic rhinitis based on Grading of recommendations assessment, development and evaluation (GRADE) and real-world evidence. *J Allergy Clin Immunol*. 2020;145(1):70-80.e3.
- Cardell LO, Wickman M, Helligren J, et al. Internationella riktlinjer för allergisk rinit har uppdaterats. *Läkartidningen*. 2012;109:622-4.
- Davidsson Å, Bende KM, Romberg K, et al. Uppdaterade ARIA-riktlinjer för behandling av allergisk rinit. *Allergi i Praktis*. 2018;1:48-51.
- Meltzer EO. Allergic rhinitis: burden of illness, quality of life, comorbidities, and control. *Immunol Allergy Clin North Am*. 2016;36(2):235-48.
- Pinart M, Benet M, Annesi-Maesano I, et al. Comorbidity of eczema, rhinitis, and asthma in IgE-sensitized and non-IgE-sensitized children in MeDALL: a population-based cohort study. *Lancet Respir Med*. 2014;2(2):131-40.
- Kakumanu S, Glass C, Craig T. Poor sleep and daytime somnolence in allergic rhinitis: significance of nasal congestion. *Am J Respir Med*. 2002;1(3):195-200.
- Scadding GK, Kariyawasam HH, Scadding G, et al. BSACI guideline for the diagnosis and management of allergic rhinitis (revised edition 2017; first edition 2007). *Clin Exp Allergy*. 2017;47(7):856-89.
- Meltzer EO, Ratner P, Bachert C, et al. Clinically relevant effect of a new intranasal therapy (MP29-02) in allergic rhinitis assessed by responder analysis. *Int Arch Allergy Immunol*. 2013;161(4):369-77.
- Melén E, Koppelman GH, Vicedo-Cabrera AM, et al. Allergies to food and airborne allergens in children and adolescents: role of epigenetics in a changing environment. *Lancet Child Adolesc Health*. 2022;6(11):810-9.
- Scadding G, Smith PK, Blaiss M, et al. Allergic rhinitis in childhood and the new EUFOREA algorithm. *Front Allergy*. 2021;2:706589.
- Valovirta E, Petersen TH, Piotrowska T, et al; GAP Investigators. Results from the 5-year SQ grass sublingual immunotherapy tablet asthma prevention (GAP) trial in children with grass pollen allergy. *J Allergy Clin Immunol*. 2018;141(2):529-38.e13.
- Vihavainen H (redaktör). Astma och allergi. Handbok vid graviditet och amning, Stockholm. Stiftelsen Astma och allergiförbundets forskningsfond; 2009.
- Dykewicz MS, Wallace DV, Amrol DJ, et al. Rhinitis 2020: a practice parameter update. *J Allergy Clin Immunol*. 2020;146(4):721-67.

SUMMARY

Allergic rhinitis in children and adults – international recommendations adapted to the clinical situation in Sweden

Allergic rhinitis is the most common chronic disease in Sweden, with impact on quality of life and with a heavy economic burden for the society. More than 20 years have passed since national recommendations were launched, and meanwhile both ARIA (Allergic rhinitis and its impact of asthma) and EUFOREA (The European Forum for Research and Education in Allergy and Airway Diseases) have presented international guidelines which in this article have been adapted to the clinical situation in Sweden.

Visual analogue scale (VAS) is recommended for symptom evaluation, and the importance of correct allergen analysis and examination for coexisting asthma is emphasized. Treatment is recommended according to EUFOREA. Follow-up is important, and if VAS is ≥ 5 the disease is regarded as uncontrolled and must lead to a change of treatment. Since self-treatment is common in allergic rhinitis the importance of patient cooperation and information is underlined.