

Allergisk rinit drabbar en tredjedel av befolkningen

INDIVIDUALISERAD BEHANDLING VIKTIG FÖR ATT UPPNÅ SYMTOMFRIHET

Allergisk rinit är den vanligaste formen av allergi och finns hos en tredjedel av befolkningen. I den här artikeln kommer vi att diskutera den allergiska rinitens inverkan på välbefinnandet, relation till annan sjuklighet samt utredning och behandling utifrån den aktuella kunskapsbasen. Dessutom belyses vad varje läkare i klinisk verksamhet bör känna till. Det bör noteras att vi använder oss av termen allergisk rinit, som är den mest använda i tidigare litteratur, men att en mer adekvat term är allergisk rinosinuit då luftvägs-slemhinnan i bihålorna i stort sett alltid är engagerad vid allergisk rinit [1]. Vidare är rinit en symtombaserad diagnos som för att kallas allergisk förutsätter en IgE-medierad reaktion. Vi kommer här även att beröra icke-allergisk rinit, som kan vara en ännu odagnostiserad allergisk rinit.

Varför allergisk rinit?

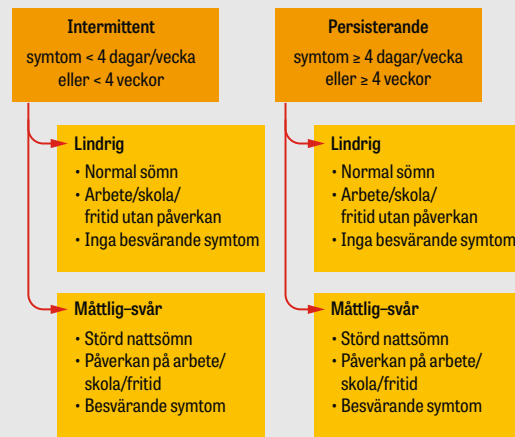
Passagen från näsöppningarna till alveolen utgör respirationskanalen som på olika nivåer konditionerar luften och säkerställer ett kontinuerligt gasutbyte med omvärlden. Medan stödjevåvånaden i kanalen varierar beroende på nivå (benväggar i näsan och broskringar i trakea) är ytstrukturen huvudsakligen densamma i hela luftvägen, nämligen den respiratoriska

Mats Holmström, professor, Karolinska institutet, Stockholm

Åke Davidsson, professor, överläkare, institutionen för medicinska vetenskaper, Örebro universitet

Johan Hellgren, docent/lektor, Sahlgrenska akademien, Göteborg
 ● johan.hellgren@gu.se

FIGUR 1. Klassifikation av allergisk rinit



► Klassifikation av allergisk rinit (fritt efter ARIA, Allergic rhinitis and its impact on asthma [1]).

slemhinnan. Vid förträngning av luftvägen sker detta dock i näsan ofta genom en blodfyllnad av kapacitans-kärl/sinusoider och i bronkerna ofta genom kontraktion av glatt muskulatur som vid astma. Immunologiskt är den respiratoriska slemhinnan målorgan för systemiskt cirkulerande inflammatoriska mediatorer och inflammationen får därför ett likartat uttryck i näsa och bronker med svullnad, sensorisk retning och ökad slemsekretion. Vi saknar dock fortfarande kunskap om hur de olika delarna av luftvägen interagerar med varandra. Vid lokal provokation med allergen i bronkerna via endoskop har man kunnat inducera inflammation i nässlemhinnan hos patienter med allergisk rinit utan känd astma [2].

En komplex sjukdom

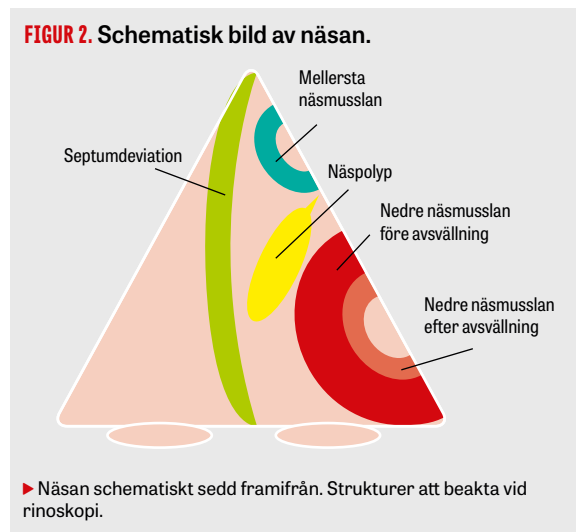
Bland unga vuxna är förekomsten av allergisk rinit i Sverige cirka 30 procent, och det har skett en stadig ökning i prevalens från 1960-talet fram till nu [3, 4]. Symtom kan debutera redan under småbarnsåren med prevalens på 5 respektive 14 procent i åldrarna 4 och 8 år [5], och sjukdomen kan följa individen även efter 60 års ålder [6]. Naturalförloppet vid allergisk rinit medför remission av sjukdomen i upp till en fjärdedel av patienterna under en 10-årsperiod, och med stigande ålder ökar chansen att bli frisk [7].

Patienter med symtom på allergisk rinit bör alltid bedömas avseende hela luftvägen och en möjlig astma. Epidemiologiska studier har visat att 60-85 procent av patienter med astma har rinit och att cirka en tredjedel av dessa inte har någon behandling för sin rinit. I internationella studier har 10-40 procent av patienter med allergisk rinit astma, och motsvarande prevalens i Sverige är 20 procent [8]. Hos barn ses en stark koppling mellan allergisk rinit och astma men också en koppling till andra atopiska sjukdomar som eksem och överkänslighet mot födoämnen [5]. Nya data visar att sensibilisering i 4-årsåldern är en stark riskfaktor för att senare utveckla kliniska tecken på allergisk rinit [9]. Viktigt att notera är att samtidig allergisk rinit eller kronisk rinosinuit vid astma inne-

HUVUDBUDSKAP

- Allergisk rinit drabbar en tredjedel av befolkningen och medför stora samhällskostnader och lidande för många patienter.
- Kopplingen mellan allergisk rinit och astma är stark och benämns rinitastma.
- Behandlingen bör individualiseras och innefatta en bedömning av hela luftvägen.
- Målsättningen är att patienter med allergisk rinit ska vara symtomfria utan påverkan på sömn, skola eller arbete.

FIGUR 2. Schematisk bild av näsan.



bär en riskfaktor för en svårare astmabild [8]. På senare år har annan sjuklighet, såsom gastroesofageal reflux och kroniskt obstruktiv lungsjukdom, kunnat kopplas till rinit både i befolkningsstudier och kliniska studier [10-12]. Rökning har i vissa studier kunnat kopplas till rinit och nästäppa [13] liksom yrkesmässig exponering för allergener och luftvägsirriteranter [14]. Överkänslighet mot acetylsalicylsyra, NSAID-intolerans, är överrepresenterad hos patienter med vissa former av rinit och astma [15].

Diagnostik

I många fall är diagnostiken vid allergisk rinit enkel, till exempel vid akuta försämringar med typiska symptom som nästäppa, tunn sekretion, nysningar och klåda samt röda och kliande ögon med ökad tårsekretion efter exponering för pollen eller pälsdjur. Allmänsymtom som trötthet, sömnsvårigheter, dagtrötthet,

TABELL 1. Strukturerad anamnes vid undersökning av patient med rinit.

Fråga	Information om
● Hur länge har du haft symtom?	debutålder/svårighetsgrad
● När får du symtom?	mönster/säsongsvariation/exponering specifika allergen eller irriteranter – tänk på växtsäsongerna/yrkesexponering
● Vilka nässymtom har du?	ögonsymtom, klåda, nysningar – dominerar nästäppa eller snuva?
● Har det blivit värre med tiden?	progredierande/stationär
● Påverkan på arbete eller studier?	svårighetsgrad
● Sömnbesvär?	svårighetsgrad
● Astmasymtom?	komorbiditet/svårighetsgrad
● Allergiska luftvägsbesvär i släkten?	etiologi/svårighetsgrad
● Rökning?	etiologi/svårighetsgrad
● Husdjur hemma?	etiologi/svårighetsgrad
● Överkänslighet mot NSAID?	etiologi/svårighetsgrad
● KOL eller gastroesofageal reflux?	komorbiditet

TABELL 2. Olika uttryck vid utredning och behandling av patienter med icke-infektiös rinit.

(+++)= vanligt/ofta; (++)= ganska vanligt/ganska ofta; (+)= mindre vanligt/mindre ofta; (-)= inte alls

	Intermittent allergisk rinit	Persisterande allergisk rinit	Icke-allergisk rinit
● Nästäppa	+++	+++	+++
● Snuva	+++	+	+
● Nysning/klåda	+++	+	+
● Konjunktivit	+++	++	-
● Bronkiell hyperreaktivitet	++	++	++
● Astma	++	++	++
● Nässymtom	vid exponering	ofta konstant	ofta konstant
● Parabjörkfenomen	++	-	-
● Dålig sömn	++	++	++
● Debut, ålder	barn ≤20 år	barn ≤20 år	runt 40
● Ärftlighet	++	++	-
● Nasal känslighet för kall luft/starka dofter	+++	+++	+++
● Effekt av antihistamin	+++	++	+
● Effekt av nasal steroid	+++	++	+

sexuell dysfunktion och nedsatt prestationsförmåga i skola och på arbetet är vanliga [1]. Den allergiska riniten klassificeras efter symtomfrekvens och svårighetsgrad, se Figur 1. Vid persisterande rinit (tidigare benämnd perenn) såsom allergi mot kvalster, husdjur och mögel är diagnostiken beroende av en utförlig anamnes, näsundersökning och olika test. Hyperreaktivitet i nässlemhinnan (ospecifik känslighet för exempelvis kall luft och starka dofter) ses hos drygt 60 procent vid såväl allergisk som icke-allergisk rinit och kan därför inte användas som ett specifikt kriterium vid allergisk rinit [16]. Däremot kan parabjörkfenomenet betraktas som typiskt vid allergi då man också upplever klåda i mun och svalg när man äter stenfrukter, nötter, råa morötter eller potatisskal. Samma korsfenomen ses vid gråboallergi mot selleri och persilja. Diagnosen allergisk rinit kan ofta skiljas ut från annan rinit genom en väl strukturerad anamnes, se Tabell 1.

Målorganet – näsan – ska undersökas med pannljus och nässpekulum före och efter avsvällning, Figur 2. Undersökningen syftar till att »mäta« graden av slemhinnesvullnad »objektivt« (undersökaren) och subjektivt (patienten) samt att utesluta näspolyp, septumdeviation/annan mekanisk obstruktion eller tumörer/malignitet. Näskavitationen går endast att undersöka tillfredsställande efter avsvällning. Liten effekt av avsvällande läkemedel talar emot rinitinflammation som orsak till nästäppan. Allergihypotesen bör styrkas/avfärdas med ett pricktest, alternativt be-

TABELL 3. Rekommenderad behandling vid allergisk rinit enligt ARIA, Allergic rhinitis and its impact on asthma.

● Allmänna behandlingsråd	Rökstopp, nässköljning med koksaltlösning och fuktning av näs-slemhinnan med näsolja hör till allmänna behandlingsrekommendationer som kan ha god tilläggs effekt.
● Antihistaminer för lokalt bruk	Nässprej respektive ögondroppar. Vid allergisk rinit ses en måttlig effekt på rinitssymtom med undantag för nästäppa där effekten är svag. Vid konjunktivit är effekten bättre.
● Antihistamin-tabletter för systemisk behandling	Fördelen är förstås att man behandlar flera lokaler samtidigt men effekten är endast måttlig på både rinit- och konjunktivsymtom.
● Kromoner för lokalt bruk	Nässprej respektive ögondroppar. Effekten på rinitssymtom är svag men anses något bättre på barn. Vid behandling av konjunktivit är effekten bättre.
● Lokalt verkande steroider för näsa och ögon	Nässprej respektive ögondroppar. Effekten på rinitssymtom är god för alla symtom inklusive nästäppa och ska betraktas som bättre än med både antihistamin och kromoner. Ögondroppar som innehåller steroider bör skrivas ut av ögonspecialist; behovet är inte så stort då både antihistamin och kromoner har bättre effekt i ögon än i näsa vid allergi.
● Lokalt (i näsan) verkande blockerare av allergiframkallande ämnen	Nässprejer som i kliniska studier visat signifikanta effekter. Bildar mikroemulsion i slemhinnan som hindrar kontakten mellan allergen och effektorceller.
● Kombination antihistamin/lokal steroid nässprej (azelastin/flutikasonpropionat)	Har funnits på marknaden sedan något år och i jämförande studier funnits ha bättre effekt vid allergisk rinit än de två substanserna var för sig, och effekten sätter snabbt in.
● Leukotrienantagonist	I Sverige endast godkänd vid rinit med samtidig astma (rinitastma) och har då en effekt som är nästan jämförbar med den hos lokala steroider.
● Perorala steroider	Har en mycket god effekt på rinit- och konjunktivsymtom. Ett par dagars behandling med prednisolon 10 mg × 2 kan ofta vara tillräcklig vid svåra allergibesvär, och samtidigt insätts basbehandling enligt Figur 3 för mer kontinuerligt bruk. Steroider i tablettform är mer lättstyrda och ska väljas före injektion av steroid, som sålunda ej rekommenderas.
● Anti-IgE i form av monoklonal antikropp, omalizumab	Binder cirkulerande IgE under cirka 3 månader efter en injektion. Behandlingen är för närvarande bara godkänd vid svår IgE-medi-erad allergisk astma och inte vid allergisk rinit per se.
● Allergivaccination i injektion eller som sublingual terapi	Bör alltid övervägas vid svårare och mer långdragen allergisk rinit.

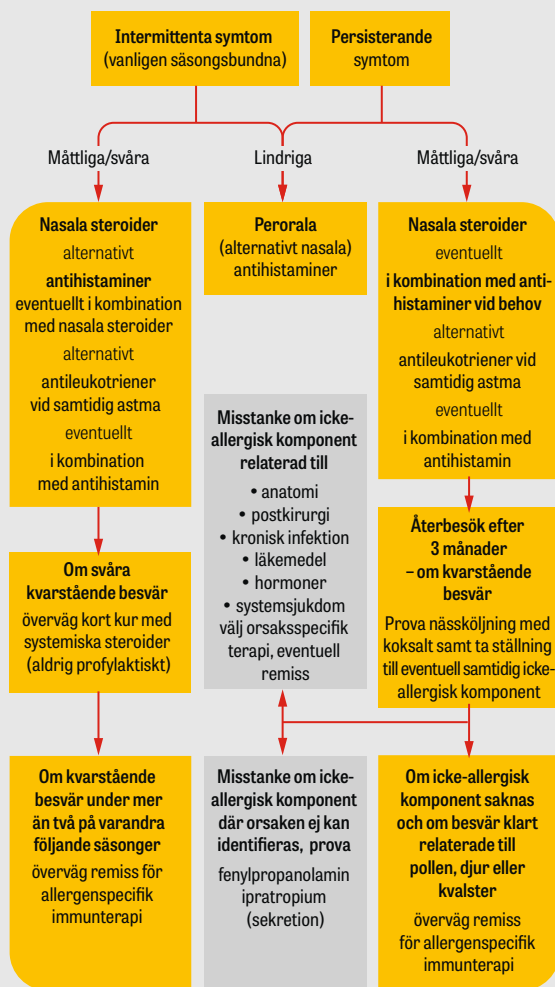
stämning av specifikt IgE i blod. Lungundersökning/auskultation/spirometri är påkallad för alla patienter där anamnes talar för astma/bronkiell hyperreaktivitet eller KOL. Differentialdiagnoser för rinit beskrivs i Tabell 2.

Behandling

Kostnaden för rinit i Sverige har beräknats till 26 miljarder kronor årligen genom produktionsbortfall på grund av nedsatt prestationsförmåga på arbetet [17]. Den totala årliga kostnaden för allergisk rinit inkluderande produktionsbortfall, läkemedel och sjukvårdskostnad är 12 miljarder kronor [18]. Målet för behandling av allergisk rinit bör vara symtomfrihet och normal funktion. Det finns många farmaka som interagerar på olika nivåer i den inflammatoriska kaskaden, men det mest uppenbara vid allergi är att eliminera allergenexponering, Tabell 3. Egenbehandlingen vid allergisk rinit är sannolikt betydande men kan, om den är otillräcklig, liksom ett »styvmoderligt«

FIGUR 3. Behandling av allergisk rinit

Bedöm symptomens duration och svårighetsgrad och ta alltid ställning till eventuell samtidig förekomst av astma samt ge råd om hur man minskar exponeringen för allergener och irriteranter.
Om samtidig konjunktivit lokalbehandla med antihistamin eller kromoglikat samt informera om koksaltsköljningar.



► Behandlingsalgoritm av allergisk rinit enligt ARIA, Allergic rhinitis and its impact on asthma.

omhändertagande inom sjukvården medverka till onödigt lidande för patienterna och betydande samhällsekonomiska kostnader. Bristande följsamhet vid allergimedicinering, som i kontrollerade studier har visat god effekt rätt använd, kan vara en risk när tillgängligheten av receptfria läkemedel ökat i avsaknad av en läkarundersökning och professionell ordination. Behandlingsalgoritmen som följs i dag kommer från konsensusdokumentet Allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA) [1], Figur 3.

Patienter med lång anamnes, svårare sjukdom med samsjuklighet eller oklar symtombild bör följas upp på mottagningen 2 månader efter insatt terapi. I vissa fall där medicinsk terapi fallerar och uttalad nästäppa dominerar kan begränsad kirurgi i näsan vara indicerad, som exempelvis konkotomi eller så kallad radio-

frekvensbehandling av nässlemhinnan. Patienten ska då remitteras till ÖNH-specialist.

När det gäller patienter med både allergisk rinit och astma/rinitastma har icke randomiserade observationsstudier visat en bättre kontroll av astman med färre exacerbationer och mindre medicinbehov vid tillägg av nasal steroid till befintlig astmabehandling [19, 20]. I randomiserade dubbelblindade studier har man dock inte kunnat visa att astman blir bättre av enbart tillförsel av nasal steroid om den samtidigt behandlas med inhalationssteroider. Det råder dock stark konsensus kring att både den allergiska riniten och astman hos samma patient ska behandlas optimalt för bästa sjukdomskontroll av rinitastma. Ett holistiskt synsätt på luftvägssjukdomar har med åren blivit allt viktigare. Sambandet med astma är så starkt att allergisk rinit bör betraktas som en riskfaktor och ett förstadium till astma. På motsvarande sätt bör annan komorbiditet, som symtomgivande gastroesofageal reflux och KOL, utredas och behandlas, men här saknas i princip helt data om eventuell behandlingseffekt på den allergiska riniten och vice versa.

När behövs vidare specialistbedömning?

Huvuddelen av patienter med allergisk rinit har en lättare sjukdom som gör att sjukvårdsupplysning, apotek och liknande i kombination med självbehandling är adekvat nivå. Den stora majoriteten av övriga patienter med allergisk rinit bör kunna utredas, behandlas och följas upp inom primärvård och motsvarande specialiserad öppenvård. ÖNH-specialisten har främst möjligheter att inspektera näskaviteten med optik, ta prov från näsan och utföra kirurgisk behandling. Patient med allergisk rinit bör därför remitteras till ÖNH-mottagning/-klinik vid oklara fynd eller

symtombild, svårighet att inspektera näsan, misstanke om malign eller annan allvarlig sjukdom (exempelvis granulomatös polyangit, GPA) eller vid terapivikt trots optimal behandling enligt riktlinjer och uppföljning.

Avgörande för omhändertagandet i primärvården är den behandlande allmänläkarens kunskap, erfarenhet och intresse för dessa sjukdomar. Dessutom är mottagningens resurser avseende till exempel utredning och uppföljning, tillgång till allergikunnig och intresserad sjuksköterska samt läkarbemannning av stor betydelse. Andra specialister som kan vara aktuella att konsultera är allergolog för vidare allergidiagnostik och/eller immunterapi, lungmedicinare eller yrkesmedicinare för utredning/behandling av terapieresistent eller oklar nedre luftvägsinflammation. Patienter där ställningstagande till allergenspecifik immunterapi ska göras är viktiga att remittera. Vissa läkemedel, som anti-IgE, är licenspreparat för dessa specialister. Barnläkare, gärna med inriktning barn- och ungdomsallergologi, konsulteras om barn har suboptimal behandling, svårbedömd eller oklar sjukdom.

Sammanfattning

Allergisk rinit är en folksjukdom och medför därför en betydande kostnad för samhället och lidande för många patienter. Med en strukturerad anamnes och noggrann undersökning finns goda möjligheter att medicinskt behandla patienter med allergisk rinit till god symtomkontroll inom primär sjukvård. Kontroll av samtidig astma samt uppföljning av terapin är hörnstenar liksom ett väl avvägt utnyttjande av andra specialistresurser som ÖNH, allergologi, lungmedicin och pediatrik när det är indicerat. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Mats Holmström, Åke Davidsson och Johan Helligren har engagerats som föreläsare och kursgivare i samarbete med AstraZeneca, GSK, Schering Plough, Novartis och MEDA. Mats Holmström sitter i rådgivande kommitté för MEDA, och Johan Helligren har tidigare suttit i samma rådgivande kommitté.

Citera som: *Läkartidningen*. 2016;113:DSAS

»Målet för behandling av allergisk rinit bör vara symtomfrihet och normal funktion.«

REFERENSER

- Brozek JL, Bousquet J, Baena-Cagnani CE, et al; Global Allergy and Asthma European Network; Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation Working Group. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines: 2010 revision. *J Allergy Clin Immunol*. 2010;126:466-76.
- Braunstahl GJ, Kleinjan A, Overbeek SE, et al. Segmental bronchial provocation induces nasal inflammation in allergic rhinitis patients. *Am J Resp Crit Care Med*. 2000;161:2051-7.
- Åberg N. Asthma and allergic rhinitis in Swedish conscripts. *Clin Exp Allergy*. 1989;19:59-63.
- Eriksson J, Ekerljung L, Pullerits T, et al. Prevalence of chronic nasal symptoms in West Sweden: risk factors and relation to self-reported allergic rhinitis and lower respiratory symptoms. *Int Arch Allergy Immunol*. 2011;154:155-63.
- Westman M, Stjärne P, Asarjoo A, et al. Natural course and comorbidities of allergic and nonallergic rhinitis in children. *J Allergy Clin Immunol*. 2012;129:403-8.
- Wüthrich B, Schimid-Grendelmeier P, Schindler C, et al. Prevalence of atopy and respiratory allergic diseases in the elderly SAPALDIA population. *Int Arch Allergy Immunol*. 2013;162:143-8.
- Nihlén U, Greiff L, Montnémy P, et al. Incidence and remission of self-reported allergic rhinitis symptoms in adults. *Allergy*. 2006;61:1299-304.
- Eriksson J, Bjerg A, Lötvaal J, et al. Rhinitis phenotypes correlate with different symptom presentation and risk factor patterns of asthma. *Respir Med*. 2011;105:1611-21.
- Westman M, Lupinek C, Bousquet J, et al. Early childhood IgE reactivity to pathogenesis-related class 10 proteins predicts allergic rhinitis in adolescence. *J Allergy Clin Immunol*. 2015;135:1199-206.e1-11.
- Schiöler L, Ruth M, Jögi R, et al. Nocturnal GERD – a risk factor for rhinitis/rhinosinuitis: the RHINE study. *Allergy*. 2015;70:697-702.
- Theodoropoulos DS, Ledford DK, Lockey RF, et al. Prevalence of upper respiratory symptoms in patients with symptomatic gastroesophageal reflux disease. *Am J Respir Crit Care Med*. 2001;164:72-6.
- Nihlén U, Montnémy P, Andersson M, et al. Specific nasal symptoms and symptom-provoking factors may predict increased risk of developing COPD. *Clin Physiol Funct Imaging*. 2008;28:240-50.
- Kjaergaard T, Cvan-carova M, Steinsvaag SK. Smoker's nose: structural and functional characteristics. *Laryngoscope*. 2010;120:1475-80.
- Moscato G, Vandenplas O, Van Wijk RG, et al; European Academy of Allergy and Clinical Immunology. EAACI position paper on occupational rhinitis. *Respir Res*. 2009;10:16.
- Samter M, Beers RF Jr. Intolerance to aspirin. Clinical studies and consideration of its pathogenesis. *Ann Intern Med*. 1968;68:975-83.
- Segboer CL, Holland CT, Reinartz SM, et al. Nasal hyper-reactivity is a common feature in both allergic and nonallergic rhinitis. *Allergy*. 2013;68:1427-34.
- Helligren J, Cervin A, Nordling S, et al. Allergic rhinitis and the common cold – high cost to society. *Allergy*. 2010;65:776-83.
- Cardell LO, Olsson P, Andersson M, et al. TOTAL: high cost of allergic rhinitis – a national Swedish population-based questionnaire study. *NPJ Prim Care Respir Med*. 2016;26:15082.
- Adams RJ, Fuhlbrigge AL, Finkelstein JA, et al. Intranasal steroids and the risk of emergency department visits for asthma. *J Allergy Clin Immunol*. 2002;109:636-42.
- Corren J, Manning BE, Thompson SF, et al. Rhinitis therapy and the prevention of hospital care for asthma: a case-control study. *J Allergy Clin Immunol*. 2004;113:415-9.

SUMMARY

Allergic rhinitis is the most common form of allergy with a prevalence of 30%. Allergic rhinitis is associated with substantial health economic costs and patient suffering. Asthma is strongly associated with allergic rhinitis. The treatment of allergic rhinitis should be individualized and include the whole airway. The treatment goals should be a patient free of symptoms affecting their daily life or sleep.