

Allergisk rhinitt

REDAKSJONELT

JODALEN H

LINDBÆK M

Barn under behandling må revurderes minst hvert år

Allergisk rhinitt er en atopisk lidelse i de øvre luftveier som har sesong- eller helårspreg, avhengig av hvilket allergen som er årsak til plagene. Nær en femdel av befolkningen er i perioder affisert av tilstanden.

Allergisk rhinitt diagnostiseres og behandles primærmedisinsk og utgjør 3% av konsultasjonene for luftveissykdommer og under 0,5% av det totale antall konsultasjoner i allmennpraksis (1). Opptak av sykehistorie eventuelt supplert med spesifikke allergentester kan lett gjennomføres i allmennpraksis. I tillegg er en bevisst behandlingsevaluering oftest lite krevende. Pasienter med problematisk sykdom følges opp hos øre-nese-hals-spesialist.

I hovedregel vil redusert allergeneksponering være første tiltak. Er ikke dette tilstrekkelig, har man et spekter av medisinske alternativer. Fem medikamentelle behandlingsformer benyttes, moderne antihistaminer, steroider, glikater, adrenergika og antileukotriener. I tillegg kommer hyposensibilisering som benyttes lite, men som kan få fornyet aktualitet gjennom korte kurer gitt før sesongstart (2).

Tilgjengelighet og tradisjon synes å styre behandlingsvalgene. Dette innebærer at antihistaminer som er i håndkjøp og innarbeidet i legepraksis, dominerer som førstelinjebehandling. I noen grad kan dette også innebære at det legges lite innsats i systematisk allergenrenovasjon. Egenbehandlede pasienter blir ofte suboptimalt behandlet over lengre tid. Adrenergika i overdoser må også betraktes som et stort og unødvendig problem. En del pasienter får sjablongmessig behandling hvor medikasjonen fornyes ved korte konsultasjoner eller ekspedisjoner uten at mer spesifikk diagnostikk er gjennomført eller behandlingseffekt er evaluert.

Allergisk rhinitt er karakterisert ved rhinoré (vanligvis serøs) og nesetetthet, lokal kløe og nysing. Gjennom symptomatisk behandling kan disse plagene effektivt lindres. Antihistaminer og lokale steroider er hyppigst brukt som førstehandspreparater. I en metaanalyse publisert i *British Medical Journal* i 1998 konkluderes med at lokalbehandling med steroider gir best symptomlindring, og spesielt er slik behandling mest effektiv mot nesetetthet (3). Dette er i tråd med retningslinjene fra et internasjonalt konsensusarbeid fra 1994 (4).

Alle barn under 12 år med allergi bør innkalles årlig for å få vurdert tilstand og behandling. Spesielt bør man være oppmerksom på mulig astmautvikling som i starten kan være

vanskelig å skille fra andre luftveisplager med hoste. Det er mulig at allergikere over 12 år bør innkalles til vurdering i hvert fall hvert tredje år.

Behandlingen av allergisk rhinitt hos barn under 12 år er gjenstand for betydelig diskusjon. Fortsatt er antihistaminer brukt lokalt eller kromoglikat førstehåndsmiddel (1), men også hos disse pasientene er det aktuelt med bruk av lokale steroider før man eventuelt skal supplere med perorale antihistaminer. Det er rapportert noen tilfeller av Cushings syndrom hos barn med helårsrhinitt som bare hadde brukt lokale steroider i høyere doser enn hva som er godkjent i Norge (5). Det er også reist spørsmål om steroider anvendt lokalt har såpass vesentlig systemeffekt, at de burde betraktes som systemiske kortikosteroider (6). Men for å komme til målet i de mer uttalte tilfellene, er bruk av steroider lokalt hos barn ofte nødvendig. Det er sannsynligvis all grunn til å fortsette med slik behandling i tilfeller hvor plagene varer i inntil 1-3 måneder. Barn med langvarig rhinitt, multiallergi eller annen helårsrhinitt bør evalueres nøye med henblikk på mulig systemisk påvirkning og eventuell vekstretardasjon.

Debatten om hva som utløser allergi har skutt fart det siste året. Det er veletablert at arv spiller en vesentlig rolle. Epidemiologiske studier har i tillegg påvist stor variasjon av allergiutvikling som er assosiert med sosioøkonomiske faktorer, familiestruktur og livsstil (7). Lavere sosioøkonomisk status er assosiert med lavere forekomst av allergi, dokumentert både i i-land og u-land. Invers assosiasjon mellom størrelse på søskenflokk og allergi er kjent (7). Det er lansert en teori om at infeksjoner tidlig i livet kan beskytte mot senere utvikling av allergi. T-cellesystemet blir stimulert til antistoffproduksjon mot virus og bakterier, mens det uten disse stimuli utvikles i retning IgE-produksjon og allergi. I en tysk studie ble det påvist at barn som enten hadde søsken eller startet tidlig i barnehage, hadde mindre risiko for allergiutvikling enn enebarn og barn som startet senere i barnehage (8). Hos barn i familier med antroposofisk livsstil ble det funnet lavere forekomst av atopi enn hos barn fra andre familier (9). Dette ble tolket til å kunne henge sammen med antall barneinfeksjoner, deltakelse i vaksinasjonsprogrammer, eller intestinal mikroflora. I Italia ble det påvist en invers sammenheng mellom gjennomgått hepatitt A-infeksjon og atopiutvikling (10), som etter forfatternes mening skyldes endret stimulering av lymfoid vev i gastrointestinaltractus. Men resultatene er ikke entydige. I en norsk studie finner man ikke holdepunkter for at luftveisinfeksjoner i tidlig barnealder reduserer risikoen for allergisk rhinitt ved fire års alder (P. Magnus, personlig meddelelse).

Allergisk rhinitt er en hyppig lidelse som ser ut til å øke i industrialiserte land (11). Det er viktig med oppfølging for å nå frem med den gode behandling som er tilgjengelig. Spesielt er det nødvendig med regelmessig revurdering av barna.

Harald Jodalen

Morten Lindbæk

Harald Jodalen (f. 1958) er spesialist i allmennmedisin, dr.med. og fagredaktør i Tidsskriftet.

Morten Lindbæk (f. 1950) er spesialist i allmennmedisin og førsteamanuensis i halv stilling, Universitetet i Oslo. Han disputerte høsten 1998 med avhandlingen Akutt sinusitt hos voksne i allmennpraksis.

LITTERATUR:

1. Langhammer A. Lunger og luftveier. I: Hunskaar S. Allmennmedisin klinisk arbeid. Oslo: Ad Notam/Gyldendal, 1997:372-400.
2. Tkachyk SJ. New treatments for allergic rhinitis. Can Fam Physician 1999; 45: 1255-60.
3. Weiner JM, Abramson MJ, Puy RM. Intranasal corticosteroids versus oral H₁ receptor antagonists in allergic rhinitis: systematic review of randomised controlled trials. BMJ 1998; 317: 1624-9.
4. International Consensus Report on the diagnosis and management of rhinitis. International Rhinitis Management Working Group. Allergy 1994; 49 (suppl 19): 1-34.

5. Findlay CA, Macdonald JF, Wallace AM, Geddes N, Donaldson MD. Childhood Cushing's syndrome induced by betamethasone nose drops, and repeat prescriptions. *BMJ* 1998; 317: 739-40.
6. Homer JJ, Gazis TG. Cushing's syndrome induced by betamethasone nose drops. In rhinological disease betamethasone should be regarded as systemic corticosteroid. *BMJ* 1999; 318: 1355.
7. Strachan DP. Lifestyle and atopy. *Lancet* 1999; 353: 1457-8.
8. Krämer U, Heinrich J, Wjst M, Wichmann H-E. Age of entry to day nursery and allergy in later childhood. *Lancet* 1999; 353: 450-4.
9. Alm JS, Swartz J, Lilja G, Scheynius A, Pershagen G. Atopy in children of families with an anthroposophic lifestyle. *Lancet* 1999; 353: 1485-8.
10. Matricardi PM, Rosmini F, Ferrigno L, Nisini R, Rapicetta M, Chionne P et al. Cross sectional retrospective study of prevalence of atopy among Italian military students with antibodies against hepatitis A virus. *BMJ* 1997; 314: 999-1003.
11. Holen E, Elsayed S. Hvorfor øker hyppigheten av allergi i industrialiserte land mer enn i utviklingsland? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 3176-7.

Publisert: 17. oktober 2018. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI:

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no