

Allergisjukdomar

Allergiska besvär uppkommer i första hand i ögon, näsa och lungor, men kan även drabba hud- och mag-tarmkanal. Grundbehandlingen sker med perorala antihistaminer. Ofta räcker inte enbart denna behandling och en komplettering kan därför behövas med behandling av varje organ t ex i form av nässpray och/eller ögondroppar. Vid svåra fall kan tillägg med perorala steroider behövas.

Systemisk behandling

Antihistaminer

Cetirizin	Cetirizin tabl 10 mg
Desloratadin	Desloratadin tabl 5 mg

Antihistaminer motverkar nässelutslag och histaminorsakad klåda i hud och slemhinnor. Stora variationer föreligger vad gäller upplevd effekt och biverkningar mellan de olika antihistaminerna. Detta kan motivera dosjusteringar, ibland upp till fyrdubbel dos, och eventuellt preparatbyte.

Cetirizin och **Desloratadin** är väldokumenterade preparat som rekommenderas i första hand av antihistaminerna. **Cetirizin** kan i enstaka fall ge sedation. **Desloratadin** är den aktiva metaboliten till loratadin och har i vissa studier visat sig också minska nästäppan vid allergisk rinit. Desloratadin finns också som munsönderfallande tablett (Caredin) i styrkorna 2,5 och 5 mg.

Det finns ett flertal andra antihistaminpreparat som rekommenderas i andra hand. Alla rekommenderade antihistaminer finns att köpa receptfritt och kan användas för egenvård av pollenallergi. Se även *Rekommendation för förskrivning av receptfria läkemedel • Vårdgivare Region Örebro län (regionorebrolan.se)*

Bra patientinfo om pollenallergi finns på [1177](#).

Peroral steroidbehandling vid allergi

Vid svår säsongsbunden allergi kan peroral steroidbehandling bli aktuell. Peroral steroidbehandling är dock aldrig indicerad för långtidsbruk.

Prednisolon	Prednisolon tabl 5 mg
Betametason	Betapred tabl 0,5 mg

Undvik helst injektion av depotkortisonspruta då detta medför en högre dos än vad som krävs. Allergireaktionerna varierar i tid och svårighetsgrad vilket gör en standardinjektion mindre passande. Kortisontabletter kan ordineras som en kur tre till fyra gånger per år.

Nedanstående doseringar avser Prednisolon eller Betapred.

Vid måttlig allergi: 1–2 tabletter på morgonen i 1–4 dagar.

Vid svår allergi: 5 tabletter på morgonen i 5 dagar.
Eventuellt 1 tablett dagligen i ytterligare 1–2 veckor.

Allergen immunoterapi (AIT)

Allergen immunoterapi (AIT) är indicerad vid IgE-medierad luftburen allergi såsom allergisk rinokonjunktivit med lång säsong, otillräcklig effekt trots optimal behandling eller begynnande astma samt vid bi- och getingallergi med allvarliga systemreaktioner. Den långa behandlingstiden (3–5 år) motiveras av att en mångårig, helst livslång behandlingseffekt eftersträvas. Behandlingen bör skötas av läkare med god erfarenhet av AIT. AIT ges i två former, subkutana injektioner (SCIT) och sublingual tablett (SLIT). Indikationen är densamma för båda formerna.

SCIT: allergenextraktet ges på specialistmottagning med subkutan injektion i stigande dos varvid en immunologisk tolerans mot allergenet induceras. Initialt ges en injektion per vecka i stigande dos, under cirka 7–15 veckor, tills en underhållsdos nåts. Därefter ges injektionerna med sex till tio veckors intervall (åtta veckor är standard) under tre år när det gäller inhalationsallergen, fem år vid bi- och getingallergi.

SLIT: en tablett med aktuellt allergen läggs under tungan dagligen. Den första tablett ska tas under övervakning på specialistmottagning och därefter sker fortsatt behandling i hemmet.

Behandlingstiden är 3 år. God följsamhet och motivation hos patienten är en förutsättning för lyckat behandlingsresultat. SLIT finns i dagsläget för gräspollen (timotej), trädpollen (björk) och kvalsterallergi.

Organspecifik behandling

Allergisk rinokonjunktivit

Natriumkromoglikat

Natriumkromoglikat

Lomudal

ögondroppar 20 mg/ml (flaska)
ögondroppar 40 mg/ml (endosbehållare)

Glukokortikoider

Budesonid

Desonix

nässpray 32; 64 mikrog/dos

Mometason

Mometasone

nässpray 50 mikrog/dos

Antihistamin och glukokortikoid

Azelastin +
flutikason

Azelastine/Fluticasone

nässpray 125 mikrogram
+ 50 mikrogram/dos

Olopatadin +
mometason

Ryaltris

nässpray 600 mikrogram + 25 mikrogram

Vid tidsbegränsad allergisk rinit med eller utan konjunktivit rekommenderas följande behandlingsalgoritm.

Lindriga besvär:

- Antihistamin-tabletter (**Cetirizin** eller **Desloratadin**).
- Tillägg vid uttalade ögonbesvär t. ex **Lomudal ögondroppar**.

Måttliga/svåra besvär:

- Antihistamin-tabletter (**Cetirizin** eller **Desloratadin**) + intranasal steroid (**Desonix** eller **Mometasone** alternativt *Flutikason* nässpray) +/- steroidtabletter (**Prednisolon** eller **Betapred**).
- Tillägg vid uttalade ögonbesvär t. ex **Lomudal ögondroppar**.
- Om ej tillräcklig effekt ersätt nasal steroid med intranasalt kombinationspreparat (**Azelastine/Fluticasone** eller **Ryaltris**) +/- steroidtabletter (**Prednisolon** eller **Betapred**).
- Om ej tillräcklig effekt trots full och rätt regelbunden medicinering, övervägs Allergen Immunoterapi (AIT).

Livostin (levokabastin) ögondroppar och nässpray är lokalt verkande antihistamin och kan utgöra ett alternativ då peroralt antihistamin inte är lämpligt.

Vid sveda eller utebliven effekt av *Livostin* ögondroppar kan *olopatadin (Opatanol)* eller *ketotifen (Zaditen)* ögondroppar prövas. Båda preparaten ges 2 gånger dagligen. Preparaten finns som droppflaska, medan *Zaditen* även finns som endosbehållare utan konserveringsmedel.

Många patienter med allergisk rinit har även mer eller mindre väl diagnostiserad astma, och vice versa. Det är viktigt att behandla både de övre och nedre luftvägarna för att få optimal effekt.

Behandling av anafylaxi

Medel vid anafylaxi

Adrenalin

EpiPen eller Jext

lösning i förfylld injektionspenna
150 mikrog

EpiPen eller Jext

lösning i förfylld injektionspenna
300 mikrog

Cetirizin

Cetirizin

tabl 10 mg

Desloratadin

Caredin

munsönderfallande tabl 2,5; 5 mg

För behandling av anafylaxi se bilaga i slutet av boken **”Anafylaxi – vuxna och barn – åtgärder”** eller riktlinjen på intranätet *Anafylaxi - vuxna och barn - åtgärder*. Riktlinjen följer rekommendationerna från svenska föreningen för allergologi (SFFA) som nyligen ändrades. De viktigaste ändringarna innebär att:

- Rutinmässig steroidbehandling rekommenderas inte längre vid akut anafylaxi. Detta eftersom det inte har någon akut insättande effekt vid behandling av anafylaxi. Dessutom visar nyare studier att bifasiska reaktioner kan inträffa trots administrering av kortikosteroider. Dock bör patienter som reagerar med akuta obstruktiva besvär vid en anafylatisk reaktion behandlas med perorala steroider som del i akut astmabehandling, se riktlinjer akut astma på intranätet (för vuxna respektive för barn).
- Tidig adrenalinbehandling är avgörande och effektiv.

- Svårighetsgradering av anafylaxi inte längre rekommenderas.
- Tre dagars behandling med peroralt antihistamin rekommenderas vid akut anafylaxi.

Adrenalin vid anafylaxi är det viktigaste läkemedlet. Det skall ges tidigt och intramuskulärt i lårets utsida för snabbt systemiskt upptag. **Alla patienter ska observeras på sjukhus även om adrenalin givits i hemmet.**

Adrenalinpenna ska endast förskrivas till patienter där indikation föreligger.

Adrenalinpenna bör förskrivas till patient som fått anafylaxi av:

- födoämne
- bi-eller getingstick
- oklar utlösande orsak

Adrenalinpenna bör ej förskrivas till patient:

- där den allergiska reaktionen inte bedöms som anafylaxi
- där anafylaxi är orsakad av (undvikbart) läkemedel
- för bi-och getingallergi efter ett års AIT-behandling (om normalt basalt tryptas)

Två adrenalinpennor ska alltid förskrivas (2 st med 2 uttag på receptet), då en andra dos kan behöva ges efter 5–15 minuter om symtomen inte förbättras, förvärras eller återvänder. **Patienten ska alltid ha med sig 2 adrenalinpennor.** Patienten bör också under överinseende själv få träna på att ge sig en injektion med en övningspenna av adrenalinpennan (beställs från företaget till mottagningen) för att våga ta den vid "akut läge".

Återkommande restsituationer gör att vi i dagsläget har tre adrenalinpennor med likvärdig rekommendation.

EpiPen: Pennan skall slås mot låret. Hållbarheten för EpiPen 150 mikrog (Jr) är 19 månader och för EpiPen 300 mikrog 24 månader från tillverkningsdatum. För instruktionsvideo se www.medicininstruktioner.se.

Jext: Injektionen inträffar när pennan trycks mot låret. Hållbarheten för Jext i båda styrkorna är 22 månader från tillverkningsdatum. För instruktionsvideo googla "Jext träningspenna".

Adrenalin injektionsvätska 1mg/ml för intramuskulärt bruk används som alternativ till adrenalinpennor. Läkemedlet skrivs inte på recept utan rekvireras och ges av sjukvårdspersonal. Samma dosering som för adrenalinpennor.

Antihistamin-tabletter ges i dubbel dos efter att adrenalin givits och patientens status är stabiliserad. Antihistamin ger effekt efter 30 minuter. **Cetirizin tablett** ges i dosen 20 mg till vuxna och barn >12 år. Desloratadin (**Caredin munsönderfallande tablett**) ges i dosen 2,5 mg g till barn <6 år, i dosen 5 mg till barn 6–12 år och 10 mg till vuxna och barn >12 år.

Patientinformation

En handlingsplan för akuta allergiska reaktioner kan skrivas ut och ges till patienten.

Handlingsplanen finns på www.sffa.nu under Riktlinjer/SFFA – Nationellt vårdprogram anafylaxi (2024)