

Immunterapi i en travel allmennpraksis, er det mulig?

Anders Østrem.

Fastlege og spesialist i allmenntmedisin

Gransdalen Legesenter, Oslo

anders.ostrem@outlook.com



Tema for i dag:

1. Hvorfor er det behov for SLIT?
2. Hvordan skal vi få tak i pasientene?
3. Hvordan kan vi gjennomføre SLIT i en travel praksis?



Bare husk forkortelser:

- Sublingual immunterapi = SLIT
- Subcutan immunterapi = SCIT

Hvordan er det med behandling i dag?



- Mange pasienter kontakter legekantoret for resepter.
 - «vanlige plager» – trenger de «vanlige medisinene»
 - Lite problemer med interaksjoner og kontraindikasjoner
- Hvor mange tar pasientene inn til konsultasjon?



Hva bør vi sjekke?

- Hvordan er diagnosen stilt?
- Har pasienten forståelse for sykdommen?
- Etterlevelse:
 - Bruker pasientene medisiner fast eller kun ved behov?
 - Hva bruker de?
 - Hvordan bruker de neseppray?
- **Har pasienten effekt?**

Underbehandling og mangel på oppfølging:



 Check for updates

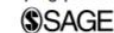


Letter to the editor

Characteristics and predictors of allergic rhinitis undertreatment in primary care

F Spinozzi,¹ N Murgia,² S Baldacci,³ S Maio,³ AP Pala,⁴

International Journal of
Immunopathology and Pharmacology
2016, Vol. 29(1) 129–136
© The Author(s) 2015
Reprints and permissions:
sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/0394632015595779
iji.sagepub.com



25 % av pasientene hadde ingen behandling

Over one out of four patients had no treatment despite the symptoms and 13.5% were inadequately treated. Participants with asthma (OR 0.47, 95% CI 0.30–0.75) and conjunctivitis (0.44, 95% CI 0.27–0.71) were at lower risk of allergic rhinitis under-/no treatment: in asthmatics this reduction was related mainly to the concomitant asthma treatment (OR 0.19, 95% CI 0.10–0.37).

Asthmatics with under-/not treated rhinitis had the highest prevalence of rhinitis-related quality of life impairment.

Under-/no treatment for allergic rhinitis is still rather frequent despite the relevance of this disease. The simultaneous presence of asthma and an anti-asthmatic therapy are able to influence positively the treatment. Targeted interventions



Hva med Kenacort injeksjon?

- Mye et Nordisk fenomen, tradisjonelt brukt en eller to ganger i sesongen.
- Retningslinjer har vært negative, mens vi opplever i stor grad svært fornøyde pasienter...
 - Obs bivirkninger
 - «må ikke være verre enn sykdommen»



Systematisk oversikt fra 2005

Conclusions: The studies in this review were sound and their findings consistent: i.m. SCS therapy was shown to be efficient and safe for the treatment of hayfever in adults. This review shows no support for any concerns regarding serious tissue atrophy or other serious side-effects, any long-lasting suppression of plasma-cortisol, or any influence on stress reaction, following a single intramuscular injection of SCS.

REVIEW

Hay fever and a single intramuscular injection of corticosteroid: a systematic review



Marianne Stubbe Østergaard^{a,*}, Anders Østrem^b, Margareta Söderström^a

^a Department of General Practice, University of Copenhagen, Øster Farimagsgade 5-Q, DK 1014 K, Denmark

^b Oslo, Norway

Received 21 May 2004; accepted 20 August 2004



ARIA retningslinjer;

- Systemiske steroider; Anbefaler at im injeksjoner **ikke** brukes.
- Per os behandling;
 - Kan være et alternativ som kortvarig behandling dersom annen behandling ikke har hatt ønsket effekt eller i forbindelse med særlig eksposisjon for pollen.



Dersom vi er enige;

- Allergisk rhinitt kan behandles bedre!
- Vi må gjøre en jobb!
-så hvordan?



Aktiv eller passiv oppsporing.

- Aktiv;
 - Søke i journalsystemet (eller Medrave) etter pasienter.
 - For eksempel alle som har fått resept på Kenacort
 - Kalle dem inn og tilby utredning.
- Passiv;
 - Spørre pasienten om effekt ved konsultasjon, eller når de henvender seg for ny resept



Krav til refusjon av medisiner.

- Moderat eller alvorlige plager over tid.
- Optimal behandling ikke sykdomskontroll eller ikke kan brukes av medisinske grunner.

- Allergi er påvist med positiv hudpricktest og/eller spesifikk IgE



Hvordan stiller dere diagnosen allergisk rhinitt i dag?

Hva gjør dere i dag??

- Sykehistorie
- Sykehistorie og allergiprøver
- Kun allergiprøver
- Pasienten bare sier de trenger medisiner og det er godt nok for meg.



Litt om allergitestning.

- Hva er det vi måler ved sIgE?
- Hva betyr en positiv test?
- Hva sier dere til pasientene (foreldrene)?

Hva gjør dere i dag??

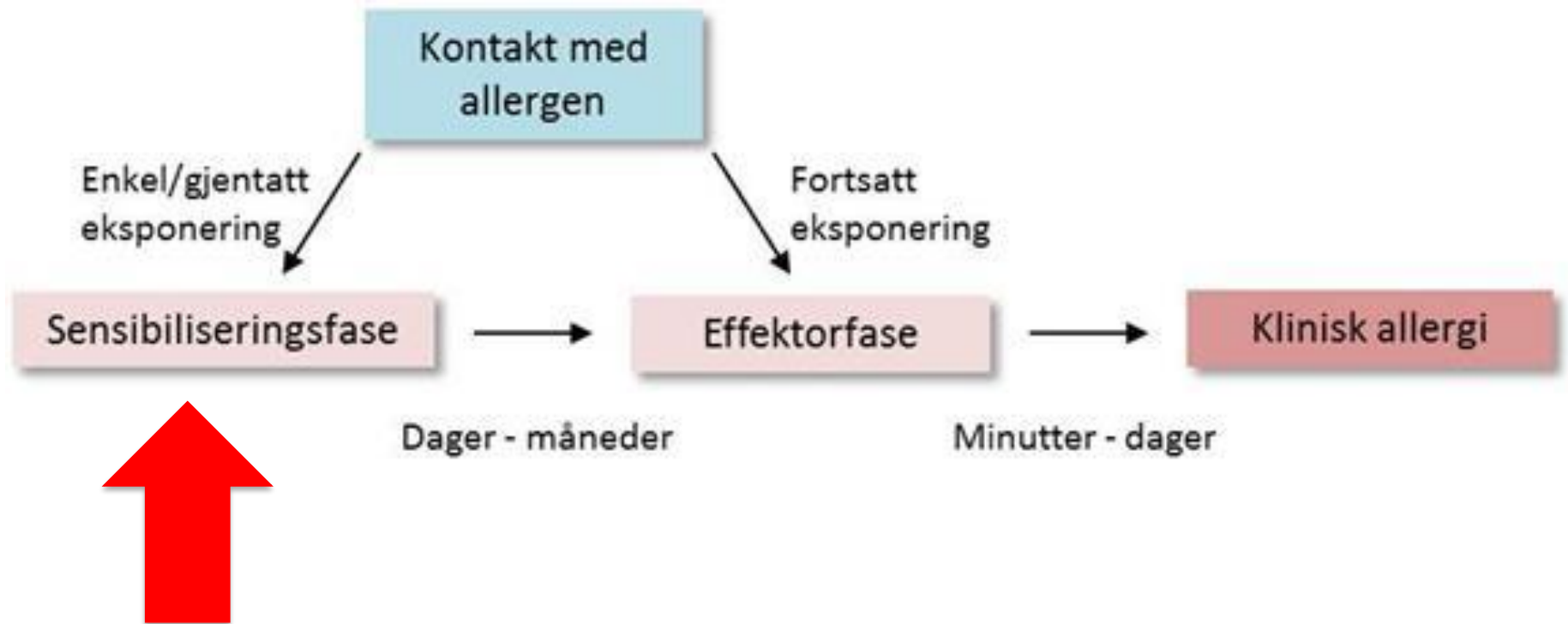


Litt om allergitestning.

- Hva er det vi måler ved sIgE?
- Hva betyr en positiv test?
- Hva sier dere til pasientene (foreldrene)?



Sensitivisering og allergi





Konsentrasjonen av sIgE og sannsynligheten for IgE-mediert allergisk reaksjon

- sIgE over 0.35 indikerer sensitivisering, men er ***absolutt ikke*** synonymt med allergisk sykdom.
- Sannsynligheten for allergisk sykdom øker med konsentrasjonen av spesifikk IgE
 - Men sier ingen ting om alvorligheten
 - Er ingen garanti for klinisk allergi
- Ved **SigE over 3,5** er det stor sansynlighet!!



Positiv prediktiv verdi av konsentrasjonen av sIgE (Ku/l) mot matvarer.

| ALLERGEN | SPESIFIKK IgE (KU/L) | PPV |
|-----------------------|---------------------------------|------------|
| Kumelk (alder > 2 år) | 15 | 95% |
| (alder ≤ 2 år) | 5 | 95% |
| Egg (alder > 2 år) | 7 | 98% |
| (alder ≤ 2 år) | 2 | 95% |
| Fisk | 20 | 100% |
| Peanøtter | 14 | 100% |
| Soya | 30 | 73% |
| Nøtter | 15 | 95% |
| Hvete | 26 | 74% |



Hvordan gjør vi det hos oss?

- Brev til alle pasienter som har fått resept på Kenacort.
 - Inviterer til videre samtale hos sykepleier.
 - Vurderer om effekten av medisiner er god nok.
 - Allergitestning dersom SLIT vurderes.
- Alle pasienter som kommer til time eller ber om medisiner blir spurt om effekt.



Ved indikasjon for SLIT

- God informasjon til pasienten.
 - Mulige bivirkninger
 - Hvordan medisinen virker, må brukes over 3 år
 - Forventet effekt

- Resept som pasienten henter.



Ved oppstart:

- Første tablett på kontoret:
 - Tar antihistamin ½ time før timen.
 - Spirometri før og ½ time etter inntak av tablett
 - Observeres av hjelpepersonell

- Time til oppfølging etter 1-2 måneder

- Husk igjen; vær sikker på at pasienten har god forståelse for behandlingsopplegget!!



Dersom pasienten skal ha flere preparater.

- Ved allergi for både gress og bjerk.
- Begynn med et medikament først.
 - Vent ca 14 dager, til bivirkningene har gitt seg.
- Introduser det andre medikamentet på samme måte (oppstart på legekantoret)
 - Noen vil anbefale forskjellig tid på døgnet.



Konklusjon:

- Mange pasienter med allergisk rhinitt får for dårlig behandling.
- Ved å systematisere oppfølging «litt», vil vi kunne bedre kvaliteten på behandlingen.
- Selv i en travel praksis er det mulig å få til et godt tilbud med SLIT.