

KLINISKE RÅD NR. 5

ALLERGI

Utarbeidet av: Arnulf Langhammer og Anders Østrem 11/2022.

Omtrent 25 prosent av barn i skolealder og 30 prosent av unge i puberteten har allergisk sykdom, de fleste atopisk eksem eller pollenallergi, og ca. 1/3 av disse er sterkt plaget. Allergisk sykdom inkluderer rhinokonjunktivitt (høysne), atopisk eksem (hos barn), astma og matallergier. En systematisk utredning er nødvendig for riktig diagnose og behandling.

UTREDNING AV ALLERGISK SYKDOM

I: Sykehistorie og klinisk undersøkelse er nødvendig og ofte tilstrekkelig for en allergidiagnose.

Spør om:

- Øyne: Kløe, "røde øyne", hevelse eller tåreremming.
- Nese: Tetthet, nysing, kløe
- Nedre luftveier: Anfall med tungpust ved eksponering for kjente allergener, ved anstrengelse, om natten og ved virale luftveisinfeksjoner.
- Hud: Kløe og utslett (urticaria, eksem).
- Munn/hals: kløe, hevelse av lepper eller slimhinner etter inntak av mulige allergener, obs kryssallergi /nøtter
- Fordøyelseskanal: Smerter, kvalme, oppkast og løs avføring/diare umiddelbart etter inntak av mulige allergener.
- Eksponering: Tobakksrøyk, pollen, katt, hund, kanin, hest, husstøvmidd eller muggsopp. Spør om debutalder og sesongvariasjon.
- Allergisk sykdom i familien

II: Allergener

Pollen: Fra trær (or, hassel, bjørk, salix), gress (f.eks. timotei og hundegress) og burot er vanligst. Det er stor grad av kryssallergi mellom pollen og frukt. Kryssallergi til ulike frukter kan gi symptomer fra munnhule og mage-tarm. Tabeller over kryssallergier er nyttige og gjør tester ofte overflødige (se www.naaf.no).

Kjæledyr og inneliv: Allergener fra hud og spyttceller fra dyr har noe ulik evne til sensibilisering. Katt, hund og hest gir oftest allergi. Kartlegging av aktiv og passiv røyk er viktig ettersom dette trigger respons på allergener

Matallergener: Allergi mot fødemidler øker i hele den vestlige verden, men er ofte vanskelig å diagnostisere. Det er risiko for overdiagnostisering med unødige eliminasjonsdietter til følge. Systematisk eliminering og påfølgende eksponering bidrar til sikrere diagnose. Allergi mot melk og egg hos små barn er oftest forbigående, mens andre matallergier kan være varige (fisk, nøtter mm). De viktigste matallergenene er: Egg, kumelk, fisk, nøtter og hvete (vanligst som inhalasjonsallergi hos bakere).

Rundt 40% av barn med eksem er sensibilisert for ett eller flere vanlige matallergener. IgE-mediert matallergi er gjerne første steg i utviklingen av allergiske sykdommer hos barn.

Husk: Reaksjoner på mat kan skyldes matvareintoleranse grunnet mangel på enzymer (eks. laktoseintoleranse) eller kan være IgA-mediert (som cøliaki).

III: Hudpricktest (SPT) og spesifikk IgE-måling {sIgE}

Bør kun brukes målrettet ved anamnestic usikkerhet ved allergisk rhinitt, atopisk eksem, astma og ved mistanke om IgE-mediert matallergi hos barn. Begge testene har høy negativ prediktiv verdi. Positive tester bekrefter kun sensibilisering, og ikke nødvendigvis klinisk sykdom. Screeningpanel på spesifikk IgE brukes ofte ukritisk i allmennpraksis. Høyere nivå av ulike spesifikk IgE øker sannsynligheten for klinisk sykdom. For inhalasjonsallergener er det stor sannsynlighet ved IgE > 3,5 kU/L.

Husk: Allergitester skal alltid tolkes i sammenheng med sykehistorien

Behandling

I. ALLERGISANERING

Allergisanering er grunnleggende ved klinisk allergi ved at enten allergenet forsøkes fjernet fra pasienten eller at pasienten forsøkes fjernet fra allergenet. Der dette ikke er mulig tilstrebes reduksjon i mengde allergener, men da effekten ofte er begrenset, bør dette skje innen realistiske rammer. Profylaktisk allergisanering i svangerskap og ved amming er ikke anbefalt pga. manglende effekt.

II. MEDIKAMENTELL BEHANDLING

Allergisk rhinitt

Begrens eksponering for allergener i den grad det er mulig. Start med orale eller lokale antihistaminer i de mildeste tilfellene, eventuelt i kombinasjon med avsvellende behandling de første dagene. Nasale steroider (eventuelt i kombinasjon med antihistamin) er førstevalg ved alle mer alvorlige former, mens antihistamintabletter kan tas i tillegg ved behov. Leukotrienantagonister kan legges til, spesielt ved samtidig astma. Kromoglykater brukes lite hos voksne, men kan ha en effekt ved øyesymptomer, spesielt hos barn.

Immunoterapi kan ha en plass ved de alvorligste formene, se senere og eget Kliniske Råd nr. 8.

Man bør være tilbakeholdende med bruk av injeksjoner med kortikosteroider pga. mulige lokale og systemiske bivirkninger. Korte kurer med perorale steroider (prednisolon 20-30mg x1 i 3-4 dager) kan være et godt alternativ ved betydelige symptomer ved f.eks. stor pollen-eksponering. Manglende effekt av antihistaminer og nasalsteroider skyldes ofte manglende etterlevelse av anbefalt behandling.

Atopisk eksem

Kortisonpreparater (krem el. salve avhengig av om eksemet er væskende eller tørt). Bruk gjerne steroidkrem/salve klasse III daglig i 2 uker deretter annenhver dag i 2 uker. Rask start av behandling når eksemet bryter fram kan ofte begrense bruken. Antihistaminer kan forsøkes mot kløe, men har ofte lite effekt.

Topikale immunmodulerende midler (tacrolimus og pimecrolimus) kan brukes ved moderat og alvorlig eksem hos voksne og barn over 2 år, som enten ikke responderer på eller tåler konvensjonell behandling.

Astma

Allergi er en av mange faktorer som påvirker astma. Behandling av astma er beskrevet i Kliniske Råd nr. 4.

Antihistaminer og/eller leukotrienantagonister kan være aktuelt ved mistanke om allergisk rhinitt og eventuell samtidig astma.

Matallergi

Eliminasjon av de matvarer som forårsaker reaksjonen er viktigst og oftest tilstrekkelig. Alvorlige reaksjoner forekommer, spesielt på nøtter, egg og fisk. Allergi mot egg, mel og melk hos små barn gir seg ofte i løpet av de første leveår, men nøtte- og fiskeallergi oftest er varig. Unngå udokumenterte eliminasjonsdieter.

Ved alvorlig matallergi: Overvei å ha anafylaksiberedskap (Epipen®, Jext®, evt. også prednisolon tabletter).

Viktig: Det bør ikke startes eliminasjon av viktige matvarer uten at det foreligger en veldokumentert allergisk reaksjon på disse.

Utredning på sykehus i form av provokasjonstester kan gi viktig informasjon. Medikamentell behandling har liten plass ved matallergi.

III. HYPOSENSIBILISERING (ALLERGENSPESIFIKK IMMUNTERAPI)

Sublingual immunterapi (SLIT)

Dette er et alternativ ved langvarige plager der pasienten ikke har tilfredsstillende effekt av medikamentell behandling og saneringstiltak.

Behandlingen gis daglig over 3 år og er kostbar, men har god effekt hos mange og kan redusere allergisymptomer og legemiddelbruk.

Risiko for alvorlige bivirkninger som anafylaksi er ikke sett, men oppstart av behandling skal skje på legekantoret.

SLIT refunderes på blå resept ved allergi mot pollen fra tre, gress og husstøvmidd. Se Kliniske Råd nr 8.

Subkutan immunterapi (SCIT).

Hyposensibilisering ved hjelp av SCIT bør rettes mot enkeltallgener etter grundig utredning. Behandling mot pollenallergi (tre og gress) eller husstøvmidd kan nå like gjerne gis som SLIT. SCIT er spesielt aktuelt ved påvist allergi etter livstruende reaksjoner hos pasienter etter bi- og vepsestikk.

Hyposensibilisering anbefales ikke til barn under 5 år, pasienter med ukontrollert astma, ved alvorlige hjerte- og karsykdommer, ved kreftsykdom eller hos gravide.

Nye muligheter: Anti IgE behandling (Xolar® - omalizumab). Dette er en ikke-allergenspesifikk behandling som reduserer nivået av IgE som kan binde til allergener. Behandlingen er kostbar og tidkrevende. Det er et mulig framtidig alternativ i kombinasjon med immunterapi.