



Minnesanteckning från allergironden på Stuvsta VC 140403

Deltagare: 18 läkare och sjuksköterskor representerande 9 vårdcentraler. Från Allergicentrum Syd: Maria Skedinge vuxenallergolog, Karin Strandberg vuxenallergolog, Daiva Helander barnallergolog, Maria Gossart hudspecialist, Jan Dahllöf distriktsläkare och Marianne Eduards astma/KOL-sjuksköterska.

Ronden inleds med presentationsrunda och därefter lite frågor och fall:

Fråga: Vilket antihistamin är bäst? **Maria S:** De är likvärdiga och vilken man föredrar är individuellt. **Daiva:** När det gäller barn är Aerius mixtur lämplig och om man inte får effekt så kan man behöva öka till 2 ggr dagligen. Detta gäller framförallt vid nässelutslag. Kan vara bra att skriva SIC på receptet.

Fråga: Vad ger man till gravida? **Maria:** Alla de vanligt förekommande antihistaminerna är väl beprövade och kan ges till gravida. (På Allergicentrum Stockholms hemsida ligger en skrift utgiven av Astma och allergiförbundet om [Astma och allergi under graviditeten](#).)

Fall 1: Kvinna i 30-årsåldern med slem året runt, sämre under tidig pollensäsong samt under förkylningar. Har som yngre fått diagnos allergisk astma. Blåser nu en normal spirometri, något låg volym, ingen reversibilitet. Spirometri utförd under 3 olika årstider med samma resultat. Uppger ansträngningsdyspné. Pricktest har visat utslag på hund tidigare. Har haft inhalationssteroider under långa perioder utan att det gjort någon skillnad. Pef-kurva i hemmet gav tveksamt resultat. Ickerökare, löptränar mycket. Lungrtg normal. Har nu gulgrönt, tjockt slem. **Maria:** Odlå på slemmet. Låt en ÖNH-läkare undersöka, kan komma från bihålorna. Kontrollera eosinofili. **Karin:** Metakolinprovokation kan vara ytterligare en pusselbit.

Fråga: Hur är det med cilierörlighet? **Maria:** Detta upptäcks ibland i samband med fertilitetsutredning där man upptäcker spermiedysfunktion. Kvinnor med samma problematik kan råka ut för extrauterina graviditeter pga att äggledarna inte riktigt fungerar. Återkommande infektioner i bihålor och nedre luftvägar kan också vara ett symptom. Dessa patienter behöver ofta sjukgymnastik för slemmobilisering.

Daiva: Hos barn kan man kolla nasalt NO eller göra saccarintest – barnet får inhalera det genom näsan och man mäter tiden till smaken känns.

Fråga: Efter hur lång tid är det lämpligt göra uppföljning efter en ändrad dos eller utsättning av inhalationssteroid? **Maria:** Efter en utsättning kan det ta lång tid innan symtomen ev. kryper tillbaka eller förändringar går att mäta. På spirometrin upp emot ett år ibland. Annars är tumregeln vid dosförändring att följa upp efter 2-3 månader.

Fråga: Vilken behandling är det nu som gäller vid nyupptäckt astma? **Karin:** Inhalationssteroid t.ex. budesonid 400ug 1x 2 eller 200ug 2x2 och kortverkande beta2-stimulerare är lämpligt att börja med. Vid otillräcklig effekt kan långverkande beta2-stimulerare läggas till.

Fall 2: Patient som står på Symbicort forte 1x2 samt Bricanyl vb sedan en längre tid är fortfarande reversibel på spirometrin. Patienten har inte tagit sina inhalationer på morgonen före spirometrin. Hur går man vidare? **Karin:** Låt patienten komma behandlad dvs ha tagit sin Symbicort på morgonen. Troligt att patienten då inte är reversibel. I det här fallet kan man vilja se hur patienten ser ut med den behandling hon vanligtvis har. Ibland når man inte optimal lungfunktion med bara inhalationssteroider.

Föreläsning av allergolog Maria Skedinger om KOL och Astma – likheter och skillnader.

Maria hänvisar till en artikel av öl Björn Mossberg från 1985 där han fastslår en viktig skillnad när det gäller att definiera KOL och astma. KOL är en **kroniskt** obstruktiv luftvägssjuk med en kronisk obstruktion, sänkt FEV1/FVC (0,65 – 0,7) och irreversibel. Astma är en **kronisk** obstruktiv luftvägssjukdom med intermittenta perioder av pipande andning, bronkiell hyperreaktivitet och en reversibel lungfunktion > 12 % och 200 ml.

Immunologiska karakteristika är för KOL: ökning av CD8 + lymfocyter, få eosinofiler, granulocyter höga i BAL. För astma: Eosinofili, CD4 + lymfocyter.

Strukturella likheter och skillnader är för KOL: Små luftvägar, fibros, destruktion av alveolarväggar. För astma: Stora luftvägar, förtjockat basalmembran, förtjockade bronkialmuskler.

Anamnes KOL: Långsamt progredierande symtom under flera år, återkommande infektionsperioder. Astma: Intermittenta symtom, nattliga besvär, bronkiell hyperreaktivitet. Svar på mediciner KOL: Inte dramatisk. Astma: Bra.

Orsak KOL: genetisk bakgrund, inhalation av toxiska ämnen. Orsak Astma: Genetisk bakgrund, inhalation av allergen, fetma, läkemedel, torr luft, OKÄND.

Maria påpekar att KOL och emfysemdiagnos EJ ska sättas efter rtg-svar, spirometri gäller!

Fråga: Är passiv rökning farligare än aktiv? **Maria:** Nej.

Fråga: Är det skadligt att röka vattenpipa? **Maria:** Ja, det är minst lika skadligt som cigaretter.

Fråga: Kan man få KOL av att snusa? **Maria:** Nej, det finns ingenting som tyder på det.

Fall 3: Kvinna som aldrig rökt, har en mkt obstruktiv kurva med låga värden. Bröstcanceropererad, men ej strålad. Sedvanlig astmabehandling hjälper inte. Är detta KOL? Underbehandlad astma? Fibros? **Maria och Karin:** Kan vara blandvariant astma/KOL, astma som länge varit obehandlad kan te sig som KOL. Man bör även kolla alfa1-antitrypsinbrist. KOL är en sifferdiagnos och om kvoten FEV1/FVC efter luftrörsvidgare inte stiger över 65 % (om man är över 65 år, annars 70%) blir diagnosen KOL.

Fråga: Kan man få ventiler inopererade vid KOL? **Karin:** Den metoden är inte helt utvärderad ännu.

Fall 4: Kvinna som på pricktest har positivt utslag på gräs och kvalster. Reagerar kraftigt på äpple och tomat med klåda, utslag, illamående och svimning. **Daiva:** Ta IgE antikroppar mot äpple för att se om det är "äkta allergi". Äpple är ofta korsreaktion på björk, men äkta, mer allvarlig allergi förekommer. Man kan även ha andra sjukdomar som mastocytos i åtanke där oklara anafylaktiska reaktioner förekommer.

Daiva berättar att även korsreaktioner kan bli allvarliga vid kraftig exponering. Ger exempel på ett barn som under pollensäsong ätit en hel påse jordnötter och i samband med fotbollsmatch fick en anafylaktisk reaktion. När man i lugnt skede provocerade med jordnöt på mottagningen gick det bra.

Fråga: Är det försent att börja ge Grazax nu? **Daiva och Karin:** Lite sent, bör helst påbörjas i januari. Första dosen bör ges på mottagningen och patienten ska observeras en timme efteråt pga risk för reaktion. Anafylaxiberedskap ska finnas. Sköts oftast på specialistmottagningar.

Hudfråga: Vad är norsk skabb? **Maria Gossart:** Detta drabbar mest äldre personer. Man måste först hitta djuret därefter tablettbehandling. Det finns kurser i dermascopi på Karolinska Solna.

Fall 5: Barn på 9 månader som ätit choklad. Ansiktet svullnat, ej andningspåverkat. Fick Aeriuss, observerades ett tag och fick sedan gå hem. **Daiva:** Kan vara sensibiliserad genom mamman. Fanns spår av jordnötter? Barnet hade kladdat i ansiktet - lokal reaktion? Om förpackningen ej visar på innehåll eller spår av nötter - ingen åtgärd, annars utredning.

Fråga: Vid vilken ålder utvecklar barn pollenallergi? **Daiva:** Förut sa man i skolåldern, men nu förefaller det vara tidigare.

Tack Stuvsta och alla deltagare för en trevlig rond med mycket intressanta frågor och fall! Ber om överseende med om inte alla frågor kommit med i anteckningen.

/Marianne