
Fastlegen kan behandle allergi med immunterapi

DEBATT

ANDERS ØSTREM

anders.ostrem@outlook.com

Anders Østrem er spesialist i allmennmedisin, nestleder i Lunger i praksis og fastlege ved Gransdalen Legesenter i Oslo.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt honorar for foredrag fra ALK-Abello Nordic AS.

TORBJØRN ØIEN

Torbjørn Øien er spesialist i allmennmedisin og professor ved institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU). Han arbeider 50 % som fastlege ved Hallset Legesenter i Trondheim og 50 % som professor.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Sublingval immunterapi er trygt og kan med fordel gjennomføres på fastlegekontoret. Behandlingen kan være indisert hos pasienter som har allergisymptomer til tross for standard behandling.

Mange får en eller flere allergiske reaksjoner i løpet av livet. Norske studier finner en livstidsforekomst på 25–30 % for rhinitt hos barn i skolealder og unge voksne (1). Videre har det blitt vist en forekomst på 23 % blant voksne i Europa (2). Mange pasienter med allergisk sykdom får ikke optimal behandling (3), noe som medfører redusert livskvalitet og store kostnader for samfunnet (4, 5). Ofte blir resepten fornyet uten samtidig konsultasjon hos lege, eller så kjøpes medisiner reseptfritt fra apotek, noe som kan føre til redusert effekt av behandlingen.

Sublingval immunterapi har vært tilgjengelig i flere år og er nå utvidet til behandling mot bjørk, gress (timotei) og husstøvmiddallergi. Vi mener at behandlingen, etter relevant opplæring, kan gjennomføres på fastlegekontoret med støtte av medarbeidere.

Hvorfor allmennpraksis?

Behandling av allergisk sykdom har i utgangspunktet alltid vært fastlegens ansvar. I dag kan pasientene utredes og behandles forsvarlig av fastlegen, også med sublingval immunterapi. Det er vanligvis ikke behov for henvisning til spesialisthelsetjenesten, der behandlingsskapasiteten for denne gruppen pasienter er sprengt. Statens legemiddelverk har gitt generell refusjonsrett for legemidler til sublingval immunterapi (6), og siden behandlingen strekker seg over 3 år, vil fastlegen være et naturlig kontaktpunkt og sikre god etterlevelse.

«En forutsetning for oppstart og oppfølging av pasienter for sublingval immunterapi er god kunnskap hos behandlerne»

Riktig diagnose er en forutsetning for god behandling. Sykehistorien er sentral for diagnose av allergisk sykdom og symptomene må relateres til når bjørk eller gress har blomstring på hjemstedet. Både tidspunkt og mengde pollen kan variere mye fra år til år. Ved husstøvmiddallergi vil symptomer ofte være til stede hele året. Ved forskrivning av sublingval immunterapi er det krav om påvist sensitivisering ved hudpricktest eller måling av spesifikk IgE (6). Testene ikke er ensbetydende med allergisk sykdom, men kun et mål for sensitivisering av immunsystemet. Resultatet må alltid relateres til sykehistorien. Positiv prediktiv verdi øker med stigende verdier av spesifikk IgE, der verdier over 3,5 kU/L indikerer stor sannsynlighet for allergi. Ved tvil om diagnose og stor sykdomsbelastning vil henvisning til spesialist være indisert.

Praktisk gjennomføring på fastlegekontoret

Før sublingval immunterapi vurderes er det et krav at pasientens symptomer er plagsomme til tross for symptomlindrende og forebyggende behandling. Denne skal være forsøkt i over 2 år. Ved allergisk astma med husstøvmiddallergi er indikasjonen at astmaen ikke er godt kontrollert med inhalasjonssteroider. Mange pasienter bruker medisiner feil, slik at en gjennomgang av etterlevelse er nødvendig. En forutsetning for oppstart og oppfølging av pasienter for sublingval immunterapi er god kunnskap hos behandlerne. Medarbeidere kan ha en viktig rolle, og vil kunne avlaste fastlegen.

Pasientene kan identifiseres på flere måter. Man kan *aktivt* søke opp pasienter i journalsystemet. En gruppe som skiller seg ut som spesielt aktuell er de som har behov for systemiske steroider. Disse pasientene kan informeres og tilbys time for vurdering. Ved en *passiv* tilnærming kan pasienter som tar kontakt for fornyet resept spørres om behandlingseffekt. Ungdom som kontakter for

attester i forbindelse med ekstra tid til eksamen, kan også være en aktuell gruppe. Dersom det er mistanke om dårlig kontroll til tross for optimal behandling bør konsultasjon tilbys.

«Sublingval immunterapi for allergiske lidelser er et godt tilbud til mange pasienter som ikke oppnår effekt av symptomlindrende og forebyggende behandling»

Før oppstart bør pasienten tilbys en konsultasjon der både indikasjon, mulige kontraindikasjoner og diagnose gjennomgås. Det er viktig å forklare prinsippene ved sublingval immunterapi: daglig tablett i 3 år med forventet effekt først etter 3–4 måneder. I en langtidsstudie er det påvist økt livskvalitet og opptil 73 % reduksjon i behov for medisiner (7). Det er viktig å forklare at nær alle pasienter opplever varierende grad av bivirkninger. Vanligst er kløe i munn og hals, hevelse i munnslimhinne, parestesi i munnen og magesmerter (6). De fleste går over etter 1–2 ukers behandling. Den første dosen skal alltid tas under tilsyn på legekontoret. Antihistamin kan tas 20 minutter før, og dersom pasienten har astma anbefales spirometri før inntak for å utelukke alvorlig obstruksjon. Pasienten observeres i 30 minutter og det er viktig å trygge pasienten på mulige opplevde bivirkninger. Det anbefales oppfølgingstime 6–8 uker etter oppstart for å sikre etterlevelse.

Ved indikasjon for behandling mot flere allergener anbefales det oppstart av medikament nummer to etter 14 dager, eller til bivirkninger fra første tablett har gitt seg. Første dose av medikament nummer to skal også tas på legekontoret.

Sublingval immunterapi for allergiske lidelser er et godt tilbud til mange pasienter som ikke oppnår effekt av symptomlindrende og forebyggende behandling. På tross av allerede stor belastning på fastlegekontoret, mener vi at det her kan gjennomføres allergenspesifikk immunterapi på en trygg og god måte. Sentralt er god informasjon og opplæring av pasientene i både prinsipper for behandlingen og etterlevelse.

LITTERATUR

1. Hansen TE, Evjenth B, Holt J. Increasing prevalence of asthma, allergic rhinoconjunctivitis and eczema among schoolchildren: three surveys during the period 1985–2008. *Acta Paediatr* 2013; 102: 47–52. [PubMed][CrossRef]
2. Bauchau V, Durham SR. Prevalence and rate of diagnosis of allergic rhinitis in Europe. *Eur Respir J* 2004; 24: 758–64. [PubMed][CrossRef]
3. Spinozzi F, Murgia N, Baldacci S et al. Characteristics and predictors of allergic rhinitis undertreatment in primary care. *Int J Immunopathol Pharmacol* 2016; 29: 129–36. [PubMed][CrossRef]
4. Cardell LO, Olsson P, Andersson M et al. TOTALL: high cost of allergic rhinitis—a national Swedish population-based questionnaire study. *NPJ Prim Care Respir Med* 2016; 26: 15082. [PubMed][CrossRef]

5. Stróžek J, Samoliński BK, Klak A et al. The indirect costs of allergic diseases. *Int J Occup Med Environ Health* 2019; 32: 281–90. [PubMed]
 6. Legemiddelhandboka. L9.5.1 Allergeneksrakter.
https://www.legemiddelhandboka.no/L9.5.1/Legemidler_ved_allergiske_lidelser#Lk-09-allergi-1406 Lest 22.2.2021.
 7. Dahl R, Kapp A, Colombo G et al. Efficacy and safety of sublingual immunotherapy with grass allergen tablets for seasonal allergic rhinoconjunctivitis. *J Allergy Clin Immunol* 2006; 118: 434–40. [PubMed] [CrossRef]
-

Publisert: 22. mars 2021. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.21.0053
Mottatt 19.1.2021, første revisjon innsendt 19.2.2021, godkjent 22.2.2021.
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 17. februar 2026.