

Allergenspecifik immunterapi

Allergenspecifik immunterapi

Allmänt

Allergenspecifik immunterapi (ASIT) är en behandlingsmetod som introducerades redan 1911 av britterna Noon och Freeman. Fortfarande är det den enda tillgängliga metoden för allergibehandling som kan modulera immunsystemet så att en bestående förbättring av allergisk sjukdom kan uppnås. I ett flertal placebokontrollerade studier har signifikant reduktion av symtom och medicinförbrukning kunnat påvisas mot allergen som björk, gräs, kvalster och katt. Det finns också studier som tyder på astmaförebyggande effekt och minskad risk för sensibilisering. Vid livshotande allergi mot bi och geting är allergenspecifik immunterapi en väletablerad och vetenskapligt väldokumenterad behandling.

Den vanligaste indikationen för ASIT i Sverige är medelsvår till svår rinokonjunktivit med eller utan lindrig till medelsvår astma mot björk och/eller gräs. Patienten ska innan behandling övervägs ha provat adekvat symptomatisk behandling. Med detta menas att patienten under minst en säsong ska ha provat behandling med en kombination av antihistamin, nasala steroider och antiallergiska ögondroppar och då haft otillräcklig effekt som kan ha lett till behov av tillägg med systemiska steroider (tabletter eller depotinjektion). Erfarenhetsmässigt är det dock vanligt att patienter får otillräcklig information om hur den symptomatiska behandlingen ska tas. Behandlingen tas därför inte regelbundet och ofta börjar patienten dessutom behandlingen så sent att symptomen hunnit bli etablerade. Det är därför viktigt att försäkra sig om att patienten verkligen tagit den symptomatiska behandlingen på rätt sätt och att ordentlig information getts till patienten. Om patienten trots adekvat symptomatisk behandling får symptomgenombrott finns indikation för ASIT. Avsikten med ASIT är att uppnå ökad och långvarig tolerans mot det eller de allergen som ingår i ASIT-behandlingen.

Subcutan immunterapi (SCIT)

ASIT ges vanligen i form av subkutana injektioner av aktuellt allergen som successivt ökas i dos en gång/vecka under den sk. uppdoseringsfasen. Denna fas varar i 7-15 veckor beroende på vilket/vilka och hur många allergen som ges samtidigt. När underhållsfasen nåtts upprepas samma dos ca en gång var 6:e vecka under minst 3 år. Därefter avslutas behandlingen och förhoppningen är att effekten ska stå sig livslångt eller under många år. Såväl vetenskapliga studier som klinisk erfarenhet har visat att effekten hos de flesta patienter blir långvarig, men hos enstaka patienter kan allergisymptomen återkomma snabbare. De flesta patienter som behandlas med pollenallergen får en signifikant effekt med minskade symptom och minskad medicinförbrukning. En mindre grupp får exceptionellt god effekt och blir nästan helt symptomfria under pollensäsong även utan symptomatisk medicinering. Det vanligaste är dock att man får en klar reduktion av symptom, men inte blir helt symptomfri, utan måste ta viss kompletterande symptomatisk behandling. I regel klarar sig även denna grupp med reducerad medicinering jämfört med innan behandlingsstart.

När det gäller perenna allergen har man påvisat signifikant effekt mot kvalster och katt, men det är viktigt att, även om ASIT ges, fortsatt i största möjliga utsträckning försöka undvika allergenexponering. Bäst effekt har ASIT således vid perenn allergi om patienten försöker kombinera behandlingen med miljöåtgärder för minskad allergenexponering. Även dessa

patienter behöver i regel en viss kompletterande symptomatisk behandling. Behandling med perenna allergen är mer komplicerad och riskfylld än vid behandling med pollenallergen och noggrann diagnostik och individuell bedömning är nödvändig innan beslut om behandlingsstart.

Vid subkutan immunterapi är säkerheten i samband med behandlingen av största vikt. Den ska enbart ges på mottagningar där läkare och sjuksköterskor har särskild kunskap och utbildning i ASIT. Risk finns att vid behandlingen utlösa oönskade lokal- och allmänreaktioner och vid alla mottagningar som ger subkutan immunterapi ska kunskap, utrustning och beredskap finnas för att kunna häva akuta reaktioner inklusive anafylaxi.

Sublingual immunterapi (SLIT)

ASIT verkar genom att allergenet som patienten ska behandlas mot förs in i kroppen och presenteras för immunsystemet och på så sätt sätter igång en utveckling av tolerans mot allergenet. Vanligen förs allergenet in i kroppen genom subkutan injektion, men det senaste decenniet har sublingual immunterapi (SLIT) etablerats som en annan väg att föra allergenet i kontakt med immunsystemet. Ett antal placebokontrollerade studier med olika sublinguala extrakt har genomförts under senare år och dessa visar effekt på symptom och medicinförbrukning framförallt vid pollenallergi, men effekt har även visats på perenna allergen som kvalster. SLIT i form av lösningar som tas sublingualt har använts i ett antal länder i Europa sedan lång tid, men dessa finns inte kommersiellt tillgängliga i Sverige.

För några år sedan introducerades det första sublinguala behandlingsextraktet i Sverige i form av en löslig tablett som läggs under tungan och ges mot gräspollenallergi (Grazax[®]). För närvarande (2012) finns inga andra sublinguala behandlingsextrakt tillgängliga i Sverige mot gräs eller andra allergen. Grazax[®] är väl standardiserat och signifikant effekt i form av minskade symptom och minskad medicinförbrukning på gräspollenutlöst rinokonjunktivit har påvisats hos både barn och vuxna i placebokontrollerade studier. Långtidseffekt har hittills endast studerats upp till två år efter avslutad behandling och då visat kvarstående effekt jämfört med placebo.

Behandlingen ges genom att ta en tablett under tungan dagligen i tre år. Första tablett ska tas under uppsikt på mottagning och patienten kvarstanna 30 minuter för observation. Om detta sker komplikationsfritt fortsätter patienten därefter behandlingen i hemmet. Det är viktigt med en väl motiverad patient med god följsamhet till behandlingen för att den ska få avsedd effekt. Fördelen med sublingual immunterapi är att behandlingen i stor utsträckning sköts av patienten själv och kan tas i hemmet då risken för allvarliga biverkningar är liten. Nackdelen är att behandlingen kräver god följsamhet av patienten i tre år. Vid längre avbrott eller avslutning i förtid uppnås inte önskvärd effekt.

Subkutan eller sublingual behandling?

Det finns ingen placebokontrollerad jämförelsestudie mellan SCIT och SLIT, men det förefaller som om behandlingseffekterna är relativt likartade.

Kostnader

Långsiktig kostnadseffektivitet torde uppnås vid god effekt p.g.a. minskat symptomatiskt läkemedelsbehov och ökad produktivitet.

Litteratur för fördjupning:

Allergenspecifik immunterapi. Rekommendationer för läkare och sjuksköterskor. Svenska Föreningen För Allergologi (SFFA) 2009.

Dokumentet finns tillgängligt på SFFAs hemsida: www.sffa.nu.

Anafylaxi. Rekommendationer för omhändertagande och behandling utarbetat på uppdrag av Svenska Föreningen För Allergologi (SFFA) 2009. Dokumentet finns tillgängligt på SFFAs hemsida: www.sffa.nu.

Referenser för sublingual immunterapi:

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.

Bufe A, Eberle P, Franke-Beckmann E et al. Safety and efficacy in children of an SQ-standardized grass allergen tablet for sublingual immunotherapy. *J Allergy Clin Immunol* 2009;123:167-73.

Durham S, Emminger W, Kapp A et al. SQ-standardized sublingual immunotherapy: Confirmation of disease modification 2 years after 3 years of treatment in a randomized trial. *J Allergy Clin Immunology* 2012;129:717-25.

För Terapigruppen Allergi-Andning-ÖNH mars 2012

Monica Arvidsson - Överläkare, Med Dr. Allergisektionen Sahlgrenska Universitetssjukhuset