



HOT TOPIC

FRA LÆGEMIDDEL RÅDGIVNINGEN

Kære kollega

Hermed en særudgave af Klinisk Farmakologisk Afdelings nyhedsbrev angående behandling af allergisk rhinokonjunktivitis.

Har du spørgsmål om konkrete, kliniske problemstillinger vedrørende lægemidler, kan du kontakte

Lægemiddelrådgivningen

*Vagthavende **23280601** (hverdage 8-15)*

*eller via mail **KFA@auh.rm.dk***

Rådgivningen er vederlagsfri for alle læger i Region Midtjylland og i Region Nordjylland.

Med venlig hilsen

Eva Aggerholm Sædder, ledende overlæge

Systemisk glukokortikoid ved sæsonbetinget høfeber

Der er ikke evidens for, at systemisk steroid (peroral eller intramuskulær) er bedre end optimal kombinationsbehandling med nasalsteroid og antihistamin til forebyggelse og behandling af sæsonbetinget allergisk rhinokonjunktivitis. Derimod er risikoen for systemiske bivirkninger (f.eks. diabetes og osteoporose) størst ved systemisk administration. Derfor bør

- Nasalsteroid i kombination med antihistamin foretrækkes fremfor systemisk steroid.
- Såfremt systemisk steroid ikke kan undgås, anbefales peroral behandling i mindst mulige dosis i kortest mulige tid for at undgå overbehandling og minimere risikoen for bivirkninger. Lokal behandling bør fortsætte under systemisk behandling.
- Risikoen for bivirkninger ved intramuskulær steroid (uanset hvor få injektioner) opvejes ikke af tilsvarende fordele ved denne administrationsform.



- Ved peroral - frem for intramuskulær steroid - kan dosis justeres til mindst mulige afhængig af både pollensæsonens varighed og intensitet og sværhedsgraden af patientens symptomer. Derved kan den samlede steroid-dosis mindskes.
- Det er ikke praktisk muligt at omregne dosis af steroid depotinjektion til en sammenlignelig oral dosis. Til de få patienter, hvor behandling med nasalsteroid i kombination med antihistamin ikke har tilstrækkelig effekt, kan tillæg af peroral steroid i form af prednisolon (initialt 15 mg dagligt) være hensigtsmæssigt. Behandlingen bør revurderes en gang ugentligt. Ved en behandlingsvarighed på ≤ 1 uge kan seponering ske uden aftrapning. Længerevarende kure bør aftrappes med 5 mg hver anden dag.
- Behandlingsperioden bør ikke overstige 3 uger, og kure hyppigere end hver 3. måned skal undgås.
- Hos patienter, hvor nasalsteroid, grundet udtalt nasalstenose, initialt er umuligt at anvende, kan peroral prednisolon (fx 15 mg dagligt) i få dage bedre symptomerne, så behandling med nasalsteroid kan opstartes.

[Baggrundsinformation](#)

[Referencer](#)