

## Høringsvar: Allergen Immunoterapi, national behandlingsvejledning

Dansk Pædiatrisk Selskab takker for muligheden for at kommentere høringsversionen af denne vejledning. Vores forslag til ændringer er opstillet punktvis nedenfor.

1) Introduktion: "Specialister . . . som har data, der underbygger andre handlemåder . . . kan afvige fra retningslinjerne". Vi synes denne sætning bør slettes. Hvis der er nogen, der har data i skrivebordskuffen af tilstrækkelig god kvalitet, må man opfordre til, at de bliver publiceret. I øvrigt er en vejledning jo ikke juridisk bindende og alle har lov til at lave velbegrundende afvigelser fra en anbefaling, så kommentaren synes overflødig.

2) Der står mange steder (tre steder i afsnittet II Baggrund, igen under III Strategi og under V Patientforløb), at der er bedst effekt ved AIT startet tidligt i forløbet af den allergiske sygdom. Der savnes referencer for dette udsagn. Det må overordnet betyde bedre effekt hos børn end voksne? Og skal man helt undlade at tilbyde behandlingen hos voksne med mangeårige symptomer – det lyder jo næsten som om, det er en relativ kontraindikation? Hvordan skal man klinisk vurdere om patienten har irreversible strukturelle forandringer i luftvejene?  
Side 5 sidste punkt: Det er misvisende at nævne milde symptomer/ beskeden symptomatisk behandling ifm. AIT, når indikationen for AIT er moderate til svære symptomer.

3) I afsnittet II Baggrund (p4 nederste linjer) står der: "Til sammenligning er den kliniske effekt af antihistamin 10-20% (ref 33)". I ref. 33 står der, at perorale antihistaminer reducerer TNSS 23,5% ved SAR og 51,5% ved PAR.

4) III Strategi For patienter med inhalationsallergi, sidste bullet: "Har en langtidseffekt efter ophør med injektionerne". Sidste ord bør erstattes med "behandlingen", da det dækker både SCIT og SLIT.

5) IV Organisering, Akutberedskab. Det burde ikke være nødvendigt at administrere antihistamin intramuskulært og Beta2-agonist parenteralt. Der bør være 2 l NaCl til iv administration til rådighed til den hypotensive patient, samt et peakflowmeter. På p15 står der ligeledes anført parenteral antihistamin som mulig behandling ved mild systemisk reaktion. Det bør kunne gives peroralt.

6) V Patientforløb. Der nævnes flere steder i teksten behov for "lokalsteroid" (p6 4. sidste linje, p8 under dyrehårsallergi, p8 under Husstøvmideallergi). Det er uklart, om der menes nasalsteroid eller man med lokalsteroid også mener inhalationssteroid?

7) V Patientforløb, "Kliniske symptomer, der ikke responderer på farmakologisk behandling (systemisk steroid), vil ikke respondere på AIT". Det er uklart, hvad man mener med denne sætning, der med fordel kunne uddybes.

8) V Patientforløb, Dyrehårsallergi, indikation: "Klinisk betydende symptomer . . .". Skal der ikke stå klinisk betydende *rhinokonjunktivitsymptomer*?

Sætningen fortsætter ” . . .trods allergensanering (specielt indirekte eksponering)”. Det er uklart hvordan dyrehårsallergikeren forventes at undgå indirekte eksponering. Der må umiddelbart menes dyrehår på klassekammerater, bussæder og andre handlende i køen, men der er da svært at undgå.

9) V Patientforløb, Husstøvmideallergi, indikation: ” . . . patienten relevant eksponeret bedømt ved klinisk betydende mideeksponering i boligen, som kan udløse kliniske symptomer”. Sætningen kunne med fordel omformuleres, men meningen er fortsat uklar. Under ”Følgende diagnostiske undersøgelser udføres før start af behandling” anbefales undersøgelse af allergeneksponering ved støvanalyse. Man kunne argumentere for at udskiftning af en madras fuld af husstøvmider ville være en rimelig allergensanering?

10) V Patientforløb. Det er ikke længere muligt at opstarte SCIT for hest og D. farinae i Danmark

11) V Patientforløb, 4. Allergidiagnostik før AIT. Da, der som anført under baggrund, er mange patienter der har ikke erkendt astma kunne man argumentere for reversibilitetstest hos alle patienter forud for AIT – og ikke kun patienter med astma.

12) V Patientforløb, Årskontroller. Om dosis er passende tages der forhåbentlig stilling til løbende, mens det ville være relevant mindst en gang årligt at undersøge om patienten har udviklet astma. Det er uklart hvorfor insektgiftallergikere absolut skal ses til årskontrol i 4. kvartal. Hvis de er blevet stukket i løbet af sommerhalvåret har man forhåbentlig en snak med dem om dette tæt på hændelsen.

13) V Patientforløb, Relative kontraindikationer: ”Autoimmune sygdomme i remission. Betyder det at man kan eksempelvis kan tilbyde patienter med cøliaki AIT? Atopisk dermatitis er ikke nævnt i retningslinjen. Bør svær atopisk dermatitis betragtes som en relativ kontraindikation?

14) VI Praktisk behandling ved brug af SCIT, Valg af allergenekstrakt: Vi foreslår at omformulere anden sætning til: ”Brug af andre allergener og Aquagen ekstrakt er en specialistopgave.” ”Findes der herefter indikation for opstart med et nyt allergen, sker dette efter skema”. Det er uklart hvorfor der findes behov for at pointere dette.

15) VI Praktisk behandling ved brug af SCIT. Håndtering af allergenekstrakt. Der bør stå at holdbarhed efter anbrud er 6 mdr. Det synes overflødigt at skrive at ekstraktet skal have være opbevaret korrekt.

16) VI Praktisk behandling ved brug af SCIT, Injektionsteknik. Er der en særlig grund til at anvende sprøjter med fastmonteret kanyle?

17) VI Praktisk behandling ved brug af SCIT, Opdoseringsregimer. Det, at en undersøgelse har vist få alvorlige systemiske bivirkninger ved samtidig injektion af to allergener, ændrer jo ikke på at det ved en allergisk reaktion er svært at afgøre, hvilket allergen der er ansvarlig for reaktionen. Desuden kunne man overveje om man risikerer en mere alvorlig reaktion, hvis patienten der er

ved at udvikle anafylaksi, får indsprøjtet yderligere allergen. Omtalen af de to danske undersøgelser synes ikke relevant for denne vejledning.

18) VI Praktisk behandling ved brug af SCIT, Før injektion. Hvis PF er <80% af vanligt niveau er det lidt svært at forestille sig at spirometrien "tyder på stabile forhold".

19) VI Praktisk behandling ved brug af SCIT, Efter injektion: For børn vil det være naturligt at kontakte Børnemodtagelsen frem for lægevagten

20) VI Praktisk behandling ved brug af SCIT, Forbehandling med antihistamin: "Antihistamin kan anvendes i opdoseringsfasen". Men ikke i vedligeholdelsesfasen? Foruden hensyntagen til effekt, kan man måske forestille sig at forbehandling med antihistamin kunne forsinke erkendelsen af en allergisk reaktion?

21) VI Praktisk behandling ved brug af SCIT, Samtidig behandling med flere allergenekstrakter. Det virker forvirrende og lidt malplaceret, at der efter en redegørelse for, hvad der er standard, står 3 linjer om at der tilsyneladende er enkelte læger i Danmark, der er "fritaget" for standarden, fordi de har dokumenteret få bivirkninger. Det er jo sådan set ikke antallet af bivirkninger, der er argumentet for at vente 30 min ml to injektioner.

22) VI Praktisk behandling ved brug af SCIT, Lokale bivirkninger: Det er uklart, hvorfor patienten skal registrere størrelsen af lokalreaktionen hjemme, når det ikke har nogen betydning hvor stor den er for den fortsatte behandling/ næste dosis, hvis den ikke har generet patienten.

23) VI Praktisk behandling ved brug af SCIT, 17. Gradering af systemiske senreaktioner. "Senreaktioner" bør defineres (efter 30 min?)

24) Bilag 3 Hvis man kun giver vedligeholdelsesdosis hver 8. uge er allergenekstraktet udløbet efter 3 injektioner (holdbarhed 6 mdr efter anbrud). Kasserer man så rutinemæssigt 2/5 af ekstraktet?

25) Bilag 4 Kommentaren om at reduktion af astmabehandling skal ske gradvist synes overflødig.

26) Bilag 4. Hvorfor er det kun ved HDM og ikke græs at man nøje skal overveje indikationen ved tidligere reaktion på SCIT?

**Sproglige smårettelser:**

p4, l4: minimeret patientrisikoen

p4, l23: "Ved insektgiftallergi er AIT den eneste kurative behandling". Det gælder vel også for de andre allergier?

p4, l25: "behandlingsstrategien . . vil generelt bero på patientens/den behandlende læges holdning . ." Det bør være et "og" i stedet for "/".

p4, l35: "graden af destruktion" Destruktion af hvad?

p5, bullets med fordele for patienter med inhalationsallergi: De sidste to bullets synes overflødige, da det vel ligger i begrebet immunmodulerende behandling (bullet 1), at behandlingen intervenserer i patofysiologien og har langtidseffekt.

p7 Insektgiftsallergi: panisk angst kan være en indikation, men det vel bør ikke stå som en særlig risikogruppe?

p14, 4. sidste linje. "Behandlingsresponsen", der må menes "behandlingen"

p15, 1. linje "Dette er et retrospektivt forslag" bør rettes til: Dette er et forslag til retrospektiv . .

p21 under skemaet. Ordet "endnu" bør slettes

Med venlig hilsen

Allergologi-Pulmonologiudvalget

Dansk Pædiatrisk Selskab