

# Astma hos barn- och ungdomar

Gäller för: Region Kronoberg

## Innehållsförteckning

1	Inledning.....	2
1.1	Epidemiologi.....	2
1.2	Definition – Kriterier för astmadiagnos .....	2
1.3	Risikfaktorer .....	2
2	Symtom.....	2
3	Utredning.....	3
3.1	Diagnostik.....	3
4	Behandling.....	3
4.1	Mål för underhållsbehandling = välkontrollerad astma: .....	3
4.2	Farmakologisk behandling .....	4
4.2.1	Underhållsbehandling av barn med astma: Barn 6 år och äldre .....	4
4.2.2	Kommentar till behandlingstrappan: .....	4
4.3	Miljöförbättrande åtgärder .....	5
4.4	Fysisk träning .....	5
4.5	Uppföljning .....	5
4.6	Vilka barn bör remitteras till barnläkare?.....	5

## 1 Inledning

### 1.1 Epidemiologi

Obstruktiva luftvägssymptom förekommer hos cirka 20 % av alla barn under 2 års ålder i samband med luftvägsinfektioner. Endast cirka vart fjärde av dessa barn utvecklar astma som kvarstår i skolåldern.

### 1.2 Definition – Kriterier för astmadiagnos

- Den tredje obstruktiva episoden om < 2 år
- Den första obstruktiva episoden om < 2 år och andra tecken på allergisk sjukdom, som eksem eller födoämnesallergi, föreligger
- Den första obstruktiva episoden om > 2 år

### 1.3 Riskfaktorer

Faktorer som korrelerar till kvarvarande astma är atopisk konstitution, intensiv obstruktiv sjukdom, debut under spädbarnsåret samt rökning hemma när barnet är litet. Sensibilisering mot luftvägsallergener är en stark indikator för framtida luftrörsbesvär.

## 2 Symtom

Utöver klassiska symtom som attackvis påkommande andnöd med försvårat exspirium och ronki vid auskultation skall astma misstänkas vid följande symtom:

1. Långdragna förkylningar med rosslighet och besvärlig hosta.
2. Långdragna, återkommande hostepisoder utan obstruktivitet, natthosta under långa perioder.
3. Andnöd med eventuellt pipande andning och hosta vid fysisk aktivitet, skratt och lek.
4. Trötthet och dålig ork.

Återkommande ”lunginflammationer”.

## 3 Utredning

### 3.1 Diagnostik

- Anamnes (obs. ansträngningsbesvär, natthosta, tobaksrök, miljö hemma/skolan/förskolan?).
- Status (längd-viktkurva, lungauskultation vid forcerad expiration - obs. oftast inga biljud).
- Bakomliggande allergi är vanligt och ska utredas. På vårdcentral tas specifika IgE-antikroppar, beställ Luftvägspanel. I andra hand remiss till Barn-och ungdomsmottagningen i Växjö eller Ljungby för pricktest. Om remitterande läkare har för avsikt att själv följa upp resultatet så anges i remissen att endast pricktest önskas.
- Lungfunktionsundersökningar. Spirometri fungerar oftast från 5-6 års ålder. Bedöm flöde-volymkurvas utseende, FEV1 och FEV%. "Normalt" FEV1 utesluter inte signifikant reversibilitet. Om FEV1 eller PEF förbättras mer än 12 % (minst 200 ml) föreligger en reversibel bronkobstruktion som vid pågående astma. Obs! Normal spirometri utesluter inte astma! PEF-mätning fungerar ofta från 4 års ålder. PEF-kurva kan göras i hemmet. PEF-kurva med över 20 % PEF-variabilitet är patologisk.

Obs! Diff. diagnoser t.ex. hjärtsjukdom, cystisk fibros, främmande kropp, hyperventilationssyndrom, ansträngningsutlöst laryngeal obstruktion.

## 4 Behandling

### 4.1 Mål för underhållsbehandling = välkontrollerad astma:

1. Att barnet klarar sina vardagsaktiviteter utan besvär
2. Behov av kortverkande  $\beta$ 2-agonist högst två gånger per vecka.  $\beta$ 2-agonist före fysisk träning räknas inte.
3. AKT minst 20 poäng
4. Lugn sömn utan astma eller hosta på natten eller morgonen.
5. Inga exacerbationer som kräver sjukhusvård eller akutbesök.
6. Lungfunktionen ska bibehållas normal.
7. Medicineringen ska inte ge besvärande biverkningar.

Det är endast vid kraftig ansträngning, luftvägsinfektion eller ofrivillig kontakt med ämnen som barnet inte tål som lindriga besvär kan accepteras.

## 4.2 Farmakologisk behandling

### 4.2.1 Underhållsbehandling av barn med astma: Barn 6 år och äldre

<b>Steg 1: Barn med lindrig astma och sporadiska besvär</b>	Kortverkande $\beta$ 2-agonist i inhalation vid behov.
<b>Steg 2: Underhållsbehandling påbörjas om barnet har dåligt kontrollerad astma enligt punkt 1-7</b>	Inhalationssteroid $\leq 400 \mu\text{g}$ budesonid/dag fördelat på 1–2 doser. Leukotrienantagonist är ett alternativ till inhalationssteroid i lågdos (budesonid $200 \mu\text{g}/\text{dag}$ ) + kortverkande $\beta$ 2-agonist v.b.
<b>Steg 3: Vid otillräcklig astmakontroll</b>	Inhalationssteroid $\leq 400 \mu\text{g}$ budesonid/dag + långverkande $\beta$ 2-agonist och/eller leukotrienantagonist + kortverkande $\beta$ 2-agonist v.b.
<b>Steg 4: Om god astmakontroll ändå inte uppnås</b>	Inhalationssteroid $> 400 \mu\text{g}/\text{dag}$ + långverkande $\beta$ 2-agonist + leukotrienantagonist + kortverkande $\beta$ 2-agonist v.b.

### 4.2.2 Kommentar till behandlingstrappan:

Astman ska vara välkontrollerad, dvs. punkt 1-7 i mål för underhållsbehandling ska vara uppfyllda. Ifall något mål inte är uppfyllt efterhör i första hand om barnet tar medicinen på rätt sätt, om följsamheten till behandlingen är god, att barnet inte utsätts för passiv rökning eller annan exponering som kan försämra astmakontrollen.

I annat fall ökas behandlingen till nästa steg i behandlingstrappan.

Tidigt insatt underhållsbehandling med inhalationskortison bör övervägas om barnet är sensibiliserat mot pälsdjur eller andra perenna allergen, då dessa barn kan ha inflammerade luftvägar trots att symtomen bara uppkommer i samband med förkylning.

Alla barn som har underhållsbehandling med inhalationskortison bör längdmätas 1-2 ggr/år. Inhalationssteroider i låg till medelhög dos påverkar i regel inte tillväxten, men avplanad tillväxtkurva bör alltid föranleda remiss till barnläkare.

Behandling med inhalationssteroid kan ge humörpåverkan eller nedstämdhet. Vid behandling med montelukast kan mardrömmar, humörpåverkan och till och med aggressivitet uppträda. Biverkningarna försvinner om preparaten sätts ut.

### 4.3 Miljöförbättrande åtgärder

Barn ska inte utsättas för passiv rök eller röka själva. God ventilation rekommenderas. Vid kvalsterallergi kan speciellt madrasskydd och kuddöverdrag användas. Undvik pälsdjur vid påvisad pälsdjursallergi.

### 4.4 Fysisk träning

Viktig del av behandlingen. Det är av stor vikt att barn och ungdomar med astma deltar regelbundet i idrottsaktiviteter. Observera att det vid höga pollenhalter kan vara olämpligt med kraftigare ansträngning utomhus. Viktigt med information om uppvärmning, intervallträning och premedicinering med bronkdilaterare före ansträngning.

### 4.5 Uppföljning

Viktigt med tidigt återbesök efter diagnos, till astmasköterska eller läkare - obs. patientutbildning och kontroll av inhalationsteknik.

Hos barn och ungdomar med underhållsbehandling och kontrollerad astma rekommenderas återbesök en till två gånger per år med bedömning av symtom (frågeformuläret AKT = astma kontroll test) och fysisk aktivitet samt spirometri. Vid okontrollerad astma minst två ggr/år. Vid exacerbation återbesök inom 6 veckor.

Identifiera riskpatienter som kräver tätare kontroller: nedsatt lungfunktion, frekventa exacerbationer eller bristande följsamhet avseende medicinering eller miljöåtgärder.

### 4.6 Vilka barn bör remitteras till barnläkare?

1. Alla barn yngre än 7 år med säkerställd eller misstänkt astma.
2. Barn äldre än 7 år med komplicerande faktorer:
  - A. Frekvent eller kronisk astma även om besvären är låggradiga.
  - B. Astma i samband med luftvägsinfektioner och som kvarstår mer än 2 månader trots inhalationssteroid upp till 400 µg /dygn.
  - C. Återkommande symtom som medför behov av inhalationssteroid mer än 3 månader per år.

Lokala förutsättningar avseende tillgång till barnläkare och astma-allergiintresserade allmänläkare/astmasköterskor tillsammans med symtomens svårighetsgrad får avgöra var patienten kontrolleras i fortsättningen. Ett nära samarbete mellan allmänläkare och barnläkare är önskvärt.

Länkar: <http://barnallergisektionen.se/stenciler>  
[https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/Lakemedelsbehandling\\_vid\\_astma\\_behandlingsrekommendation\\_webb.pdf](https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/Lakemedelsbehandling_vid_astma_behandlingsrekommendation_webb.pdf)

<https://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerastmaochkol>

**Vid upptäckt av felaktig information eller länk, vänligen meddela faktaägare.**