

RS-virus och annan viral bronkiolit

Gäller för: Region Kronoberg

Denna riktlinjer gäller i första hand för barn <6 månader, dvs den ålder som man vanligen förknippar med bronkiolit. Äldre barn behandlas med enligt de riktlinjer som gäller för obstruktiv bronkit och astma.

Bakgrund

Respiratoriskt syncytialvirus (RSV) är vanligt under vinterhalvåret och kan ge flera olika sjukdomstillstånd, allt från lindrig snuva, otit, falsk krupp, obstruktiv bronkit, pneumoni och svår bronkiolit med respiratorisk insufficiens. Det finns andra virus som kan ge bronkiolit, men de svårare fallen beror oftast på RSV.

Bronkioliten drabbar framförallt spädbarn <6 månader och orsakas av svullnad och slemproppar i de perifera luftvägarna, vilket leder till air-trapping (hyperinsufflation på röntgen) med dyspné, desaturation, takypné, inspiratoriska krepitationer och även ronki (ffa ändexpiratoriska).

Bronkiolitens 3 kliniska faser

Efter inkubationstid på 3-5 dagar

1. De cirka 3 första dagarna dominerar förkylningssymtom och eventuellt bronkobstruktivitet. Det är också i den tidiga fasen som de yngsta barnen och prematura kan reagera med apné.
2. Om inläggning på sjukhus krävs, sker det vanligen på dag 3 då bronkioliten utvecklats. Denna fas domineras av svullnad och slemproppar i de perifera luftvägarna. Oftast brukar barnen tillfriskna inom 7-10 dagar
3. Långdraget förlopp - vissa barn fortsätter att vara obstruktion och tungandade. De kan vara hyperreaktiva i sina luftvägar, dvs reagera med astmatiska symtom. Dessa barn kan behandlas som vid obstruktiv bronkit/astma.

Risikfaktorer för allvarigare sjukdom föreligger hos spädbarn med ett eller flera av följande tillstånd:

- * Låg ålder <2 månader
- * Underburenhet
- * Vissa hjärt- och lungsjukdomar
- * Neuromuskulära sjukdomar som ger symtom i spädbarnsperioden

Kliniska fynd och symtom som indikerar ökad risk för allvarligt sjukdomsförlopp vid RSV-infektion:

- * Snabb, ytlig andning och hypoxi tidigt i förloppet
- * Slöhet och apnéattacker
- * Dåligt näringsintag och dehydrering

Behandling

1. Högläge. Näsdroppar, koksalt eller Nezeril (spädd). Upprepad ytlig rensugning av näskaviteten var 3:e timme eller oftare om behov föreligger. Gärna i kombination med näsdroppar och/eller eventuella inhalationer.
2. Överväg Paracetamol mot feber, sjukdomskänsla, smärta vid hosta för ökat välbefinnande
3. Syrgas. Lägsta riktpunkt är att hålla saturationen över 90-92% på ett stabilt barn, men om barnet uppvisar symtom som takypné, takykardi och utmattningstecken kan frikostigare syrgasbehandling vara indicerad och att hålla saturationen >95% kan underlätta andningsarbetet, utvärdera!
4. Nasogastrisk sond för tillmatning om barnet ej kan äta tillräckliga mängder själv. Intravenös vätska där sond är otillräckligt eller olämpligt som vid tex ökad andningsfrekvens och stigande syrgasbehov.
5. Inhalationsbehandling. Ges vid misstänkt bronkiolit (krepitationer, förlängt expirium)
 - a. Inhalation isoton Natriumklorid 0,9% 4 ml i ailos kan provas och vid effekt ges var 4:e timme, undviks dock nattetid. Vid behov kan inhalationen ges efter 3 timmar om barnet har behov, effekt och ej blir för trött.
 - b. Inhalation 3% hypertont natriumklorid med adrenalin (mall i Cosmic) har god effekt hos vissa barn. Ges som regel var 4:e timme men kan ges upp till var 3:e timme, bedöm behov, effekt och att barnet orkar med inhalationerna!
 - c. Vid inslag av sibilanta ronki eller svår andningspåverkan (ihållande takypné, indragningar, slöhet, hypoxi etc) kan adrenalininhalation i Maxin provas. Adrenalininhalationer kan varvas med Natriumkloridinhalationer. Bör utvärderas ordentligt och ej fortgå regelbundet om ingen effekt ses. Rutinmässig behandling med inhalation adrenalin eller salbutamol rekommenderas ej.
6. Vid stigande syrgasbehov över 0,5-1 l kan man med fördel ge denna värmd och befruktad i högflödesgrimpa (HFNC). Rekommenderat flöde

1L/kg+1 till att börja med. Vid utebliven förbättring kan flödet ökas till max 2L/kg. Syrgastillsats så barnet ligger >92% i saturation. Vid air-trappning sänks syrgasen före flödet.

7. CPAP. Om fortsatt utebliven förbättring av högflödesgrimm (högt/stigande pCO₂, apnéer, ökande syrgasbehov, ökat andningsarbete etc) kan CPAP-behandling bli aktuell. Rekommenderat tryck är 4cm H₂O som kan ökas till 5-6 cm H₂O om utebliven effekt. Blodgas kontrolleras 1-1,5 timme efter starts av CPAP samt vid försämring. Natrium och Kalium skall kontrolleras på alla då risk för SIADH-utveckling med hyponatremi finns.

8. Kortikosteroider har i studier visats sakna effekt och rekommenderas inte.

Referenser

Handläggning av RSV-infektioner-behandlingsrekommendation Information från Läkemedelsverket, Årgång 26, nummer 5, oktober 2015

Randomised controlled trial of nasal continuous positive airways pressure (CPAP) in bronchiolitis. Archives of Disease in Childhood 2008;93:45-47

Inte bara RSV kan ge bronkiolit hos små barn. Läkartidningen Nr 45 2009 sid 2962-2963

RSV infektion och annan bronkiolit hos spädbarn PM från Region Östergötland 2016

RS-virus (RSV) och annan viral bronkiolit hos spädbarn PM Barn och ungdomskliniken Landstinget Kalmar Län

Bronchiolitis in infants and children: Treatment; outcome; and prevention. UpToDate Uppdaterad 29/6 2016

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