

# Allergi: Astma Bronchiale, vårdprocessprogram för vård av barn

**Länsövergripande H.K.H. Kronprinsessan Victorias barn- och ungdomssjukhus, Linköping och Barn- och ungdomskliniken Norrköping**

## Bakgrund

Astma Bronchiale är en relativ vanlig sjukdom hos små barn, skolbarn och ungdomar. Hos barn 7-8 år i Sverige, är förekomsten av astma ca 5.3 % (Bjerg A *et al*, 2007). Den ökar till ca 7.7 % vid 11-12 års ålder (Bäcklund AB *et al*, 2006). Den årliga incidensen av astma, obstruktivitet och nytillkomna användare av astma medicin i denna åldersgrupp är 0.9, 3.8 respektive 1.1 per 100 barn per år (Rönmark E *et al*, 2001). Detta innebär att barn med astma bronchiale är en viktig andel av vårdsökande både inom Primärvården och inom Barnmedicin.

Vårdprocesserna när det gäller astma är olika i de olika delarna av länet. Det finns inga klara rutiner eller riktlinjer för hur vården av dessa barn ska ske när det gäller flödet mellan primärvården och de barnmedicinska mottagningarna. Traditioner, intresse för astma hos primärvårdens läkare, den medicinska belastningen på de barnmedicinska mottagningarna, tillgången på barnallergologisk kompetens både inom den offentliga och den privata sjukvården och prioriteringar har lett till gränssnitten mellan närsjukvård och barnmottagning ser annorlunda ut i de tre distrikten.

För att se över dess rutiner och diskutera gränssnitten har en grupp bestående av distriktsläkare och barnläkare från var och en av de tre sjukvårdsdistrikten i länet getts i uppdrag att ta fram förslag till gemensamma riktlinjer och PM för handläggning av barnastma. Dessa skall beskriva såväl utredning och behandling. Gruppen skall också beskriva hur flödet skall se ut – vem gör vad i vårdkedjan.

## Gruppens deltagare

Kjell Olofsson, Specialist läkare, Vårdcentralen i Kolmården, NSV Östra Östergötland.  
Karel Duchon, Barnläkare, Barnkliniken US/Motala, Centrala och Västra Östergötland.  
Mats Engberg, Specialist läkare, Vårdcentralen i Vadstena, NSV Västra Östergötland.  
Björn Tilling, Specialist läkare, Vårdcentralen i Åtvidaberg, NSV Centrala Östergötland.  
Ted Jakobsson, Barnläkare, Barnkliniken ViN, Östra Östergötland.  
Aina Warner, barnläkare, Barnmottagningen i Motala, Västra Östergötland.

Gruppen har samlats vid totalt 3 tillfällen och frågan har diskuterats på länsövergripande Närsjukvårdsnivå vid 2 tillfällen. Följande gränssnitt mellan närsjukvården och barnklinikerna astma verksamhet har överenskommit.

Diagnosen astma bronchiale indelas i 3 åldersgrupper

### **Barn med astma bronchiale 0-2,99 år**

Astma bronchiale hos spädbarn och små barn kräver speciell omhändertagande. Svårigheter att känna igen obstruktivitet hos små barn, problem med administrering av läkemedel och eventuell påverkan av inhalationssteroider på barnets tillväxt kräver speciell omhändertagande och återkommande klinisk uppföljning. Av denna anledning anser vi att:

1. Barn 0-2 år med diagnos astma bronchiale ska tas om hand av specialiserad barnläkare.
2. För diagnos astma bronchiale krävs minst 3 obstruktiva bronchit episoder hos icke atopiska barn eller 1 obstruktiv bronchit och atopisk benägenhet.
3. Barn mellan 0-2 år med akut obstruktiv bronchit ska kunna få akut behandling på sin vårdcentral.
4. Bedömning av behandling med inhalationssteroider bör göras av barnspecialist.

### **Barn med astma bronchiale 3 - 7,99 år**

Barn i denna ålder är lättare att bedöma kliniskt. Administration av inhalationsläkemedel är inget större problem. Risken för påverkan av steroidbehandlingen på tillväxten är mindre om steroid doserna är låga och intermittenta.

1. Barn med obstruktiva besvär 3-7 år ska kunna få akut behandling vid sin ordinarie vårdcentral.
2. Barn med intermittent behandling
  - a. infektionsutlösta astma besvär utan atopi
  - b. milda till måttliga besvär
  - c. Låga till måttliga doser (200 till 400 µg inhalations-steroider per dag motsvarande budesonid. Observera att halva dosen gäller vid flutikason).

Skall kunna behandlas med inhalations steroider också inom primärvården.

3. Barn med misstänkt allergisk astma (utom säsongbunden kortvarig pollenallergisk astma), eller längre behandlingsperioder än 3 veckor remitteras till barnmottagning för bedömning och uppföljning.

### **Barn med astma bronchiale 8-18,0 år**

De allra flesta skolbarn och ungdomar med astma bronchiale är inget större problem diagnostiskt eller behandlingsmässigt. Tillväxten har gått så pass långt att det inte finns några stora risker med längdtillväxten med måttligt höga doser.

De flesta barn har redan visat att de inte är känsliga för inhalationssteroider när det gäller längdutvecklingen. Behandling av nytillkomna fall med inhalationssteroider påbörjas på vårdcentralen, tillväxtdata bör skickas med patienten vid remiss till barnkliniken vid svårare fall (behov av högre och/eller kontinuerlig inhalations steroid behandling).

1. Utredning inom primärvården: PEF, spirometri med rev. test och PEF dagbok. Allergi test med Phadiatop , ev specifik IgE-test.
2. På barnkliniken: fördjupad astma diagnostik med *NO test*, ev *provokationer* (torr luft, mannitol etc.), samt allergi utredning med t. ex pricktest.
3. Primärvården ansvarar för uppföljning och behandling av
  - a. Ansträngningsastma.
  - b. Intermittent astma
  - c. Lindrig astma med behov av kontinuerlig inh. steroider upp till 200

$\mu\text{g}/\text{dygn}$  7-12 år, 400  $\mu\text{g}/\text{dygn}$  13-18 år (inhalations-steroider per dag motsvarande budesonid. Observera att halva dosen gäller vid flutikason).

4. Barnkliniken ansvarar för barn med all annan behandling än ovan.

## Referenser

Bjerg A, Hedman L, Perzanowski MS, Platts-Mills T, Lundbäck B, Rönmark E. Family history of asthma and atopy: in-depth analyses of the impact on asthma and wheeze in 7- to 8-year-old children. *Pediatrics* 2007, 120:741-8.

Bäcklund AB, Perzanowski MS, Platts-Mills T, Sandström T, Lundbäck B, E. Rönmark. Asthma during the primary school ages – prevalence, remission and the impact of allergic sensitization. *Allergy* 2006, 61:549-555.

Rönmark , Jönsson E, Platts-Mills T and Lundbäck B. Incidence and Remission of Asthma in Schoolchildren: Report From the Obstructive Lung Disease in Northern Sweden Studies. *Pediatrics* 2001, 107(3).