

Läkemedelsverkets behandlingsrekommendation för astma hos barn

Astma hos barn

Innehåll

- Framtagande av behandlingsrekommendation
- Godkännande av läkemedel
- Sammanfattning av huvudbudskap
- Astma hos barn
- Diagnostik
- Icke-farmakologisk behandling
- Läkemedelsbehandling
- Inhalationsteknik och inhalatorer
- Uppföljning.

Framtagande av behandlingsrekommendation

- Ett av Läkemedelsverkets uppdrag
- Behandlingsrekommendation för astma har tagits fram 2007 och 2015
- Arbetet drivs av en intern projektgrupp inklusive experter inom Läkemedelsverket
- Samarbete med externa experter inom området som skriver vetenskapliga underlag som ligger till grund för rekommendationen
- Behandlingsrekommendationen går på flera remissrundor till externa expertgruppen
- Kvalitetsgranskning inom Läkemedelsverket samt direktörsdragning (inklusive generaldirektören).

Godkännande av läkemedel

- Läkemedelsverket bedömer kvalitets-, effekt- och säkerhetsprofil för att avgöra nytta-risk-balans hos ett läkemedel
- Godkänd indikation innebär positiv nytta-risk-balans
- Avsaknad av godkänd indikation kan bero på
 - ansökan om godkännande har gjorts men nytta-risk-balansen har bedömts som negativ
 - ansökan om godkännande har inte gjorts.
- Förskrivning utanför godkänd indikation är inte ovanligt för barn, det vilar dock ett särskilt ansvar på förskrivaren när så sker.

Sammanfattning av huvudbudskap

- Diagnostik bygger på sjukhistoria, symtom, kliniska fynd och lungfunktion
- Vid misstanke om astma trots normal spirometri ska utredning fortsätta
- Ett nytt begrepp introduceras, FABA, *fast-acting* beta-2-receptor agonist
- Behandlingsmål:
 - Normal lungfunktion
 - Symtomfrihet utan begränsning av vardagsaktiviteter, inklusive fysisk aktivitet
 - Förhindra försämringsepisoder.
- ICS bör erbjudas generellt till alla barn med astma
- Regelbunden uppföljning är en förutsättning för att lyckas med behandlingen.

Astma hos barn

- Variabel luftvägsobstruktion, ofta kopplat till bronkiell hyperaktivitet
- Hos yngre barn med enbart förkylningsutlösta besvär krävs återkommande episoder för diagnos
- Barn med allergisk läggning samt äldre barn kan få diagnos vid första episoden
- Astmabesvär kan utlösas av förkylning, allergen, ansträngning
- Risken för astma ökar vid annan allergisk sjukdom, sensibilisering och astma hos förstagrads släkting.

Astma i olika åldrar

- Yngre än 6 år
 - 20–30 procent av alla barn har någon obstruktiv episod före 2 års ålder
 - Återkommande symtom hos barn med svårare besvär och/eller allergisk läggning
 - Astma vanligare hos pojkar
 - Majoriteten blir besvärsfria på sikt även om det finns en ökad risk för astma i vuxen ålder
 - Flickor samt barn med allergisk läggning har oftare kvarstående besvär.
- 6 år och äldre
 - Astma vanligare hos barn med allergiska besvär
 - Ökad risk för kvarstående astma upp i vuxen ålder vid svårare besvär och samtidig sensibilisering mot pälsdjur.

Astmafenotyper I

- Allergisk astma
 - Vanligaste fenotypen hos skolbarn och tonåringar
 - Ansträngning, kyla eller rök kan orsaka besvär om astman är dåligt kontrollerad
 - Svarar oftast bra på ICS.

- Blandad astma
 - Symtom både på grund av allergi och luftvägsinfektioner
 - Ansträngning, kyla eller rök kan orsaka besvär om astman är dåligt kontrollerad
 - Svarar oftast bra på ICS.

Astmafenotyper II

- Astma där symtom framkallas endast vid luftvägsinfektion
 - Debuterar före 1 års ålder och växer bort, ofta före 3 års ålder.
- Ospecifik astma
 - BPD-astma: för tidigt födda barn som haft bronkopulmonell dysplasi
 - Astmasymtom vid annan lungsjukdom
 - Strikt ansträngningsutlöst astma.

Diagnostik

- Barn med lindriga besvär och äldre barn kan oftast utredas och följas i primärvården
- Baseras på sjukhistoria, symtom, kliniska fynd samt lungfunktion
- Viktigt att ha sjukdomens variabla uttryck i åtanke vid utredning – besvärsfrihet även vid fysisk ansträngning i samband med läkarbesöket utesluter inte astma
- Hos yngre barn som inte kan genomföra spirometri rekommenderas behandlingsförsök med ICS dagligen i 2–3 månader.

Sjukhistoria som talar för astmadiagnos

- Tre obstruktiva episoder före 3 års ålder utan allergisk läggning
- Första obstruktiva episoden före 3 års ålder med allergisk läggning eller besvär mellan förkylningar
- Första obstruktiva episoden efter 3 års ålder oavsett allergisk läggning
- Återkommande besvär krävs för definitiv diagnos.

Symtom och kliniska fynd

- Pipande/väsande andning
- Tung ansträngd andning
- Natthosta
- Hosta vid ansträngning, skratt, gråt eller lek
- Långvarig hosta vid förkylning
- Nedsatt ork eller fysisk prestationsförmåga.

Spirometrivärden som talar för astma

FEV₁ ökar med minst 12 procent när man jämför spirometri före och efter

- bronkdilatationstest (reversibilitet) med salbutamol, 0,1 mg/dos, 4 doser givet med spray+spacer

eller

- 6-8 veckors inhalationssteroidbehandling i medelhög–hög dos.

Ytterligare utredning

- Riktat allergitest ingår i all astmautredning hos barn
- Spirometri med inspirations- och expirationskurvor
- Ansträngningsprovokation
 - En minskning av FEV₁ på minst 10 procent talar för astmadiagnos.
- PEF
 - Görs upprepade gånger under flera dygn tillsammans med symtomregistrering
 - En variabilitet på minst 13 procent talar för astma.
- Oscillometri
 - Påvisar resistans och reaktans efter bronkdilatation.
- Utandad kväioxid (FeNO)
 - Ett förhöjt värde talar för eosinofil inflammation i luftvägarna och stärker misstanke om astma.

Icke-farmakologiska interventioner

- Patientutbildning
- Rökstopp – både ungdom och anhöriga
- Fysisk aktivitet
- Allergenreducerande åtgärder
- Nutritionsinsatser
- Värmeväxlare/värme- och fuktutbytande andningsskydd
- Andningsträning
- Temperaturreglerat luftflöde (TLA) – i Sverige endast Airsonett som uppfyller kraven.

Patientutbildning

- Viktigt att både barn och vårdnadshavare tar del av patientutbildningen
- Patientutbildning ökar kunskap om sjukdomen och bidrar till förbättrad astmakontroll
- Genomgång av inhalationsteknik både vid nyinsättning och uppföljning
- Skriftlig behandlingsplan
- Information inför utbildning och yrkesval.

Förebygga symtom vid fysisk aktivitet

- Strukturerad uppvärmning kan vara mer effektiv än läkemedel
 - 10-12 submaximala intervall som varar ca 15-30 sekunder omväxlande med vila i 60-90 sekunder
 - Intervallen inducerar tolerans mot ansträngningsutlösta astmabesvär men är otillräckliga för att utlösa en varaktig bronkobstruktion
 - Avsluta uppvärmning med några minuters joggning.
- Undvik ansträngning när det är mycket kallt eller vid hög allergenexponering.

Målet med underhållsbehandling

- Endast vid kraftig ansträngning (inklusive fysisk aktivitet), luftvägsinfektion eller ofrivillig kontakt med allergen kan lindriga symtom accepteras
- Vid behovsmedicinering ska behövas högst 2 gånger per månad
- Bibehållen lungfunktion
- Inga exacerbationer som kräver akutbesök eller sjukhusvård.

Läkemedelsbehandling

- Lägsta effektiva behandlingssteg i behandlingstrappan eftersträvas
- Barn ska generellt sett ha inhalationssteroider i sin behandling, farligare med underbehandlad astma än med långvarig ICS-behandling – tillväxt ska kontrolleras 1–2 gånger per år
- Ett nytt begrepp, FABA, *fast-acting* beta-2-receptor agonist, introduceras.

FABA – ett nytt begrepp

- *Fast-acting* beta-2-receptor agonist
- *Snabbverkande*
- Inkluderar SABA, kortverkande beta-2-receptoragonister, som alla har *snabbt tillslag*

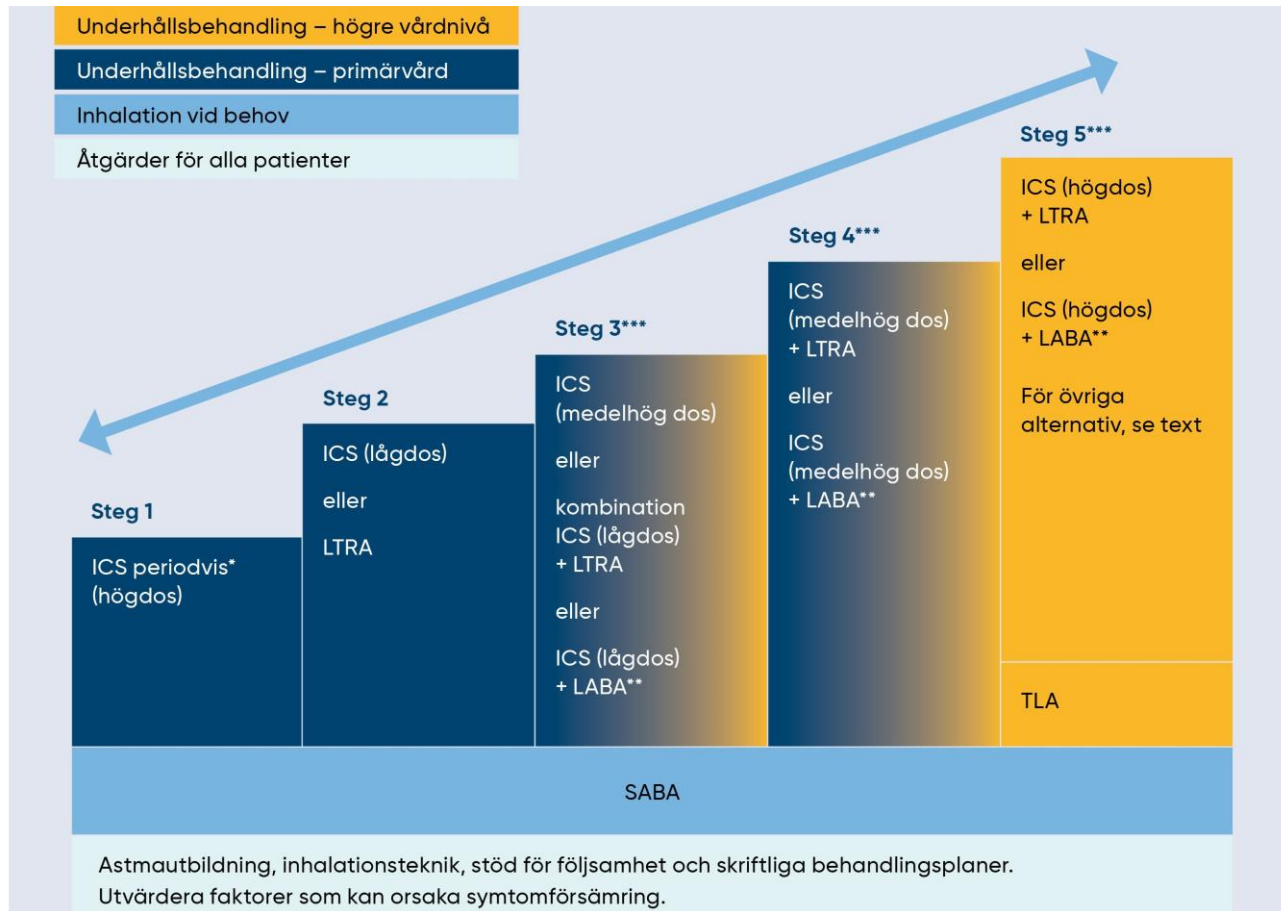
samt

- LABA, långverkande beta-2-receptoragonister *med snabbt tillslag*
- I nuläget endast en snabbverkande LABA godkänd – formoterol

- Begreppet används för att beskriva vid behovs-behandling.

Läkemedels- behandling 0–5 år

- * Utgår från fastställd astmadiagnos och symtom endast vid förkylning.
- ** Godkänt från 4 år.
- *** Överväg remiss till barnläkare/barnallergolog.

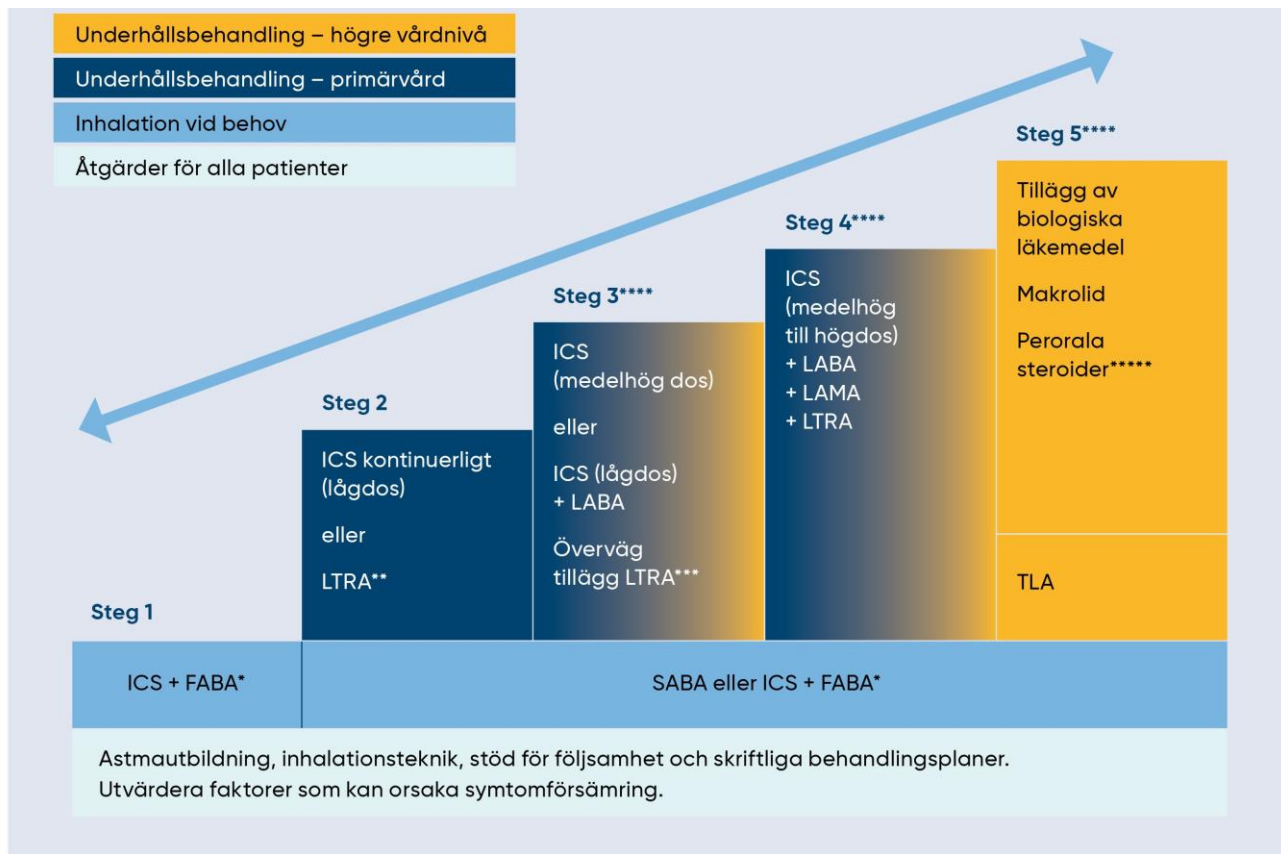


Läkemedelsbehandling 0–5 år

- **Steg 1**
 - SABA ges vid kortvariga och lindriga besvär. ICS kan ges som en kur vid svårare infektionsutlösta besvär.
- **Steg 2**
 - Underhållsbehandling med lågdos ICS eller LTRA. SABA vid behov.
- **Steg 3**
 - Öka ICS, kombinera lågdos ICS med LTRA eller LABA. SABA vid behov.
- **Steg 4**
 - Medelhög dos ICS med LTRA eller LABA. SABA vid behov.
- **Steg 5**
 - Högdos ICS med LTRA eller LABA. SABA vid behov. Överväga LAMA, makrolid, biologiska läkemedel, TLA.

- LABA från 4 års ålder.

Läkemedels- behandling 6–11 år



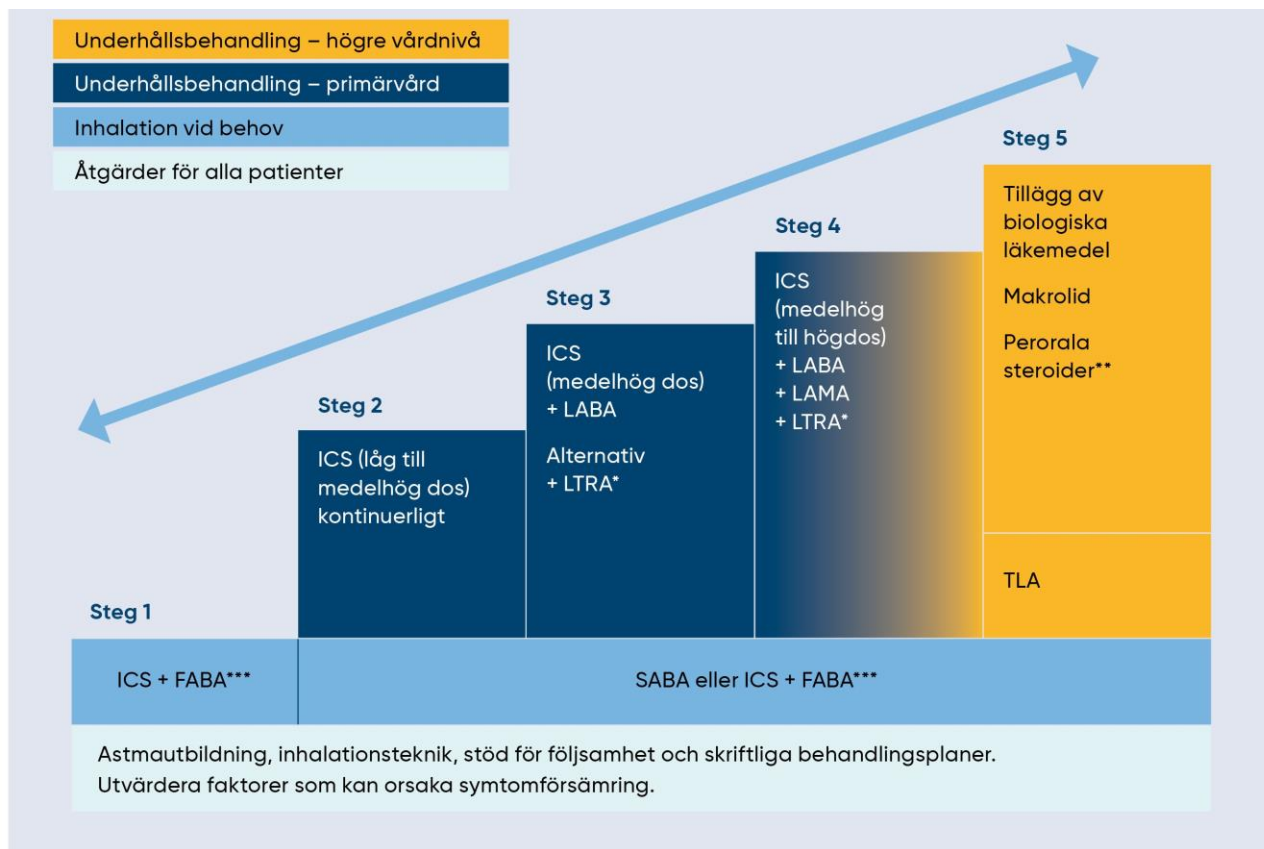
För förklaringar, se
behandlingsrekommendationen
för astma.

Läkemedelsbehandling 6–11 år

- **Steg 1**
 - Om besvär max 1 gång per månad ges lågdos ICS+FABA vid behov.
- **Steg 2**
 - Underhållsbehandling med lågdos ICS eller LTRA. SABA eller lågdos ICS+FABA vid behov.
- **Steg 3**
 - Öka ICS eller lägg till LTRA eller LABA. SABA eller lågdos ICS+FABA vid behov.
- **Steg 4**
 - Medelhög(-hög)dos ICS med tillägg av LABA, LAMA eller LTRA. SABA eller lågdos ICS+FABA vid behov.
- **Steg 5**
 - Tillägg av biologiska läkemedel, makrolid, kortare kur peroral steroid, TLA.

Läkemedels- behandling 12–18 år

För förklaringar, se
behandlingsrekommendationen
för astma.



Läkemedelsbehandling 12–18 år

- Behandlingen liknar alltmer den hos vuxna
- Kan vara stora skillnader beroende på fysisk och psykisk utveckling vilket påverkar behandlingsval
- Barn och ungdomar som har sjukdomskontroll med ICS som underhållsbehandling och SABA vid behov behåller denna behandlingsregim.

Inför övergång till vuxenvård

- Ungdomar behöver börja ta eget ansvar för behandling av sjukdomen
- Delar av besök i vården kan ske enskilt utan vårdnadshavare
- Åldersadekvat patientutbildning
- Individuell, skriftlig behandlingsplan, gärna avfotograferad i mobilen
- Kontinuitet och tillgänglighet, även digitalt
- Livsstilsfaktorer, yrkesval, social situation.

Svår astma

- 2–5 procent av alla barn med astma
- Föreligger om barnet har högdos ICS och LABA, samt eventuellt LAMA
- Kan bli aktuellt med andra behandlingsalternativ
- Ska följas av eller i nära samarbete med specialist inom barnallergologi.

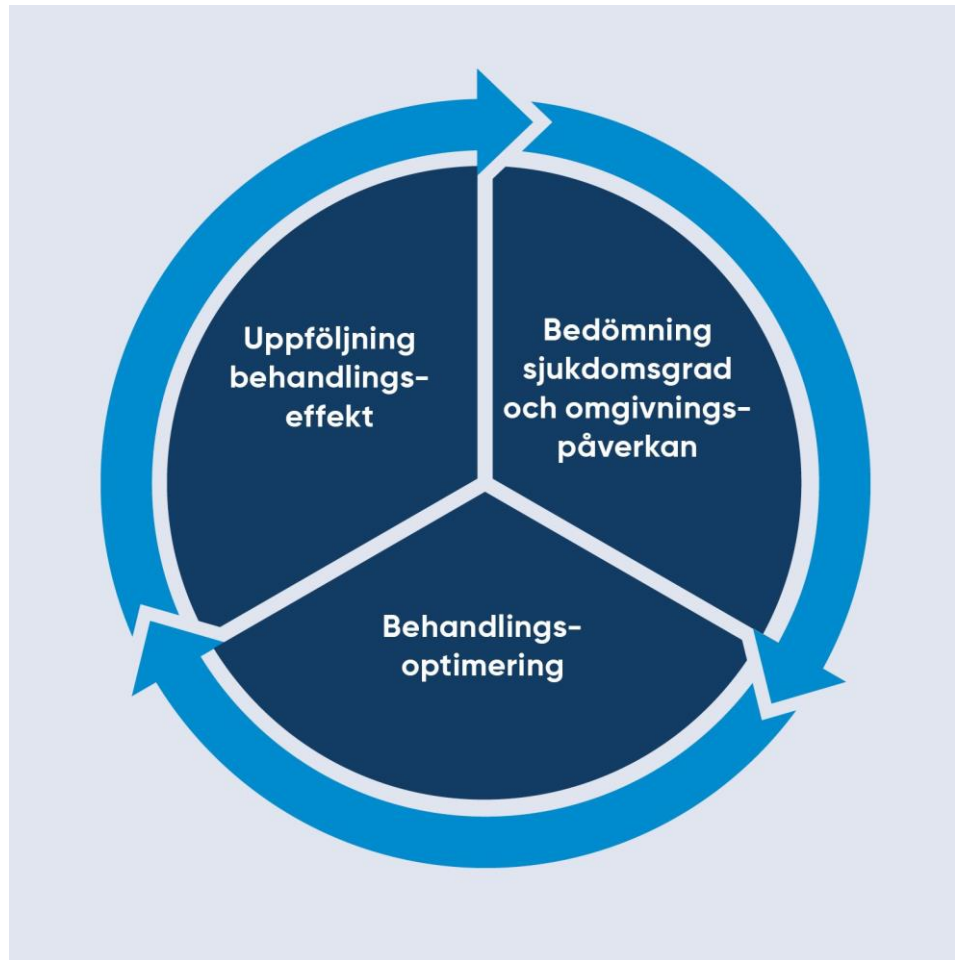
Akutbehandling

- Se webbplats för Barnläkarföreningens delförening för allergi och lungmedicin.

Inhalationsteknik och inhalatorer

- Viktigt att kontrollera vid varje uppföljning då barnets utveckling och tillväxt påverkar inhalationstekniken
- För yngre barn rekommenderas spray+spacer, hos de yngsta med mask, sedan munstycke
- I regel klarar barn pulverinhalator från cirka 6 års ålder, men vid försämring kan barnet behöva spray+spacer
- Vid lindriga och måttliga besvär används spray+spacer även på akutmottagning
- Nebulisering har inga fördelar över spray+spacer annat än vid mycket svår försämring.

Uppföljning



Uppföljning

- Kontroll 1-2 gånger per år
 - Tätare kontroller hos barn som är nydiagnostiserade eller yngre, eller som har svår astma.
- Dynamisk spirometri
- Längd kontrolleras hos alla som står på ICS
- Vid bristande astmakontroll tänk på detta innan behandlingen ändras
 - följsamhet till behandling
 - inhalationsteknik
 - exponering för allergen eller tobaksrök.
- Kom ihåg att astma varierar över tid varför behandling både kan behöva sättas ut och in igen.

Biverkningar

- Generellt sett säkra läkemedel som vården har lång erfarenhet av
- Viktigt att följa upp eventuella biverkningar eftersom biverkningar kan göra att patienten inte tar läkemedlet och således försämras i sin sjukdom.

Tack för din uppmärksamhet!

