

Gäller för: VO1 Barn BUP och Kvinna

Giltig från: 2025-02-24

Innehållsansvar: Maher Abbas, (mahab5), Överläkare

Giltig till: 2027-02-28

Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

Astma hos barn och ungdomar (6-18 år) – utredning och uppföljning

Revideringar i denna version

Förlängt giltighetsdatum.

Bakgrund, syfte och mål

Handledning för diagnostik, behandling och uppföljning av astma hos barn och ungdomar.

Arbetsbeskrivning

Utredning och diagnostik av astma

Astma omfattar ett spektrum av olika tillstånd som manifesterar sig med återkommande episoder av:

- hosta
- pip i bröstet
- försvårad andning

Hos barn- och ungdomar i den äldre åldersgruppen finns en koppling till IgE-medierad allergi i minst 80 % av fallen.

Reversibel luftvägsobstruktion och/eller påvisad överretbarhet i luftvägarna är karakteristiska fynd.

Uppkomstmekanismer är arv i kombination med miljöfaktorer.

Astma-diagnosen ställs på basen av:

- Anamnes
- Kliniska undersökningsfynd (Fysikaliskt status)
- Fysiologiska mätningar
- Ytterligare stöd ges av påvisad IgE-medierad allergi

Astma är ett kliniskt syndrom. Inget enskilt test avgör astmadiagnosen. I patientjournalen ska tydligt framgå på vilka kriterier diagnosen ställts. Ett diagnostiskt resonemang bör redovisas. I många fall kan inte någon säker diagnos ställas vid första bedömningen. Man kan då använda benämningarna ”sannolik astma” eller ”möjlig astma” inom parentes efter diagnoskoderna nedan. Vidare bör ett kortfattat differentialdiagnostiskt resonemang föras.

"All that wheezes is not asthma but almost all"

Anamnes

- Använd allergifrågeformuläret som patienten har med sig som utgångspunkt för anamnes
- Beskriv symptom/besvär och konsekvenser av dessa
- Utlösande faktorer och situationer
- Årstidsvariation
- Frekvens, svårighetsgrad och duration av symptom
- Effekt av olika läkemedel och miljöbyten
- Stillasittande eller fysiskt aktivt barn/tonåring?
- Hos tonåringar, speciellt flickor, noggrann beskrivning av typen av andningssvårigheter och relationen till när under fysiska aktivitet de uppkommer (VCD vs astma)
- Natliga besvär ger stöd för astmadiagnos.
- Associerade tillstånd och deras frekvens och svårighetsgrad, ex allergisk rinokonjunktivit under pollensäsong, perenn rhinit (mkt viktig då den kan sätta ned livskvaliteten högst påtagligt), eksem och födoämnesöverkänslighet.

- Genom anamnes bör hållpunkter för cystisk fibros (CF), lungmissbildningar, bronkiektasi-sjukdom, kroniska lunginfektioner, immundefekt, hjärtsjukdom och funktionella andningsstörningar ha uteslutits

- Sociala förhållanden

- Hereditet

- Exponeringar i boendemiljön, skola, fritid, hos kompisar, ff a avseende pälsdjur och tobaksrökning samt fuktiga eller dåligt ventilerade vistelsemiljöer

Kliniska undersökningsfynd (Fysikaliskt status)

- Dokumentera ev fynd som kan ge stöd åt diagnosen (atopiska särdrag, eksem, Denny-Morgan-veck under ögonen, tvärveck på näsan, rhinskopi med otoskop rekommenderas (svullna slemhinnor, uteslut polyper), lätt thorax-deformitet, sk Harrison-fåra kan ses vid astma, men också pga höga andningshinder tex kronisk nästäppa
- Uteslut om möjligt sådant som talar för annan allvarlig lungsjukdom (viktnedgång, trumpinnnefingrar, urglasnaglar, kraftig thoraxdeformitet, nasal polypos, fokala lungbiljud, rassel, krepitationer).

Fysiologiska mätningar (görs av allergisjuksköterska före läkarbesöket)

- 1) FENO (värden över 20 ppb är onormala, >30 talar för astma).
- 2) Spirometri med reversibilitetstest (om detta visar en reversibilitet av <10 % är det negativt)
Detta utesluter dock inte att patienten har astma.
- 3) Torrluftsprovokation bör övervägas vid negativt reversibilitetstest
- 4) Ansträngningsprovokation bör övervägas i första hand vid misstanke om VCD och om punkt 1-3 är negativa och om allergi-utredningen är negativ. Vid VCD-

misstanke remiss till sjukgymnast för provokation på löpband på sjukgymnastikavdelningen. Mindre barn, under 7 år, kan springtestas i lämplig korridor och utvärderas med stetoskopi och PEF om de ej klarar spirometri.

Allergi-utredning (görs av allergisjuksköterska före läkarbesöket)

1) I första hand hudpricktest (*SPT, Skin Prick Test*) med vår standard-panel, som vid behov kan utökas med gnagare, fyra mögel, basfödoämnen samt nötter och mandel.

2) I andra hand tas blod för IgE mot riktade allergen (Immulate-metoden, Unilabs, SkaS Skövde). Lämpligt om bara enstaka tester önskas eller om patienten har svårt eksem på armarna eller står på anti-histaminer.

3) Vid sensibilisering mot kvalster och om relevans för symtomen kan dammsugning i patientens säng göras för att påvisa kvalster. Detta görs genom speciella filter som kopplas till dammsugaren hemma. Filtret skickas sedan för analys till Immunlab SU/SS. Utrustning för dammsugning lämnas ut av Allergicentrum SkaS Skövde och Barnmottagningen i Lidköping. Vid förekomst av kvalster i barnets/ungdomens säng kan kvalsterskydd köpas via Medeca. De flesta barnförsäkringar täcker kostnaden, även vid växelboende.

Skattnings- och bedömningsskalor

1) Självskattningsskala:

Om diagnosen astma är uppenbar ska patientens aktuella grad av astmakontroll bedömas med en självskattningsskala kallad ACT (*Asthma Control Test*). ACT-formulär finns för barn 4-11år respektive 12 år och uppåt. (ACT formulär finns på barnmottagningen)

2) Klassifikation enl BLF:

Astmans aktuella svårighetsgrad ska skattas enligt [BLF:s klassifikation](#). Värderingen gäller "hur patienten ter sig och medicinerar när den kommer in genom dörren och inte när den går ut med nya medicineringsförslag" !!

Diagnostiska behandlingsförsök

Inte sällan står negativa resultat med våra diagnostiska metoder i kontrast till en ganska övertygande anamnes och familjehistoria. Det omvända kan också föreligga. En framkomlig väg till ytterligare klarhet kan vara ett behandlingsförsök med åtföljande utvärdering med sjukhistoria och eventuellt fysiologiska mätningar.

Tecken kan man ordinera inhalationssteroid i relativt hög dos (800 mcg/dygn). Full effekt på dagliga astmabesvär av en inhalationssteroid kommer efter ca 3 veckor. Uppföljning efter en månad kan då vara lämplig. Om problemet är exacerbationer vid luftvägsinfektioner kan en tremånaders period krävas innan behandlingen kan utvärderas.

Om problemet ofta är ansträngningsutlösta besvär kan man låta patienten pröva inhalation av en beta2-agonist 10-15 min före fysisk aktivitet. Om behandlingen testas vid vartannat träningsstillfälle kan klarhet snabbare uppnås.

Om inhalation av beta2-agonist provas vid behov vid besvär bör symtomlindring uppnås inom 5-10 min. Om så ej är fallet måste besvärens orsak misstänkas bero på annat än akut bronkobrastruktion.

Noggrann uppföljning per telefon eller genom återbesök är av stor vikt för att slentrianmässig omotiverad läkemedelsbehandling ska undvikas liksom felaktig diagnos. I journalen ska anges på vilka grunder en astmadiagnos har ställts. Innan diagnosen är klar kan temporära symptomdiagnoser användas, alternativt "möjlig astma", "sannolik astma" etc.

Diagnoskoder som ska användas:

J45.0 Allergisk astma (astma under pollenssäsong eller vid djurkontakt)

J45.1 Infektionsastma (besvär endast vid luftvägsinfektioner)

J45.8 Blandad astma hos barn med annan allergisk sjukdom eller sensibilisering (besvär av olika triggerfaktorer ex förkylning, ansträngning och allergenexposition)

J45.9 Blandad astma hos barn utan annan allergisk sjukdom eller sensibilisering (besvär av olika triggerfaktorer, oftast förkylning och ansträngning)

Uppföljningsprinciper

- 1) För effektiv och god vård krävs att en och samma läkare har ansvaret för patienten under utredningsskedet och under den initiala behandlingsutvärderingen
- 2) Sjuksköterska har inte huvudansvaret för patientens utredning eller behandling utan agerar efter ordinationer och planering enligt läkares journalanteckningar eller andra direktiv.
- 3) Patienten följs upp på barnmottagningen av ansvarig läkare fram till dess att diagnosen är klar och att astmasjukdomen är under god kontroll.
- 4) Patienter med astma grad 1A-2B enligt BLF:s klassifikation (www.barnallergisektionen.se) ska följas upp i Primärvården såvida inte andra komplicerande faktorer föreligger samtidigt, tex svår födoämnesallergi, svåra eksem, svår allergisk rhinokonjunktivit, frågor kring tillväxten eller psykosociala problem eller kombinationer av dessa.
- 5) Huvudprincipen är att patienten ses minst en gång per år.
- 6) Barn före puberteten som behandlas med inhalationssteroider mer än 400 mcg/dygn av budesonid eller > 200 mcg/dygn av flutikason, beclometason, ciclesonide, ska kontrolleras avseende längdtillväxt var 6:e månad. Tillväxtkontrollen kan ske genom sjuksköterskebesök.
- 7) Vid försämrad astmakontroll ska patienten erbjudas extra återbesök.
- 8) Ett återbesök för astmakontroll bör omfatta:
 - a) anamnes, b) status, c) vilospirometri, d) ACT-score och e) BLF:s klassifikation

av astmans svårighetsgrad samt helst även FENO och reversibilitetstest.

Vid behov kan bedömningen behöva kompletteras med nytt SPT om misstankar på nya allergier har tillkommit. Beredskap att ompröva diagnosen ska finnas.

Torrluftsprovokation kan övervägas om misstankar på otillräckligt kontrollerad astma finns trots nöjaktiga FENO och spirometrfynd. SPT kan ibland utföras oplanerat samma dag medan torrluftsprovokation i allmänhet kräver ett extra besök hos sjuksköterska.

Det är av stor vikt att varje återbesök har planerats med avseende på de undersökningar som bör göras (fr a FENO och spirometri).

Överföring till annan vårdenhet när patienten blir 18 år gammal.

Inför överföring av uppföljningsansvaret till annan vårdenhet ska patienten erbjudas ett sammanfattande och avslutande besök hos barnläkare som kort sammanfattar sjukhistorien och aktuella förhållande inklusive medicineringsbehov. Patienter med astma grad 4 remitteras till Lungmott för uppföljning medan övriga remitteras till den vårdcentral som patienten anger sig vara listad hos, helst en vårdcentral där det finns en Astma/KOL-sköterska. Mot bakgrund av att astma är en variabel sjukdom i tiden bör vi rekommendera att våra patienter följs upp en gång om året varvid spirometri utförs.

9) Data från uppföljningsbesök ska föras in i det nationella Luftvägsregistret.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: VO1 Barn BUP och Kvinna

Innehållsansvar: Maher Abbas, (mahab5), Överläkare

Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

Dokument-ID: SKAS9699-1702881381-26

Version: 6.0

Giltig från: 2025-02-24

Giltig till: 2027-02-28