

Astma hos vuxna

Fastställt december 2018 av Läkemedelskommittén i Västra Götalandsregionen. Giltigt till december 2020.

Huvudbudskap

- Målet med behandlingen är symtomfrihet och för detta krävs läkemedelsbehandling i kombination med kontroll av miljöfaktorer
- Alla patienter med astma oavsett svårighetsgrad ska förseas med snabbverkande beta-2-stimulerare (SABA) att använda vid behov
- Vid astmasymtom > 2 ggr/vecka som kräver SABA insätts inhalationssteroider (ICS). Majoriteten av patienterna behöver endast låg till medelhög dos av ICS
- Vid otillräcklig effekt av ICS ges tilläggs-läkemedel i form av långverkande beta-2-stimulerare (LABA) och/eller leukotrienantagonist (LTRA)
- För behandlingsrekommendationer gällande astmaläkemedel i VGR v.g. se REKlistan Allergi-Andning-ÖNH (www.vgregion.se/lakemedel/andning)
- Vid otillräcklig effekt av givna läkemedel kontrollera följande:
 - Korrekt diagnos?
 - Korrekt inhalationsteknik?
 - Följsamhet till given ordination?
- Vid bristande behandlingseffekt och vid svår grad av astma rekommenderas remiss till specialistklinik

Bakgrund

Astma kännetecknas av en underliggande slemhinneinflammation i luftrören och kan debutera i alla åldrar. Typiskt är återkommande episoder med andnöd, pip och hosta som kan triggas av olika faktorer som kyla, ansträngning, allergener och luftvägsinfektioner. Symtomen är i regel associerade med en begränsning av luftflödet (obstruktion). Vid astma kan obstruktionen dock reversera hos majoriteten av patienterna. Astma karakteriseras också av en bronkiell hyperreaktivitet som kan mätas med standardiserade tester. Sjukdomen är till sin natur heterogen och det förekommer ett flertal fenotyper och svårighetsgrader. Behandlingen måste därför alltid anpassas efter individen.

Diagnostik

Grundläggande är noggrann anamnes vad gäller symptom och triggerfaktorer, liksom spirometri med reversibilitetstest. Vid lindriga och måttliga former av astma är lungfunktionen ofta normal långa perioder och en normal spirometri utesluter aldrig astma. Diagnos med

hjälp av anamnes och reversibilitetstest kan därför endast ställas hos en begränsad del av patienterna. Hos en del av dessa kan diagnos säkerställas genom mätning av PEF-variabilitet med hjälp av standardiserad PEF-kurva. Vid normal lungfunktion kan diagnosen ofta fastställas eller uteslutas med hjälp av bronkiella provokationstester som metakolintest eller manitoltest. På specialistmottagningar används idag ofta även mätning av kväveoxid i luftvägarna (FENO) som ett komplement till andra metoder.

Differentialdiagnoser

De vanligaste differentialdiagnoserna hos vuxna är kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) och sensorisk hyperreaktivitet (SHR). Om en patient aldrig rökt eller varit utsatt för andra skadliga luftvägsexponeringar är det mindre sannolikt med KOL och man bör då överväga om det istället kan vara frågan om en astma. Om reversibilitet efter snabbverkande beta-2-stimulerare (SABA) inte kan påvisas kan det också vara lämpligt att genomföra en reversibilitetstest med kortison, t.ex. T. Prednisolon 30 mg/dag i 2 veckor och därefter genomföra ny spirometri.

Sensorisk hyperreaktivitet är ett relativt vanligt tillstånd med astmaliknande besvär som karakteriseras av att symtom utlöses vid exponering för starka dofter som parfym, rakvatten eller andra irriteranter. Dessa patienter har normal lungfunktion och negativa bronkiella provokationstester. Det finns dessutom en mängd andra differentialdiagnoser, t.ex. ansträngningsutlöst laryngeal obstruktion, dysfunktionell andning och hjärtsvikt.

Behandling

Målsättning med behandling

- symtomfrihet
- ingen begränsning av dagliga aktiviteter
- normal lungfunktion
- inga exacerbationer
- inget/sällan behov av SABA
- inga störande biverkningar av behandlingen

Rökstopp är nödvändigt vid astma eftersom risken att utveckla permanenta skador i luftvägarna är förhöjd hos astmatiker som röker. Rökstopp leder också till förbättrad astmakontroll och förbättrad effekt av ICS. Rökande astmatiker ska erbjudas stöd för rökavvänjning. Se i övrigt kapitel Alkoholberoende och nikotinberoende i REKlistan.

Vid astmautredning ska alltid ingå anamnes avseende exponering för allergener, luftvägsirriteranter och eventuell yrkesexponering. Vid misstanke om allergiska inslag ska riktad allergiutredning genomföras (pricktest eller blodprov). Användning av läkemedel som kan vara olämpliga vid astma t.ex. beta-blockerare (särskilt icke-selektiva) och ASA/NSAID ska penetreras.

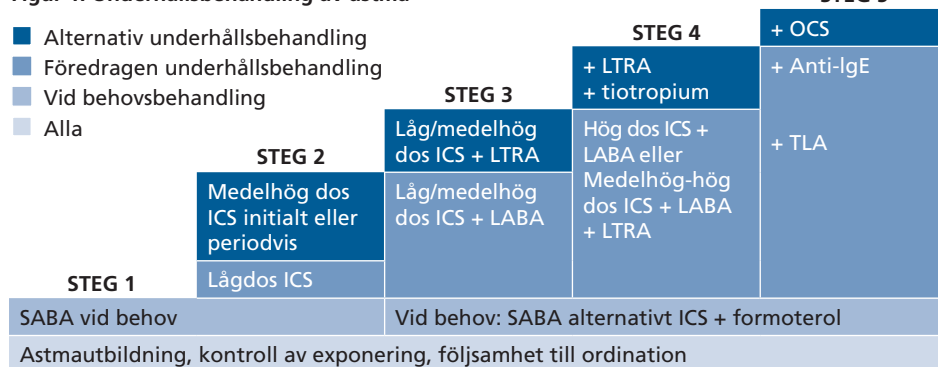
Beträffande fysisk aktivitet, se även kapitel Fysisk aktivitet Allergi-Andning-ÖNH i REKlistan. Patienten bör få råd om lämplig uppvärmning samt inhalation av SABA innan träningsaktivitet för att förebygga ansträngningsutlöst bronkobstruktion.

För information om astmaläkemedel och doping, se www.rf.se/Antidoping/Dispens/Astmamediciner.

Underhållsbehandling med läkemedel

Se figur 1 ur Läkemedelsverkets behandlingsrekommendation vid astma 2015. Astman indelas där i fem olika steg beroende på frekvens av symtom och svårighetsgrad.

Figur 1. Underhållsbehandling av astma



- Alternativ underhållsbehandling
- Föredragen underhållsbehandling
- Vid behovsbehandling
- Alla

Steg 1. Alla patienter ska oavsett svårighetsgrad ha SABA att ta vid behov (vid steg 3-5 kan även ICS+formoterol användas vid behov till lämpliga patienter som står på underhållsbehandling med denna typ av kombinationsinhalator).

Steg 2. Om patienten har symtom som kräver SABA >2 ggr per vecka ska underhållsbehandling med låg till medelhög dos ICS insättas.

Steg 3. Vid otillräcklig effekt av låg till medelhög dos av ICS bör i första hand tilläggsläkemedel ges. De vanligaste tilläggsläkemedlen är långverkande beta-2-stimulerare (LABA) alternativt leukotrienantagonister (LTRA). I regel prövas i första hand tillägg med LABA, men vid otillräcklig effekt kan LTRA istället prövas alternativt ges samtidigt som LABA.

Steg 4. Om symtomfrihet inte nås trots tilläggsläkemedel är nästa steg att höja ICS till högdos samt fortsätta med LABA och/eller LTRA. Vid otillräcklig effekt av denna åtgärd kan även tillägg med tiotropium provas. Underhållsbehandling med teofylliner kan likaledes provas, men då bör man beakta detta läkemedels smala terapeutiska intervall och risken för biverkningar.

Steg 5. Vid svår astma kan det vara nödvändigt med underhållsbehandling med orala kortikosteroider (OCS), vilket kan leda till risk för långsiktiga steroidbiverkningar. Under senare år har dock tillkommit nya behandlingsmöjligheter i form av antikroppsläkemedel till vissa subgrupper, vilket lett till genombrott i behandlingen av dessa tidigare terapieresistenta astmatiker. Vid svår perenn allergisk astma kan omalizumab prövas och vid svår eosinofil astma av dominerande icke-allergisk typ provas anti-IL5-läkemedel. (denna läkemedelsgrupp har tillkommit sedan 2015). Dessutom finns vid svår perenn allergisk astma tillgång till en speciell luftreningsmetod TLA (temperaturreglerat laminärt flöde) som kan prövas i vissa fall. Denna patientgrupp ska alltid skötas på specialistenhet för astma.

Vid nyinsättning av inhalationsläkemedel ska patienten alltid få noggrann instruktion om inhalationsteknik.

Om patienten bedöms behöva både ICS och LABA (steg 3-5) förenklar en kombinationsinhalator behandlingen och ökar följsamheten. Vid långvarigt stabil astma kan nedtrappning till underhållsbehandling med enbart ICS prövas.

ICS i låg till medelhög dos ger få biverkningar och tolereras väl. Risken för systemiska biverkningar är låg vid dessa doser, men ökar vid långvarig högdosbehandling. För dygnsdoser av ICS hos vuxna se figur 2 ur Läkemedelsverkets behandlingsrekommendation vid astma 2015. För barn gäller lägre doser. Erfarenhetsmässigt brukar det ofta gå att minska på underhållsdosen av ICS när patienten varit stabil i sin astma under en längre period (3-6 månader).

Figur 2. Dygnsdoser för inhalationssteroider hos vuxna.

AKTIV SUBSTANS	LÅG DOS	MEDELHÖG DOS	HÖG DOS
Beklometason-HFA ¹	100 – 200 µg	>200 – 400 µg	>400 µg
Budesonid	200 – 400 µg	>400 – 800 µg	>800 µg
Ciklesonid	80 – 160 µg	>160 – 320 µg	>320 µg
Flutikasonfuroat ²	–	92 µg	≥184 µg
Flutikasonpropionat	100 – 250 µg	>250 – 500 µg	>500 µg
Mometason	100 – 200 µg	>200 – 400 µg	>400 µg

1. Beklometason HFA = hydrofluoroalkan (drivgas) hos sprayinhalator

2. Flutikasonfuroat finns endast tillgänglig i kombination med vilanterol.

Behandling vid graviditet

Akutbehandling och underhållsbehandling hos gravida är densamma som hos icke-gravida. Risken med underbehandlad astma överstiger vida eventuella risker med astmaläkemedlen. Uppföljning har inte visat någon ökad risk för komplikationer eller fosterskador vid användning av de vanliga astmaläkemedlen.

Akut astma

Se Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer för astma 2015 (www.lakemedelsverket.se).

Vid lindrig till måttlig försämring inhaleras 6-12 puffar salbutamol via spray och spacer (andningsbehållare). Inhalationerna kan upprepas efter 20-30 minuter under den första timmen. Se dokument "Val av spacer vid förskrivning av sprayinhalator" (www.vgregion.se/lakemedel/andning).

Används nebulisator inhaleras 5-10 mg salbutamol som kan kombineras med ipratropium. Inhalation kan upprepas efter 20-30 minuter.

Vid lindrigare försämring ges fyrdubbel dos av ICS under en vecka, vid medelsvår försämring T Prednisolon 25-30 mg i 5-7 dagar. Vid svårare försämring inhaleras salbutamol 10 mg i kombination med ipratropium under kontinuerlig övervakning. Obs! Vid svår akut astma med nedsatt syresättning måste syrgas ges i adekvat dos för att uppnå normal syresättning. Steroider ges oralt om möjligt, i annat fall intravenöst. Teofyllinjektion långsamt intravenöst i dos efter kg/kroppsvikt kan övervägas vid bristande terapirespons med inhalationer. Fortsatt behandling med peroral steroider, initialt de första dagarna 40 mg/dag och därefter 30 mg i 7-10 dagar. Vid hemgång görs justering av underhållsbehandling och snabb uppföljning inplaneras.

Uppföljning

När astmadiagnosen är fastställd och behandling insatt ska patienten förses med en skriftlig behandlingsplan där underhållsbehandling och vid behovsmedicinering framgår. Det bör också framgå hur patienten själv kan öka sin medicinering vid försämring och när kontakt med sjukvården bör tas. Andra åtgärder som rökstopp och lämplig fysisk aktivitet bör också inkluderas.

Uppföljning av astma görs genom noggrann anamnes och strukturerat frågeformulär, t.ex. Astma Kontroll Test (AKT =ACT) som finns tillgängligt på internet (sök på Asthma Control Test). Ny spirometri bör göras efter medicinjustering och vid stor variabilitet i lungfunktion

kan behandlingseffekt följas upp med PEF-kurvor. Mätning av kväveoxid (FENO) i utandningsluft kan användas inom specialistvård.

Kontroll av inhalationsteknik ska ingå vid astmauppföljning och studier visar att dessa kontroller behöver upprepas regelbundet. Olika typer av inhalatorer fungerar olika bra för enskilda astmatiker. Om patienten av olika skäl upplever att en viss inhalator inte fungerar tillfredsställande, trots instruktioner i inhalationsteknik, är det lämpligt att i samråd med patienten pröva ett alternativ. God astmakontroll kräver alltid aktiv medverkan från patienten och patientutbildning är nödvändigt. Fungerande teamwork mellan läkare och astmasjuksköterska behövs för välfungerande astmasjukvård. Även andra yrkesgrupper som fysioterapeuter kan ibland behöva konsulteras. För rekommendationer angående återbesök, se tabell "Uppföljning och återbesök vid astma hos vuxna" i Nationella riktlinjer för vård vid astma och KOL 2015 (www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer/).

Vid utebliven behandlingseffekt kontrollera följande:

- Korrekt diagnos?
- Korrekt inhalationsteknik?
- Följsamhet till given ordination?

Vårdnivå

Patienter med lindrig och medelsvår astma (steg 1-3) bör utredas, behandlas och följas inom primärvården. Om det finns läkare med särskilt kunnande och intresse för astma i primärvården kan även patienter på steg 4 skötas där. Patienter med svår astma steg 5 bör alltid skötas på specialistklinik för astma. Vid oklar diagnos, komplicerad differentialdiagnostik, sviktande behandlingssvar samt misstanke om yrkesrelaterad astma ska likaså patienten remitteras till specialistenhet. Detsamma gäller om patienten är aktuell för bedömning gällande allergenspecifik immunterapi (AIT).

FÖR TERAPIGRUPP ALLERGI-ANDNING-ÖNH

Monica Arvidsson, ordförande,
överläkare astma-allergimottagningen SU

Referenser

Läkemedelsbehandling vid astma – behandlingsrekommendation. Läkemedelsverket 2015 (www.lakemedelsverket.se).
Nationella riktlinjer för vård vid astma och KOL 2015, Socialstyrelsen.

Kontakt:

Sekreterare i terapigrupp Allergi-Andning-ÖNH
Karin Nilsson, karin.ab.nilsson@vgregion.se

Regionala Medicinska Riktlinjer – Läkemedel finns på
www.vgregion.se/medicinskariktlinjer/lakemedel. Kan även beställas från
Adress & Distributionscentrum; adress.distributionscentrum@vgregion.se