



Minnesanteckningar från allergironden hos Familjeläkarna i Saltsjöbaden

Ämnet för dagen var barnastma och Gunnar Lilja barnläkare Sachsska barnsjukhuset gick igenom sitt kompendium om barnastma, utredning och behandling.

Marina Jonsson hade en genomgång av olika inhalationsspacers och användningsområden.

Astma

När skall man tänka astma:

- Återkommande perioder med wheeze
- Långdragen, intermittent hosta
- Återkommande perioder med påverkad andning (tachypne, indragningar, nedsatt ork)
- Ansträngningsutlösta symtom
- Allergenutlösta symtom

Anamnesen är bland det viktigaste vid diagnossättningen.

Några viktiga punkter att penetrera närmare är

- Nuvarande besvär

Typ av symtom(wheeze, hosta, slem, akuta attacker etc), hur ofta, duration, debutålder, utlösande faktorer (Öli, , frisk mellan öli,

- Allergi Co-morbiditeten

Har barnet några andra allergiska besvär såsom födoämnesallergi, eksem, pneumonier, rhinit

- Ärftlighet och miljö

Har föräldrar och syskon någon allergi, astma, atopi, GERD, immunbrist etc.

Förekommer rökning, finns pälsdjur, hustyp, inomhusmiljö.

När behöver man utreda mer?

- Tidiga symtom, kanske redan sedan födseln
- Om barnet ej blir frisk mellan förkylningarna
- Om barnet får svåra försämringar
- Om barnet inte svarar på behandling
- Om barnet har bristande utveckling eller tillväxt
- Om barnet har återkommande pneumonier

Man bör också beakta om barnet inte svarar på behandlingen

- Om detta verkligen är astma? kan behöva utreda för diffdiagnoser tex cystisk fibros eller GERD
- Finns det andra co-morbiditeter som leder till att barnet inte svara på behandlingen (bakomliggande allergier, rhinit, reflux, psykosociala faktorer)
- Finns det försvårande miljöfaktorer (förekommer rökning, inomhusmiljön etc)
- Föreligger svårigheter vid behandlingen (val av inhalator, inhalationsteknik)
- Hur fungerar följsamheten till behandlingen (har man förstått instruktionerna, vikten att fortsätta behandlingen etc).

Spirometri

Spirometri på barn kan utföras från ca 6-7 års ålder. På yngre barn och spädbarn kan spirometri utföras på specialistkliniker. På vårdcentralerna och på barnmottagningarna utförs dynamisk spirometri. Sjuksköterskan som utför spirometri måste vara väldigt engagerad för att få undersökningen att fungera, rätt teknik är av stor vikt för att kunna lita på resultatet.

Spirometri med reversibilitet bör alltid göras på nya patienter som kommer för misstänkt astma då spirometrvärdena är väldigt individuella och man kan inte alltid jämföra med referensvärdena. För övrigt finns två orsaker till att man utför reversibilitet:

1. Inför nydiagnostik, patienten skall inte stå på någon astmamedicin före testet.
2. Kontroll av befintlig medicinering. Kan lungfunktionen förbättras ytterligare? Här skall patienten stå kvar på sin ordinarie astmabehandling, endast uppmanas att ej ta kortverkande beta 2 fyra timmar före undersökningen.

NO-mätning

Mäter utandats kväve i utandningsluften. Ett mått på inflammation i luftrören

På vårdcentraler och barnmottagningar där intresse och kompetens finns bör en NO-mätare finnas som ett komplement vid diagnostiken och uppföljning av astmabehandling.

Astmabehandling

Gå även in på hemsidan www.allergisektionen.se ,stenciler

www.viss.nu

Målet med behandlingen är att barnet skall klara sina vardagsaktiviteter utan besvär samt sova lugnt utan astma eller hosta på natten eller på morgonen. Det är endast vid kraftig ansträngning, luftvägsinfektioner eller ofrivillig kontakt med ämnen som barnet inte tål som lindriga besvär kan accepteras. Lungfunktionen skall bibehållas normal och medicineringen skall inte ge besvärande biverkningar.

Behandling

Barn 0-5 år

I princip skall barn som har en återkommande infektionsutlöst astma stå på en inhalationssteroid och en luftrörsvidgande inhalation eller sättas in på Singulair -i ca 10 dagar.

Barn som har besvär mellan de infektionsutlösta perioderna med besvär > 1 gång per månad och eller svåra anfall bör stå på kontinuerlig behandling med inhalationssteroider eller vid lindrig astma Singulair behandling. Eftersom behandlingen inte är lika effektiv på de yngsta barnen och barnen kan svara olika på olika behandlingar är det mycket viktigt att man efter högst 3 månader utvärderar effekten. Bland de yngre barnen med astmalik sjukdom är det vanligare med andra orsaker än klassisk astma som orsak till besvären

Underhållsbehandling från 6 år

Återkommande ansträngningsutlöst astma, behov av Beta 2 agonist > 2 ggr i veckan, bör sättas in på en inhalationssteroid och en kortverkande luftrörsvidgande medicin eller Singulair.

Om man då har symtom trots inhalationssteroid på ca 400ug/dygn bör en långverkande Beta 2 agonist sättas in och/eller Singulair

Vid akutbehandling med nebulisering bör barn som står på inhalationssteroider ofta få en **engångsdos** med Betapred, men ej fortsätta med Betapred i nedtrappning under flera dagar. Man har sett i studier att detta inte har någon mer gynnsam effekt.

Olika inhalationsspacers

Receptförskrivning sker under hjälpmedel och är "gratis" för föräldrarna.

Vid förskrivning av inhalationshjälpmedel är det nödvändigt med en noggrann genomgång för att den medicinska behandlingen skall fungera.

Nebunetten (vnr 730261)

Mask (vnr 730263)

Munstycke(730 262)

Masken inte så mjuk

Lätt att se i andningsventilen när barnet andas

10 andetag upp till 18 mån, 5 andetag efter 18 månader

Vid ca 3 års ålder kan masken tas bort och barnet kan andas direkt i munstycket

Vid förskrivning fås nebunetten komplett med tillhörande mask och munstycke

Dyr (för samhället)

Vid rengöring diskas metalleden och munstycket kokas i ca 10 min i lite diskmedel, masken kans sköljas i ljummet vatten

Vortex (vnr med mask 1-2 år 203418, med mask 2-5 år vnr 203417)

Vortex utan mask (vnr 203416)

Lite hård mask (rolig mask? två storlekar)

Kan byta mask

Ngt svårare att se i inhalatorns andningsventil när barnet andas

6 andetag oberoende av ålder

Vid ca 3 års ålder kan masken tas bort och barnet kan andas direkt i munstycket

Vid förskrivning fås, beroende på barnets ålder, Vortex antingen komplett med mask eller enbart som spacer där man kan skriva ut munstycke separat

Relativ billig (för samhället)

Vid rengöring tas delarna isär och diskas med vanligt diskmedel

Optichambarn (vnr 204 634)

Mask spädbarn (small vnr 204635)

Mask småbarn (medium v nr204 637)

Mask vuxen (large vnr 204638)

Mjuk och smidig mask passar till alla spacers (finns i tre storlekar)

Denna mask kan med fördel också användas vid nebulisering till akut obstruktiva barn

Ngt svårare att se i inhalatorns andningsventil när barnet andas

6 andetag oberoende av ålder

Vid ca 3 års ålder kan masken tas bort och barnet kan andas direkt i munstycket

Vid förskrivning beställs inhalatorn för sig och maskerna för sig

Maskerna finns i tre storlekar small, medium och large

Vid rengöring diskas optichambren och maskerna med diskmedel, var noga med att informera att det tunna munstycksventilen sätts på efter rengöringen.

Relativt billig (för samhället)

Vid rengöring tas delarna isär och diskas med vanligt diskmedel

Singulair: En diskussion fördes på rondan angående råd vid Singulairbehandling, här nedan följer råd vi kan ge föräldrar till barn som behandlas med Singulair:

Singulair granulat ges till barn 6 månader -5 år

- Intas på kvällen
- Öppna inte dospåsen förrän ditt barn är redo att få läkemedlet.
- Singulair granulat kan ges antingen
 - direkt i munnen
 - eller blandas med en sked kall eller rumstempererad lättuggad mat, t ex äppelmos, glass, morötter. Se till så att hela dosen blandas med maten.
- Se till att ditt barn inom 15 minuter äter upp all den mat som granulatet har blandats med.
- Singulair granulat ska inte lösas i vätska. Ditt barn kan dock dricka vätska direkt efter att ha tagit granulatet.

Singulair 4 mg tuggtablett

- Ges till barn 2-5 år
- Intas på kvällen
- Singulair 4 mg tuggtablett ska inte tas omedelbart efter mat; intag bör ske 1 timme före eller 2 timmar efter måltid.

Singulair 5 mg

- *Barn 6-14 års ålder*
- En 5 mg tuggtablett tas en gång dagligen till kvällen.
- Singulair 5 mg tuggtablett ska inte tas omedelbart efter mat; intag bör ske 1 timme före eller 2 timmar efter måltid.

Vid återbesök och monitorering kan rekommenderas att använda ACT formulär som är ett självskattningsformulär som barnen fyller i hur de mår och får ett antal poäng

som värderas i hur bra eller dålig astmakontroll man har. Det finns ett formulär för barn från 4 år-11 år där barnen fyller i några frågor och föräldrarna fyller i några och ett formulär för barn från 12 år. ACT formuläret är validerat. Kan beställas från läkemedelsföretaget Glaxo SmithKline.

/ Marina Jonsson 20110128

Minnesanteckningar från allergironden på Boo vårdcentral den 24 mars 2011-03-25

Eva Ullman, barnläkare Nacka Barnmottagning och Gunnar Lilja från Sachsska barnsjukhuset diskuterade vårdnivåer , barnastma, eksem och lite om allergidiagnostik med personalen, sjuksköterskor och läkare på Boo vårdcentral

Vi gick igenom dokumentet från SLL: "Fördelning av barn med symtom och/eller sjukdomar". Dokumentet är framtaget av öppenvårdsenheterna och sjukhusanslutna mottagningar i Stockholms län och Södertälje sjukhus samt primärvården och BVC.

Denna mall bör vara vägledande och kan användas som beslutarstöd vid remissbedömningar, telefonrådgivning och hänvisning av barn. Dokumentet kommer att finnas även på nätet på www.viss.nu

Astma

På Vårdcentral barn 0-6 år:

Barn 0-6 år med periodisk astma som behandlas med Beta 2 agonist eller periodisk behandling med inhalationssteroid 200ug x4 i två dagar sedan 200ug x2 i ca 8 dagar. Detta får max ges varannan månad. Alternativt om barnet behandlas med leukotrienantagonist 4mg/dag i ca 10 dagar, vilket max får ges varannan månad

Hos Barnläkare i öppenvård, barn 0-6 år

Behov av regelbunden eller återkommande behandling med inhalationssteroid/leukotrienantagonist

På vårdcentral, barn >6år:

Astma som uppnår kontroll med enbart inhalationssteroid< eller lika med 400ug/dygn alt 200ug /dygn i kombination med Beta 2 agonist eller leukotrienantagonist

Hos Barnläkare barn 0-18 år:

Återkommande akuta astmabesvär, underhållsbehandling med inhalationssteroider >400ug/dygn, oklara ansträngningsutlösta besvär, dålig följsamhet till behandling eller oklar diagnos.

Det som har stor betydelse är att barn som sätts in på astmabehandling får en uppföljning på vårdcentralen eller barnmottagningen hos sjuksköterska eller doktor så man ser hur behandlingen har fungerat. Om ej behandlingen fungerat skall man remittera till barnläkare för att utesluta diff-diagnoser tex gastroesophageal reflux, kan hos små barn ge luftvägsbesvär. Hos äldre barn, främst flickor som har ansträngningsutlösta besvär, kan diff-diagnosen vara Vocal Cord dysfunction och dessa bör då efter diagnos få hjälp hos sjukgymnast för andningsträning.

Hos små barn med astma är orsaken ofta infektioner. Astma hos de små barnen diagnostiseras ofta efter anamnes och ibland efter behandlingsförsök med inhalationssteroider alt leukotrienantagonist med en uppföljning. Vid förskrivning av inhalationsspray skall alltid en spacer skrivas ut, vilket skall demonstreras noggrant. Främst tre spacers används på marknaden, Nebunette, Optichamber och Vortex. Optichamber har en mycket bra mask som passar till alla spacers, varunr på masken är:

Mask spädbarn (small vnr 204635), upp till ca 1 år

Mask småbarn (medium v nr204 637)

Mask vuxen (large vnr 204638)

Byte av Pulmicort spray till Flutide evohaler diskuterades eftersom Pulmicort nu försvinner ur sortimentet. Nacka Barnmottagning lämnade ett förslag till behandling som bifogas.

Hos skolbarnen finns ofta en allergisk komponent och allergitester är då viktiga för att kunna ge en bra sekundärprevention och undvika försämringar. Spirometri är ett objektiva mått på lungfunktionen och en viktig undersökning att både använda vid diagnossättning men också vid uppföljningar och monitorering. Barn med ansträngningsutlösta astmabesvär har ofta en normal spirometri i vila och bör därför remitteras för torrluftsprovokation eller ansträngningstest för att säkerställa diagnos.

En diskussion om ett utökat samarbete mellan vårdcentralen i Boo och Nacka barnmottagning fördes. Remiss med önskemål om att få undersökningar utförda, tex spirometri eller pricktest på barn, skulle kunna skickas till astma och allergiutbildad sjuksköterska på barnmottagningen i Nacka. Efter utförd undersökning skickas remissvar och journalanteckning om förslag till åtgärder. Vårdcentralen följer sedan upp patienten efter remissvaret. Detta kommer att diskuteras ytterligare vid nytt samarbetsmöte.

Eksem

Barn med eksem är inte så vanligt varken på vårdcentralen eller på barnmottagningen. Man upplever att BVC i området ger bra råd till föräldrar till barn med eksem. De små barnen med eksem skall ibland utredas för misstänkt underliggande födoämnesallergi om tex eksemet är kombinerat med besvärlig klåda och utbredda eksem. Remiss skickas då till barnmottagningen.

Enligt det tidigare diskuterade dokumentet om vårdnivåer bör barn med lindrigt eksem som svarar på behandling med grupp 1-II steroid gå på BVC eller VC. Hos barnläkare bör barn med misstänkt födoämnesallergi och där återkommande behov av grupp III steroid föreligger. Hos barnallergolog vid subspecialistmottagning bör barn med utbredda svåra eksem med misstanke om bakomliggande allergi med ibland konsultation av hudläkare gå.

Urticaria

Det är ganska vanligt att urticaria hos barn inte har något allergiskt inslag. Infektioner är vanlig orsak, köld, värme är andra orsaker. Barn med långdragen återkommande urticaria, kan efter utredning och anamnes ordineras antihistamin dagligen under några veckor.

ASIT (Allergenspecifik immunoterapi) eller gamla namnet hyposens

Görs på Nacka barnmottagning och på Sachsska barnallergimottagning. Sista året har man inte startat särskilt många ASIT patienter på Nacka barnmottagning. En studie har visat att ASIT kan förhindra astmautveckling. Man ger ASIT främst mot pollen och pälsdjur.

Fall 1

Pojke som blir svullen av äpple och reagerar på Björk. Man har analyserat IgE-ak mot äpple och björk som varit negativ. Patienten har troligtvis en björkpollenallergi med korsreaktion på äpple. Rådet är att träffa pojken i maj för att se hur han mår och självklart behandla symtomen. Denna pojke kan ej bli aktuell för ASIT då han inte har några antikroppar för björkallergen.

Fall 2

Pojke som vill skaffa hamster. Har en förkylningsastma och lindriga eksem. Rådet är att ta en phadiatop om det visar sig att pojken är atopiker får man informera att risker finns att allergi kan utvecklas, om ej atopiker kan vi med dagens kunskap inte avråda till att skaffa hamstern, utan man får prova och se om det går.

Man skall också veta att tester är **ej** liktydigt med klinisk allergi. Positiva tester visar bara en sensibilisering och vid negativa tester kan ändå klinisk allergi finnas, så tester är endast hjälpmedel vid diagnostik.

Nu inför våren ringer många om sin pollenallergi och vill testa sina barn. Rådet är att barn som har en lindrig allergi och som endast kommer på våren, kan rådas att köpa receptfria antihistaminer på apoteket, ögondroppar och näsdroppar. Bättre att testa efter pollensäsongen.

Nästa allergirond är på AKKA vårdcentral i Västerhaninge onsdag den 25 maj kl 15:00

/ Marina Jonsson 20110327

Minnesanteckningar från allergironden AKKA vårdcentral 110525

Sammanlagt 12 läkare och sjuksköterskor deltog i rondens alla från vårdcentralen

Nyheter

Först en kort presentation av det kommande nationella astmaregistret (NAR) som skall implementeras i all sjukvård där man handhar patienter med astma, barn som vuxna. Man kommer i höst att börja prova registret på tre olika vårdcentraler i Stockholm som utgör "piloter".

Syftet ur vårdgivarens perspektiv:

-Att erbjuda patienter med astmadiagnostik, behandling och uppföljning i enlighet med nationella rekommendationer.

-Ge återkoppling till den enskilda vårdgivaren.

- Vara som en checklista.

-Ge ökad säkerhet och kvalitet.

Huvudmannens perspektiv:

- Ge möjlighet till vård på lika villkor i hela landet

- Ge möjlighet till återkoppling av insatta vårdåtgärder och medicinska resultat för en kostnadseffektiv sjukvård.

Kravet från vården är att registret är användarvänligt:

- Patientrapporterad del- automatisk överföring till registret vid /inför besök

- Direkt överföring med information från journal till register med tex Rave III

- Synkronisering med KOL-registret

Gå gärna in på www.storviken.se och se hur registret ser ut finns två moduler. Mer finns också att läsa på www.allergicentrumstockholm.se.

Ämnet för dagen var bi- och getingallergi hos barn och vuxna.

Gunnar Lilja Barnläkare Sachsska barnsjukhuset och Maria Starkhammar vuxenallergolog Södersjukhusets allergimottagning

Bi och getingallergi där mycket svåra reaktioner sker är nästan uteslutet hos vuxna.

Barn brukar oftast få lindrigare reaktioner

Patient som blivit bi och getingstucken och kommer in till vårdcentralen:

Anamnesen är viktig. Har patienten enbart lokalreaktion? Angioödem? Urticaria? Cirkulatorisk påverkan med blodtrycksfall? Tryck över bröstet eller tung andning? Om patienten har symtom från andning och eller cirkulation föreligger anafylaxi. Då ges behandling med adrenalin intramuskulärt i låret, antihistamin-tabletter samt kortison-tabletter. Tillkalla ambulans för transport till sjukhus. Patienten ska observeras i minst fyra timmar. Vid

anafylaxi grad 2 och 3 är observationstiden längre. Patienten observeras därför att det finns risk att symtomen återkommer eller tilltar trots behandling med adrenalin.

Anafylaxin kan bero på IgE medierad allergi mot geting- eller bigift eller giftreaktion.

IgE medierad allergi mot bigift utvecklar i regel bara biodlare.

Patienter som har fått kraftig lokalreaktion pga bi- eller getingstick behandlas i första hand med antihistamintabletter. Ibland kan det även vara aktuellt att ge kortisonabletter.

Urticaria och angioödem är vanliga symtom vid anafylaxi. Om du i det akuta skedet inte kan utesluta anafylaxi ska adrenalin ges intramuskulärt i låret. Det är adrenalin som räddar liv.

Utredning

En patient som har reagerat med konstaterad eller misstänkt anafylaxi eller kraftig urticaria och /eller angioödem efter bi- eller getingstick ska remitteras till allergolog.

Vid läkarbesöket hos specialisten utförs vanligtvis pricktest och/eller blodprov (specifikt IgE mot bi och geting).

På vårdcentralen kan patienten också utredas med ImmunoCAP bi eller geting. Tänk då på att provet ska tas tidigast två veckor efter bi- eller getingsticket.

Specialisten tar ibland kompletterande blodprov med analys av komponenter som är mer specifika (Ves v5 för geting och Api m1 för bi)

Behandling

Indikationen för ASIT (Allergen specifik immunoterapi) är IgE-medierad anafylaxi.

Patienter som erbjuds ASIT får behandling under 5 år:

Utrustas också med akutberedskap under första ASIT-året:

- Adrenalin im vid akuta/anafylaktiska reaktioner, kan upprepas efter 10-15 min. Patienten skall därför bära med sig två injektioner. Flera sorter finns Anapen®, EpiPen® och en ny som inom kort kommer ut som heter Jext®. Noggrann demonstration och genomgång av detta är mycket viktigt. **Låt patienten ge sig själv med aktiv substans på mottagningen för att våga ge sig själv om en allvarlig reaktion inträffar. Denna akutberedskap skall alltid patienten ha med sig. Kostnadsfria fodral kan fås från medeca.se**
- Inhalationsmedicin med luftrörsvidgande vid astma.
- Antihistamin, tex Loratadin, Cetirizin eller Aeries 2-3 st.
- Betapred 10 st.

Maria Starkhammar diskuterade tre patientfall.

Utifrån dessa diskuterades lämplig akutbehandling, utredningsgång, vilka patienter som ska remitteras till specialist mm.

/Marina Jonsson 20110607/Maria Starkhammar