HÖK för astma hos vuxna

Allmänläkarkonsulterna

Överenskommelse mellan primärvården och lungsjukvården i Norrbotten

Hanteras i primärvården

Majoriteten av vuxna personer med astma kan handläggas via primärvården i enlighet med steg 1-4 i behandlingstrappan i figur 1.

Remiss till lungmottagningen

- Oklar diagnos eller differentialdiagnostiska problem
- Svårbehandlad astma, behandlingstrappa steg 4-5
- Gravida som inte uppnår full astmakontroll
- Patienter som har haft livshotande astma-exacerbationer
- Fall där allergenspecifik immunterapi/ASIT (hyposensibilisering) övervägs
- Misstanke om yrkesutlöst astma
- Komplicerande sjukdomar
- Behov av "second opinion"

Remissinnehåll:

- Tydlig frågeställning
- Anamnes med aktuella symptom inkl. Astma Kontroll Test (AKT) och utlösande faktorer
- Yrke
- Rökvanor (pack-year)
- Uppgift om manifestation av atopisk sjukdom; eksem, rhinit, astma (även under barndomen)
- Förekomst allergi
- Spirometri med reversibilitetstest
- Ev. PEF-kurvor
- Aktuell behandling och resultat av given behandling
- Lungröntgen (bör vara utförd inom de senaste 6-12 månaderna)

Remiss / epikris från sjukhus till hälsocentralen

- Skrivs alltid efter akut exacerbation. Rekommenderas uppföljning inom 6 veckor
- Ska innehålla beskrivning av patientens tillstånd
- Aktuell medicinering
- Uppgift om utredningsresultat inkl. spirometri
- Rekommenderad läkemedelsbehandling

Diagnostik och utredning

- Utförlig anamnes inklusive allergianamnes (triggers?)
- Lungauskultation inklusive forcerad exspiration
- Spirometri med reversibilitetstest
- Ev PEF-kurva för att se variabilitet i luftvägarna

Basalt flödesschema för diagnostik, se www.lakemedelsverket.se/astma

Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer sid 27

Behandling av akut astma

Basalt flödesschema akut astma hos vuxna, se www.lakemedelsverket.se/astma

Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer sid 34

Underhållsbehandling

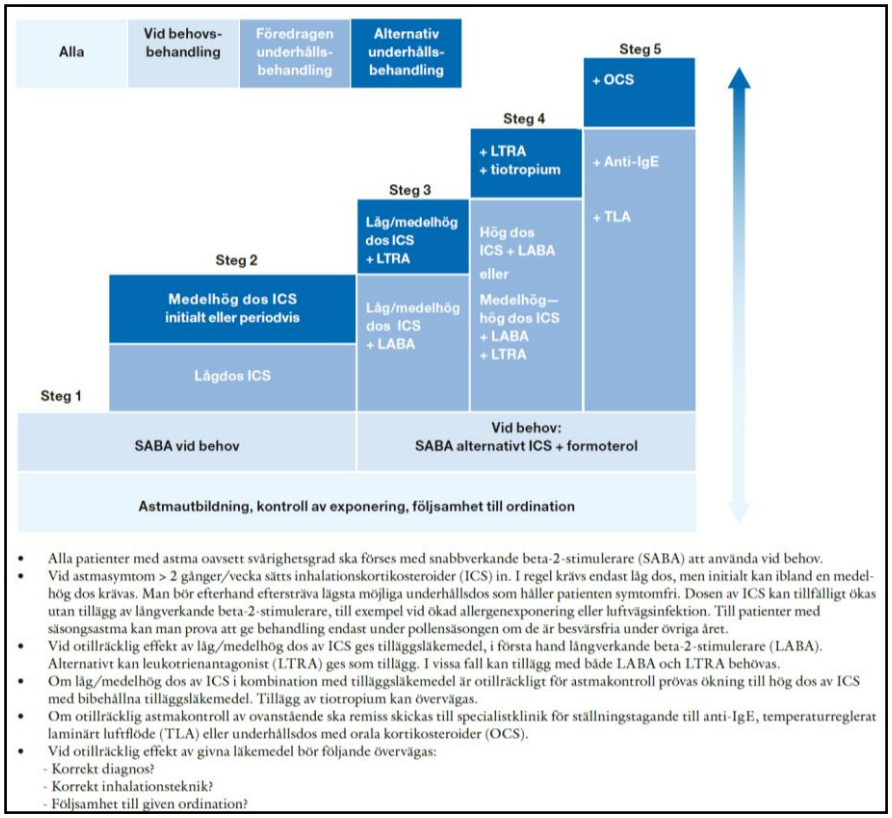
Icke-farmakologisk behandling

- Rökstopp – stöd i att sluta röka
- Patientutbildning, inhalationsteknik, spirometri
- Kartläggning trigger- och riskfaktorer, rådgivning miljösanering
- Fysioterapeut – aktiv rådgivning om fysisk aktivitet. Behov av viktnedgång?
- Vaccinationer mot influensa och pneumokock

Farmakologisk underhållsbehandling

- se behandlingstrappan (Figur 1.)
- målsättning – att uppnå full astmakontroll

Behandlingstrappa för såväl som ett upp- som nedtrappning



- Alla patienter med astma oavsett svårighetsgrad ska förses med snabbverkande beta-2-stimulerare (SABA) att använda vid behov.
- Vid astmasymtom > 2 gånger/vecka sätts inhalationskortikosteroider (ICS) in. I regel krävs endast låg dos, men initialt kan ibland en medel-hög dos krävas. Man bör efterhand eftersträva lägsta möjliga underhållsdos som håller patienten symtomfri. Dosen av ICS kan tillfälligt ökas utan tillägg av långverkande beta-2-stimulerare, till exempel vid ökad allergenexponering eller luftvägsinfektion. Till patienter med säsongsastma kan man prova att ge behandling endast under pollensäsongen om de är besvärsfria under övriga året.
- Vid otillräcklig effekt av låg/medelhög dos av ICS ges tilläggsläkemedel, i första hand långverkande beta-2-stimulerare (LABA). Alternativt kan leukotrienantagonist (LTRA) ges som tillägg. I vissa fall kan tillägg med både LABA och LTRA behövas.
- Om låg/medelhög dos av ICS i kombination med tilläggsläkemedel är otillräckligt för astmakontroll prövas ökning till hög dos av ICS med bibehållna tilläggsläkemedel. Tillägg av tiotropium kan övervägas.
- Om otillräcklig astmakontroll av ovanstående ska remiss skickas till specialistklinik för ställningstagande till anti-IgE, temperaturreglerat laminärt luftflöde (TLA) eller underhållsdos med orala kortikosteroider (OCS).
- Vid otillräcklig effekt av givna läkemedel bör följande övervägas:
  - Korrekt diagnos?
  - Korrekt inhalationsteknik?
  - Följsamhet till given ordination?

Figur 1. Underhållsbehandling av astma. (Läkemedelsverket 2015)

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

Figur 2. Dygndoser för inhalationssteroider (Läkemedelsverket 2015)

Uppföljning / återbesök

- Alltid uppföljning inom 6 veckor efter akut exacerbation
- Skriftlig behandlingsplan, genomgång av inhalationsläkemedel och kontroll av inhalationsteknik

Länktips:
https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/slutliga-riktlinjer/astma-och-kol/

Global Initiative for Asthma

Dokumentet framtaget av Caroline Stridsman, sjuksköterska Lung- och allergisektionen, Malin Weiland ST-läkare Cederkliniken och Anne Lindberg, lungläkare Lung- och allergisektionen