

Astma är en av de vanligaste kroniska sjukdomarna hos barn

Flertalet har »förkylningsastma« med god prognos, färre har »äkta« astma

GÖRAN WENNERGREN, professor, överläkare, avdelningen för pediatrik, Göteborgs universitet goran.wennergren@pediat.gu.se

BILL HESSELMAR, docent, överläkare, allergi- och lungmottagningen; båda Drottning Silvias

barn- och ungdomssjukhus, Göteborg

GUNILLA HEDLIN, professor, överläkare, institutionen för kvinnors och barns hälsa, Centrum för allergiforskning, Karolinska institutet; Astrid Lindgrens barnsjukhus, Stockholm

Astma är en av barnens vanligaste kroniska sjukdomar. Aktuella svenska studier visar att ungefär 8–10 procent av barn i skolåldern har astma. Vid bestående astma karakteriseras sjukdomen som regel av eosinofil inflammation i luftvägarna. Många småbarn har i stället sk infektionsastma, som ger besvär bara vid förkylning. Infektionsastma är inte kopplad till allergi eller eksem, och prognosen är som regel god. Besvären växer vanligen bort vid några års ålder. Terminologi och kriterier för olika kliniska typer av astma hos barn har ställts samman i Fakta 1 [1, 2].

I den kliniska vardagen baseras diagnosen hos småbarn huvudsakligen på anamnes och statusfynd, medan lungfunktionsundersökningar används i diagnostiken från 5–7 års ålder, dvs den ålder när barnet klarar att blåsa spirometri. Lungfunktionsundersökningar tillsammans med gradering av symtom är också viktiga vid uppföljning och monitorering av astma. Syftet med behandlingen är att uppnå god astmakontroll, normal lungfunktion och inga eller minimala biverkningar. Dagens effektiva behandling ger oftast mycket god astmakontroll och bra livskvalitet [2].

Utredning och behandling av barn och ungdomar med astma sker främst hos allmänläkare och barnläkare i öppen vård, medan barnallergologen huvudsakligen sköter dem med svårare sjukdomsbild. Avgörande för var omhändertagandet sker bör vara den behandlande läkarens kunskap, erfarenhet och resurser. God kommunikation mellan olika vårdgivare är viktig för att patienten ska få optimal behandling.

Astma hos förskolebarn

Obstruktiva besvär är vanliga under förskoleåren, särskilt i samband med luftvägsinfektioner [3, 4]. Man räknar med att ca 20–30 procent av alla 1–2-åringar vid något tillfälle haft pipande och väsande andning i samband med förkylning, medan behandlingskrävande astma är betydligt ovanligare [5].

■ FAKTA 1. Definitioner

Terminologi och diagnoskriterier för olika kliniska typer av astma samt diagnosnummer enligt den internationella sjukdomsklassifikationen ICD-10 [1, 2]

Obstruktiv bronkit, J20.9

- Astmaliknande symtom vid högst 2 tillfällen hos luftvägsinfekterade barn i åldersgruppen 0–2 år utan eksem eller påvisad IgE-förmedlad allergi och där förälder eller syskon inte har astma.

Infektionsastma, J45.1

- Astmabesvär som enbart är infektionsutlösta hos barn i åldersgruppen 0–2 år utan eksem eller påvisad IgE-förmedlad allergi och som haft 2 eller fler episoder tidigare och där förälder eller syskon inte har astma.

- Hos barn som ovan i åldern 2 år eller äldre används diagnosen redan vid första episoden.
- Begreppet är synonymt med förkylningsastma och småbarnsastma.

Astma, allergisk, J45.0

- Astmabesvär hos barn i alla åldrar där IgE-medierad allergi är påvisad och allergin har utlöst besvären.
- *Astma, blandad, J45.8* Infektions- eller ansträngningsutlösta astmabesvär hos barn i alla åldrar som har påvisad IgE-medierad allergi eller eksem eller astma hos föräldrar eller syskon.

Akut svår astma (status asthmaticus), J46.0

- Akut svår astmaattack, alla åldrar.

Varför obstruktiv bronkit är så vanlig under småbarns- och förskoleåren vet man inte säkert. Strukturella egenskaper hos luftvägarna anses spela roll, dvs luftvägarna komprimeras lättare under utandningen. Betydelsen av vitamin D för risken att utveckla infektionsutlösta astmabesvär har också diskuterats [6].

Hos förskolebarn anser man att det finns minst två kliniska typer, »fenotyper«, av astma. En större grupp får besvär bara vid förkylning, aldrig annars. De har inte heller eksem eller andra tecken på allergisk sjukdom. Denna grupp benämns infektionsastma eller »förkylningsastma« i Sverige och »viral wheeze« i engelskspråkig litteratur. Sådana astmabesvär drabbar oftare pojkar. Besvären debuterar som regel redan under första levnadsåret. Infektionsastma växer vanligtvis bort vid 3–7 års ålder.

Andra förskolebarn utvecklar vad man kan beteckna som »äkta« astma, dvs en sjukdom som karakteriseras av eosinofil luftvägsinflammation på samma sätt som hos äldre barn. Barnen har ofta eksem, och de kan ha allergisk sensibilisering. Ofta kommer obstruktiva besvär fram också mellan infektionerna, tex vid lek och ansträngning. I svenskt språkbruk benämns denna typ av besvär för »astma«.

Astma hos skolbarn och tonåringar

Astma drabbar ungefär 1 av 10 skolbarn. Under andra hälften av 1900-talet sågs en klar ökning av astmaprevalensen hos barn. En del studier tyder dock på att ökningen av astma inte

■ SAMMANFATTAT

Astma hos barn är vanligt, med en prevalens i Sverige på 8–10 procent i skolåldern.

Många småbarn har infektionsastma som ger besvär bara vid förkylning. Barnen har varken allergi eller eksem.

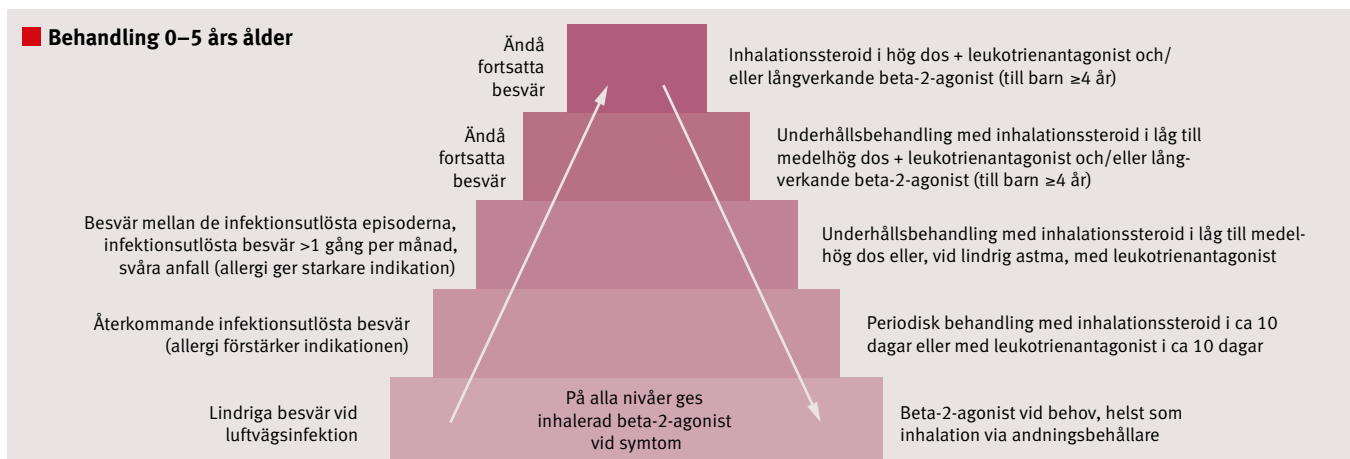
»Äkta« astma karakteriseras av eosinofil inflammation i luftvägarna. Allergi och eksem förekommer ofta. Inhalationssteroider ger oftast mycket god ast-

makontroll och bra livskvalitet.

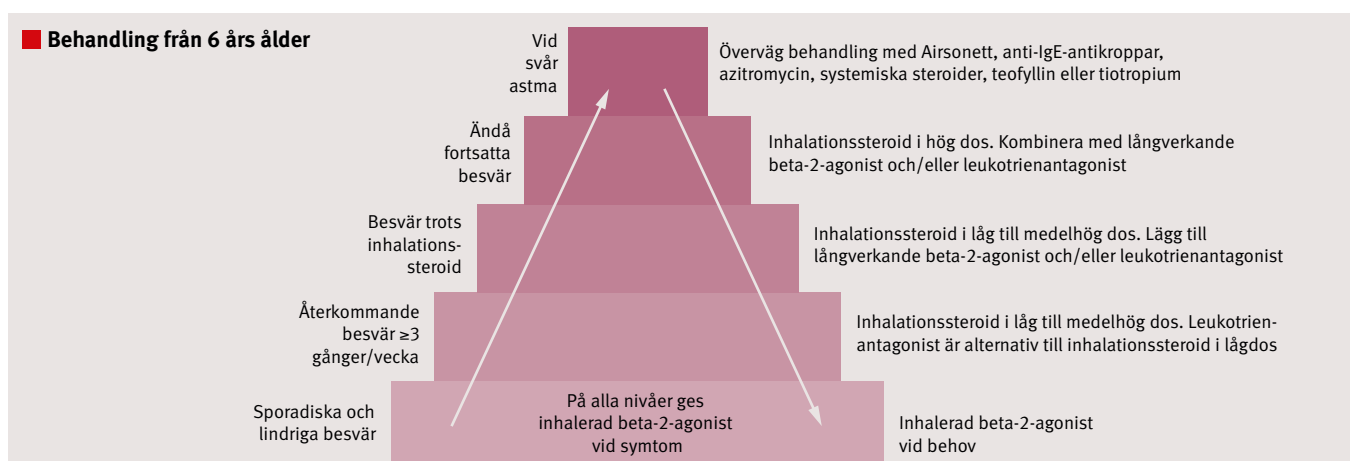
Prognosen vid infektionsastma är god. Tillståndet växer många gånger bort vid 2–3 års ålder, men besvären kvarstår ibland till skolåldern.

Prognosen vid astma med allergisk komponent är mer oförutsägbar, men många barn får mindre besvär under uppväxten. En del får dock tillbaka sin astma efter varierande tid.

KLINIK & VETENSKAP ÖVERSIKT



Figur 1. Farmakologisk behandling vid obstruktiva besvär och astma hos barn i 0–5 års ålder [2]. För preparat och doser hänvisas till Fass och www.barnallergisektionen.se [12]. Pilarna påminner om vikten av att öka medicineringen om tillståndet så kräver och att minska den när tillståndet tillåter det.



Figur 2. Farmakologisk behandling av astma hos barn från 6 års ålder [2]. För preparat och doser hänvisas till Fass och www.barnallergisektionen.se [12, 13]. Pilarna påminner om vikten av att öka medicineringen om tillståndet så kräver och att minska den när tillståndet tillåter det.

är lika stor som tidigare, eller till och med har planat av, i höginkomstländer i väst [7].

Astma hos skolbarn och tonåringar orsakas i huvudsak av kronisk inflammation kopplad till allergisk sensibilisering och eksem. Det är inflammationen som till stor del ligger bakom de för astma karakteristiska symtomen med bronkiell hyperreaktivitet och variabel bronk obstruktion. Bland skolbarn med astma räknar man med att 60–80 procent har allergisk sensibilisering, dvs har förhöjda nivåer av IgE-antikroppar mot tex pollen, pälsdjur eller kvalster. Allergisk sensibilisering behöver inte innebära klinisk allergi, men talar för att det vid astma föreligger en eosinofil luftvägsinflammation, där eosinofila granulocyter dominerar inflammationsbilden i perifera bronker. Även hos barn med en allergisk komponent i astman är det luftvägsvirus som vanligen utlöser astmabesvären. Andra välkända faktorer som kan utlösa besvär är, förutom allergenexponering, ansträngning, kall luft och to-

baksrök. För barn med svår födoämnesallergi, framför allt mot jordnöt och hasselnöt, är det viktigt att astman är väl behandlad, eftersom dåligt kontrollerad astma är en riskfaktor för allvarliga reaktioner.

Svår astma är ovanlig hos barn i Sverige. I en populationsbaserad studie fann vi att endast 0,23 procent av barnen rapporterade den svåraste formen av astma [8]. I en nationell studie identifierade vi 57 skolbarn som trots hög dos inhalationssteroider inte kunde uppnå symtomkontroll. De utgör en grupp som har en ovanlig sjukdom trots en vanlig diagnos, och de behöver mycket omfattande utredning och behandling med sk steg 5-alternativ, tex anti-IgE-antikroppar (omalizumab) och/eller Airsonett, som ger ett flöde av renad luft kring patientens inandningszon.

Barnen har låg livskvalitet och de har ett stort behov av sjukvårdsinsatser. Det är viktigt att denna grupp uppmärksammas och erbjuds högspecialiserad vård [9].

■ FAKTA 2. Symtom

Vanliga symtom vid astma hos barn [2]

- Pipande eller väsande andning
- Tung, ansträngd andning
- Natthosta

- Hosta vid ansträngning
- Långvarig hosta vid förkylning
- Nedsatt ork och nedsatt fysisk prestationsförmåga

■ Diagnostik

Astma är ofta en episodisk sjukdom, särskilt de lindrigare formerna. Det betyder att barnen har symtom kanske bara vid speciella tillfällen, tex förkylning eller ansträngning. Ibland är symtomen lätta att känna igen, som när barnen får övergående episoder med tung och pipande, väsande andning (Fakta 2).

Anamnes. Anamnesen är viktig vid diagnostik av astma.

»I Sverige är allergiutredning en av hörnstenarna vid utredning av barn med astma, oavsett barnets ålder ...«

Sjukdomen kan yttra sig på flera olika sätt hos barn och ungdomar. Ibland rör det sig om typiska astmaanfall med andnöd och hörbara ronki från lungorna. Sådana akuta astmabesvär utlöses ofta av en förkylning eller exponering för allergen. I andra fall visar sig astman som långdragna förkylningar med pip i bröstet, besvärlig hosta och andfåddhet (Fakta 2). Det förtjänar att framhållas att pipande, väsande andning är mer specifikt för astma än hosta; hosta finns också med i symtombilden men är relativt ospecifikt.

Lungfunktion. Lungfunktionsmätningar är viktiga vid diagnostik och uppföljning av astma. Från 6–7 års ålder kan de flesta barn klara dynamisk spirometri. Lungfunktionsmätningar går även att utföra hos yngre barn. Mätningarna är dock komplicerade och görs bara på speciallaboratorier men kan användas vid oklar diagnos eller atypisk sjukdom. Vanligen utförs dynamisk spirometri med flöde-volymskurva [2]. Den ger en mer detaljerad bild av lungfunktionen än enbart ett PEF-värde (topputandningsflöde). Ett bra spirometrimått på lungfunktionen vid astma är FEV₁, dvs den lungvolym som blåses ut under första sekunden av forcerad expiration. FEV₁ speglar framför allt de större luftvägarna. Mätningen har god reproducerbarhet.

Vid lindrig astma, utan pågående symtom, brukar flöde-volymskurvan ha normal form. Vid obstruktivitet ses en sänkt, »hängmatteformad« kurva. Vid reversibilitetstest upprepas spirometrin 15 minuter efter inhalation av beta-2-agonist, oftast används salbutamol. En ökning av FEV₁ på minst 12 procent talar för astma.

Hyperreaktivitet. Bestämning av graden av bronkiell hyperreaktivitet används mest för differentialdiagnostik när frågeställningen är om barnet har astma eller inte. Provokationerna görs med inhalation av metakolin i stigande doser. Bronkiell hyperreaktivitet kan också bestämmas med inhalation av torr, kall luft eller inhalation av mannitol i stigande dos. Vid osäkerhet om diagnosen är astma eller inte, talar hyperreaktivitet hos ett barn med symtom för astma, medan avsaknad av hyperreaktivitet gör astma mindre sannolik. Hyperreaktivitet är dock inte synonymt med astma. Cirka 10 procent av dem som har astma reagerar inte på metakolintest. På motsvarande sätt finns det barn och ungdomar som reagerar utan att ha astma.

Allergiutredning. I Sverige är allergiutredning en av hörnstenarna vid utredning av barn med astma, oavsett barnets ålder [1]. Allergi är den starkaste prognostiska faktorn för om astma hos småbarn blir bestående när barnet blir äldre, och förekomsten av allergi har ofta betydelse för hur patienten ska behandlas. Förekomst av allergisk sensibilisering testas med pricktest eller bestämning av specifikt IgE i blod. Sensibilisering är dock inte liktydig med klinisk allergi. Särskilt vid lågradig sensibilisering saknas ofta kliniska besvär, men sensibilisering ger vägledning om typen av astmatisk inflammation. Likaså ska man komma ihåg att många barn utan astma

»Inhalationssteroider har revolutionerat behandlingen av astma. Inhalationssteroider är förstahandsbehandling i alla åldrar.«

har positivt allergitest och att ett negativt test inte utesluter allergisk sensibilisering.

Allergi mot pälsdjur debuterar ofta under förskoleåren. I skolåldern är pälsdjursallergi vanlig. I en studie av ungdomar som fördes över från barn- till vuxensjukvård fann vi att 75 procent hade pälsdjursallergi, dvs var sensibiliserade mot hund, katt, gnagare eller häst. Den höga förekomsten av sensibilisering bekräftar det starka allergiska inslaget i kronisk astma hos barn och ungdomar [10].

Kväveoxid, NO. Mätning av kväveoxidhalten i utandningsluften (fraction of exhaled nitric oxide, FeNO) är en indirekt metod att mäta eosinofil inflammation i luftvägarna. FeNO korrelerar väl med eosinofil inflammation i luftvägarna och sänks av inflammationsdämpande behandling med tex inhalationssteroider. FeNO-värden under 15 ppb (miljarddelar) brukar ses hos friska barn, medan 20–30 ppb är lätt förhöjda värden. Värden över 30 ppb tyder på inflammation och kan vid uppföljning av astma vara indikation på att astman är underbehandlad eller på att inhalationssteroiden inte tas som det är tänkt [11].

Lungröntgen och datortomografi av lungor. Lungröntgen anses inte nödvändig i grundutredningen av barn med astma men har sin givna plats i differentialdiagnostiken. Hos småbarn kan man behöva lungröntgen för att utesluta missbildningar som kan ge astmaliknande besvär. Lungröntgen tillsammans med genomlysning används vid misstanke om främmande kropp. Vid akuta astmaförsämringar kan man ibland behöva lungröntga patienten vid misstanke om pneumoni. Ibland krävs datortomografiundersökning av lungor för differentialdiagnostik vid atypisk bild och svårbehandlad astma.

Differentialdiagnostik. Hos spädbarn med obstruktivitet är kärllring som komprimerar trakea och bronker en viktig differentialdiagnos. Andra differentialdiagnoser är cystisk fibros och ciliedefekt. Bronkopulmonell dysplasi ger ofta astmaliknande besvär.

Hos skolbarn och tonåringar är ansträngningsinducerad laryngeal obstruktion och stämbandsdysfunktion samt »dålig kondition« viktiga differentialdiagnoser.

Behandling

Underhållsbehandlingen uppbyggnad beskrivs för spädbarn och småbarn i Figur 1 och för de äldre barnen i Figur 2. Vid infektionsastma kan det vid lindriga besvär vid luftvägsinfektion räcka att behandla med kortverkande beta-2-agonist i inhalation via andningsbehållare. Ofta används dock också periodisk behandling med inhalationssteroid eller leukotrien-antagonist. Behandlingen sätts in vid de första tecknen på förkylning och ges i 7–10 dagar. Syftet är att kapa astmabesvärens topp. Om episoderna är frekventa eller svåra (krävande sjukhusinläggning eller kortkurer med steroider) rekommenderas underhållsbehandling med i första hand inhalationssteroid [2, 4, 12]. Det är viktigt med uppföljning och utvärdering av behandlingsresultatet så att en ineffektiv strategi inte fortsätts i onödan.

För detaljerad information om preparat, doser och administrationssätt hänvisas till aktuella läroböcker [2] och Barnläkarföreningens sektion för barn- och ungdomsallergologi (www.barnallergisektionen.se) [12]. Barnallergisektionen har nyligen lagt till ett femte steg i behandlingstrappan vid svår astma [13].

Inhalationssteroider. Inhalationssteroider har revolutionerat behandlingen av astma. Inhalationssteroider är förstahandsbehandling i alla åldrar. Behandlingseffekten på sym-

KLINIK & VETENSKAP ÖVERSIKT

tom, risk för exacerbation, bronkiell hyperreaktivitet och ansträngningsutlöst astma har visats i många studier sedan introduktionen och för flera olika preparat [14]. Behandlingen måste trots det följas upp, dels för att hitta den optimala dosen vid behov av långtidsbehandling, dels för att behandlingen inte alltid har effekt.

Inhalationssteroider påverkar sällan långdtillväxten på ett sätt som spelar roll, men barn som har underhållsbehandling med inhalationssteroid bör mätas 1–2 gånger per år. Avplanad tillväxtkurva ska leda till fördjupad utredning.

Från den amerikanska CAMP-studien har rapporterats att behandling med inhalationssteroider minskar slutlängden med i genomsnitt 1 cm. Den minskade tillväxten sågs under första behandlingsåret och var tydligast hos flickor och hos dem som var 5–8 år jämfört med 9–13 år vid behandlingsstart [15]. Efter det första behandlingsåret var tillväxthastigheten som i placebogrupperna. Denna effekt av inhalationssteroider måste dock ses i relation till de gynnsamma effekterna på astmasjuklighet och livskvalitet.

Icke-farmakologiska åtgärder. Passiv rökning kan bidra både till att ge astmabesvär hos spädbarn och småbarn och till att förvärra astmabesvär. Effekt av tidig exponering för tobaksrök har kunnat påvisas upp i sena tonåren [16]. Mammans rökning under graviditeten tycks vara mest skadlig, men spädbarn och småbarn påverkas negativt även av att föräldrarna röker hemma. Barn som växer upp i en rökande omgivning har ökad risk att själva bli rökare. Därför bör föräldrar som röker erbjudas hjälp att sluta.

Bröstuppfödning minskar risken för förkylningsutlösta obstruktiva besvär under de första levnadsåren men har ingen förebyggande effekt på utveckling av astma eller allergi [5, 17].

Behandling av akut astma

För detaljerad information om preparat, doser och administrationsätt hänvisas till aktuella läroböcker och Barnläkarförbundens sektion för barn- och ungdomsallergologi (www.barnallergisektionen.se) [2, 18].

Steg 1. Alla barn med akut astma ges kortverkande luftrörsvidgande läkemedel, vanligen beta-2-agonist, tex salbutamol via sprej och andningsbehållare eller via nebulisator. Behandlingen kan upprepas var 20:e–30:e minut första timmen. Därefter ges inhalationerna glesare beroende på behandlings-svar. Steroider peroralt, eller som inhalation i hög dos, behövs oftast vid astmaexacerbation.

Steg 2. Tilläggsbehandling ges om barnet är fortsatt påverkat eller försämras trots behandling, antingen med magnesium eller teofyllin. Nyligen publicerade studier rapporterar bättre effekt av intravenöst magnesium än av intravenöst teofyllin [19].

Steg 3. Vid mycket svårt astmaanfall behöver barnet intensivvård. Försämringen märks genom tilltagande syresätt-ningsssvårigheter, stigande pCO_2 och trötthet eller oro. Ofta provas kontinuerlig infusion med terbutalin. Behandling bör ske i samråd med anestesiläkare.

Prognos

Prognosen är god vid renodlad infektionsastma, dvs hos barn med besvär enbart vid förkylningar och utan tecken till allergisk komponent i sjukdomen eller eksem. I många fall växer infektionsastma bort vid 2–3 års ålder, men en hel del barn har kvar benägenheten till astmabesvär vid förkylning upp till skolåldern.

Även hos barn med allergiska besvär kan prognosen anses vara god. Många får mindre besvär under uppväxten. En del

av barnen får dock återfall efter kortare eller längre tid [20]. Allergisk sensibilisering, frekventa besvär, hyperreaktiva luftrör, stort medicineringsbehov och kvinnligt kön är faktorer som talar för att astmabesvären kommer att finnas kvar i vuxen ålder.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Svenska barnläkarförbundens sektion för barn- och ungdomsallergologi, Stencilkommittén. B1: Astma hos småbarn – terminologi och diagnoser. Reviderad 2006 [citerat 1 jan 2015]. http://www.barnallergisektionen.se/stenciler_nya06/b1_astmadeinitioner.html
2. Hesselmar B, Gustafsson P, Konradsen J, et al. Astma. I: Hedlin G, Wennergren G, Alm J, redaktörer. Allergi och astma hos barn. Lund: Studentlitteratur; 2014. p. 147–93.
3. Brand PL, Baraldi E, Bisgaard H, et al. Definition, assessment and treatment of wheezing disorders in preschool children: an evidence-based approach. *Eur Respir J*. 2008;32:1096–110.
4. Brand PL, Caudri D, Eber E, et al. Classification and pharmacological treatment of preschool wheezing: changes since 2008. *Eur Respir J*. 2014;43:1172–7.
5. Alm B, Erdes L, Möllborg P, et al. Neonatal antibiotic treatment is a risk factor for early wheezing. *Pediatrics*. 2008;121:697–702.
6. Stenberg Hammar K, Hedlin G, Konradsen JR, et al. Subnormal levels of vitamin D are associated with acute wheeze in young children. *Acta Paediatr*. 2014;103:856–61.
7. Wennergren G, Ekerljung L, Eriksson J, et al. Asthma in late adolescence – farm childhood is protective and the prevalence increase has levelled off. *Pediatr Allergy Immunol*. 2010;21:806–13.
8. Nordlund B, Melén E, Schultz ES, et al. Prevalence of severe childhood asthma according to the WHO. *Respir Med*. 2014;108:1234–7.
9. Konradsen JR, Nordlund B, Lidgran M, et al; Swedish Network of Pediatric Allergists, Severe Asthma Network. Problematic severe asthma: a proposed approach to identifying children who are severely resistant to therapy. *Pediatr Allergy Immunol*. 2011;22:9–18.
10. Bergström SE, Sundell K, Hedlin G. Adolescents with asthma: consequences of transition from paediatric to adult healthcare. *Respir Med*. 2010;104:180–7.
11. Turner S. Exhaled nitric oxide and the management of childhood asthma – yet another promising biomarker »has been« or a misunderstood gem. *Paediatr Respir Rev*. 2015;16(2):88–96.
12. Svenska barnläkarförbundens sektion för barn- och ungdomsallergologi, Stencilkommittén. D10: Underhållsbehandling av astma hos barn. Reviderad 2013 [citerat 22 sep 2014]. http://www.barnallergisektionen.se/stenciler_nya06/d10_underhallsbeh_astma.pdf
13. Svenska barnläkarförbundens sektion för barn- och ungdomsallergologi, Stencilkommittén. D13: Behandling av svår astma, steg 5. Reviderad 2015 [citerat 2 jan 2015]. http://www.barnallergisektionen.se/stenciler_nya06/d13_astma_steg5.pdf
14. Chipps BE. Inhaled corticosteroid therapy for patients with persistent asthma: learnings from studies of inhaled budesonide. *Allergy Asthma Proc*. 2009;30:217–28.
15. Kelly HW, Sternberg AL, Lescher R, et al; CAMP Research Group. Effect of inhaled glucocorticoids in childhood on adult height. *N Engl J Med*. 2012;367:904–12.
16. Goksör E, Åmark M, Alm B, et al. The impact of pre- and post-natal smoke exposure on future asthma and bronchial hyper-responsiveness. *Acta Paediatr*. 2007;96:1030–5.
17. Elliott L, Henderson J, Northstone K, et al. Prospective study of breast-feeding in relation to wheeze, atopy, and bronchial hyperresponsiveness in the Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC). *J Allergy Clin Immunol*. 2008;122:49–54.
18. Svenska barnläkarförbundens sektion för barn- och ungdomsallergologi, Stencilkommittén. D9: Astma – akutbehandling. Reviderad 2010 [citerat 22 sep 2014]. http://www.barnallergisektionen.se/stenciler_nya06/d9_akut%20astma.pdf
19. Singhi S, Grover S, Bansal A, et al. Randomised comparison of intravenous magnesium sulfate, terbutaline and aminophylline for children with acute severe asthma. *Acta Paediatr*. 2014;103:1301–6.
20. Goksör E, Åmark M, Alm B, et al. High risk of adult asthma following severe wheezing in early life. *Pediatr Pulmonol*. 2015;50(8):789–97.

■ KLINIK & VETENSKAP ÖVERSIKT

■ SUMMARY

Asthma is a common disease in children. Current Swedish studies show a prevalence of 8–10 per cent at school age. Many infants and pre-schoolers have viral wheeze with asthma symptoms with colds. Viral wheeze is not linked to allergic sensitization or eczema. »True« asthma is characterized by eosinophilic airway inflammation, and allergic sensitization and eczema are frequent. The aim of asthma treatment is good symptom control, normal lung function and no, or minimal, side effects. Inhaled corticosteroids dramatically improved asthma treatment and are the mainstay of asthma treatment in all age groups. Today's treatment as a rule provides good asthma control and quality of life. The prognosis is good in viral wheeze. Most children grow out of their disease at age 2 to 3 years, although some not until school age. Many asthmatic children with allergy or eczema also improve when they grow older, although some later have a relapse of asthma.