

Astma hos vuxna – aktuella rekommendationer vid behandling

Monica Arvidsson

Allergisektionen
Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Monica Arvidsson
151119

Regionala medicinska riktlinjer astma

www.vgregion.se/vardgivarstod

Monica Arvidsson
151119

Vad är en kostnadseffektiv behandling?

Vi har en bra behandling för de flesta astmatiker och det är inte kostnadseffektivt att undanhålla patienterna en effektiv behandling som ökar deras livskvalitet och minskar samhällskostnader på sikt.

Detta förutsätter att **diagnosen är korrekt**, att **patienten förstår** varför hen ska ta läkemedlet, **känner sig motiverad** att ta det och **kan inhalera det på ett korrekt sätt**.

Monica Arvidsson
151119

Det är viktigt att diagnosticera astma därför att vi har en effektiv behandling som kan göra patienten symptomfri och rädda liv!

Monica Arvidsson
151119

Inhalationssteroider är ett av de viktigaste läkemedlen som tagits i bruk under 1900-talet för en folksjukdom!

Monica Arvidsson
151119

Inhalationssteroider

- Symptom minskar
- Vid behovsmedicinering minskar
- Astmaexacerbationer minskar
- Sjukhusinläggningar minskar
- Risk att dö i astma minskar
- Sjukskrivningar minskar
- Förtidspensioneringar minskar
- Livskvalitet ökar

Monica Arvidsson
151119

Vanliga orsaker till dålig astmakontroll

- Fel diagnos
- Pat tar inte läkemedlet enligt ordination
- Felaktig inhalationsteknik

Monica Arvidsson
151119

Diagnostik är grundläggande, men
inte helt lätt....

Monica Arvidsson
151119

Spirometri med reversibilitetstest ska alltid utföras om man misstänker astma, men har dålig sensitivitet därför att de flesta patienter med lindrig och medelsvår astma har normal lungfunktion under långa perioder!

Monica Arvidsson
151119

Astmadiagnostik är svårt

- Grundläggande är en noggrann **anamnes**
- **Spirometri med reversibilitetstest** ska alltid utföras och helst innan läkemedel insättes (**normal lungfunktion utan reversibilitet utesluter dock inte astma**)
- Andra metoder kan behövas: **PEF-variabilitet, bronkiella provokationer, NO mm)**
- **Behandlingsförsök med utvärdering**

Monica Arvidsson
151119

Astmadiagnostik är svårt

- Ingen metod kan till 100 % diskriminera mellan astma och icke-astma på så sätt att testen alltid är positiv vid astma och alltid negativ vid icke-astma
- Tolkning av tester vid diagnostik kräver omedicinerad patient
- Normalvärden i spirometrar stämmer inte för alla patienter

Monica Arvidsson
151119

Allergidiagnostik

- Bör ingå vid utredning av astma hos både barn och vuxna

Monica Arvidsson
151119

Patientfall

Remiss: 35-årig kvinna med kontorsarbete som aldrig rökt. Lindrig ansträngningsastma som barn. Luftrörsbesvär sedan 5 år. Någon period för länge sedan haft Symbicort, men märkte ingen skillnad när hon slutade. På senare tid successivt sämre. Spirometri visar klart sänkt FEV1-kvot och ingen förbättring efter beta-2-stimulerare

Frågeställning i remissen: KOL? Alfa-1-antitrypsinbrist? Annan lungsjukdom?

Monica Arvidsson
151119

Patientfall

Spirometri på vårdcentralen:

FVC före beta-2-stim 3,79 (100 % pred)
FVC efter beta-2-stim 3,81 (101 % pred)

FEV1 före beta-2-stim 2,20 (67% pred)
FEV1 efter beta-2-stim 2,12 (66% pred)

FEV1/FVC kvot före beta-2-stim 58%
FEV1/FVC kvot efter beta-2-stim 56%

Monica Arvidsson
151119

Patientfall

På astma-allergimott:

Anamnes: Dagliga besvär med hosta, pip, ibland slem sedan 5 år. Ökade besvär vid fysisk ansträngning och förkylningar. Vaknar ibland på nätterna med andningsbesvär. Kan andas genom näsan relativt bra och känner lukt ua. Fått Giona 400 mikrg 1x2 på VC. Blivit klart bättre, men fortfarande mycket besvär ffa vid ansträngning och försämrad vid förkylning

Monica Arvidsson
151119

Patientfall

På astma-allergimott:

Pricktest standard negativ, FENO 8

Spirometri:

FVC före beta-2-stim 3,9 (104% pred)

FVC efter beta-2-stim 3,9 (104% pred)

FEV1 före beta-2-stim 2,6 (79% pred)

FEV1 efter beta-2-stim 2,7 (80% pred)

FVC/FEV1 kvot före beta-2-stim 66%

FVC/FEV1 kvot efter beta-2-stim 67%

Monica Arvidsson
151119

Patientfall

Beställer lungröntgen som aldrig är gjord tidigare

Dock: Pat är 35 år och har aldrig rökt. Ansträngningsastma som barn. Förbättrats klart av inhalationssteroider både kliniskt och spirometriskt

Detta torde vara en astma, men patienten är inte symptomfri och behöver ytterligare behandling. Får Prednisolonkur 30 mg i en vecka för maximal antiinflammatorisk effekt.

Fortfarande ansträngningsbesvär mm och får bedömas

behöva tillägg med långverkande beta-2-stim och

åtminstone initialt högre dos inhalationssteroid. Får

Bufomix 320 mikrg 2x2. Uppföljning 2 månader

astmasjuksköterska. PEF-kurva före och efter

Prednisolonkur.

Monica Arvidsson
151119

Patientfall

Uppföljningsbesök hos astmasjuksköterska efter 4 månader (pat blev bättre och avbokade besöket på sommaren)

Patienten upplevde utomordentligt god effekt av

Prednisolonkuren. Blev helt symptomfri. ACT

25/25 vid åb. Har börjat röra sig mer utan besvär.

Sällan behov av beta2-stim. Lungrtg var ua. PEF-

kurva innan Prednisolonkur visade tydlig

variabilitet, efter Prednisolonkur ua.

Monica Arvidsson
151119

Patientfall

- Spirometri vid uppföljningsbesök:
- FVC före beta-2-stim 5,3 liter 141% pred
- FEV1 efter beta-2-stim 4,2 liter 126% av pred
- FVC/FEV1 kvot 78%

Monica Arvidsson
151119

Patientfall

Denna astmapatient är nu ”botad” från KOL, alfa-1-antitrypsinbrist och andra lungsjukdomar.

Hon fortsätter med Bufomix 320 mikrg 2x2 fram till återbesök om 3 månader. Då ställningstagande till halvering av underhållsdos med Bufomix. Patienten bör öka dosen tillfälligt vid luftvägsinfektion.

Observans på att patienten inte avslutar behandlingen för att hon känner sig så bra.

Monica Arvidsson
151119

Differentialdiagnostik

- KOL
- Kan finnas viss risk för överdiagnostik om man inte är medveten om att en sänkt FEV1/FVC kvot inte räcker för att ställa diagnosen KOL
- Krävs även en anamnes talande för diagnosen och att andra orsaker till en sänkt kvot har uteslutits, t.ex. svår grad av astma med eller utan persisterande lungfunktionsnedsättning
- För tidigt födda kan ha sänkt lungfunktion som vuxna, men det betyder inte att de har KOL!!

Monica Arvidsson
151119

Differentialdiagnostik

Andra differentialdiagnoser:

- Sensorisk hyperreaktivitet
- Paradoxal stämbandsrörlighet/VCD
- Hjärtsvikt
- Många flera.....

Monica Arvidsson
151119

Behandlingsmål vid astma

- Ingen begränsning av dagliga aktiviteter inklusive fysisk ansträngning
- Ingen störd nattsömn
- Minimalt behov av snabbverkande β 2-stimulerare
- Minimalt antal exacerbationer
- Bibehållande av normal lungfunktion eller så nära normal som möjligt
- Minimala biverkningar av medicineringen

Monica Arvidsson
151119

Behandling vid astma

- Rökstopp
- Miljöåtgärder (allergen, yrkesexponering)
- Farmakologisk behandling
- Viktnedgång vid obesitas
- Råd om fysisk aktivitet
- Patientutbildning

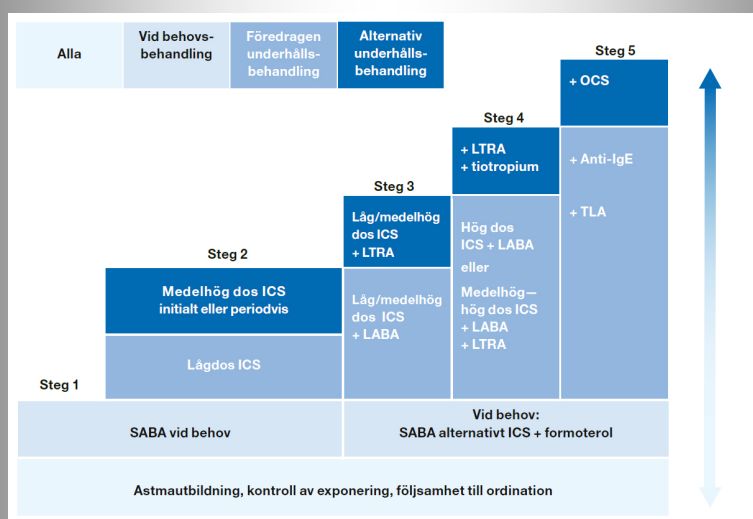
Monica Arvidsson
151119

Farmakologisk behandling av astma

Rekommendationer från läkemedelsverket
Maj 2015

www.lakemedelsverket.se

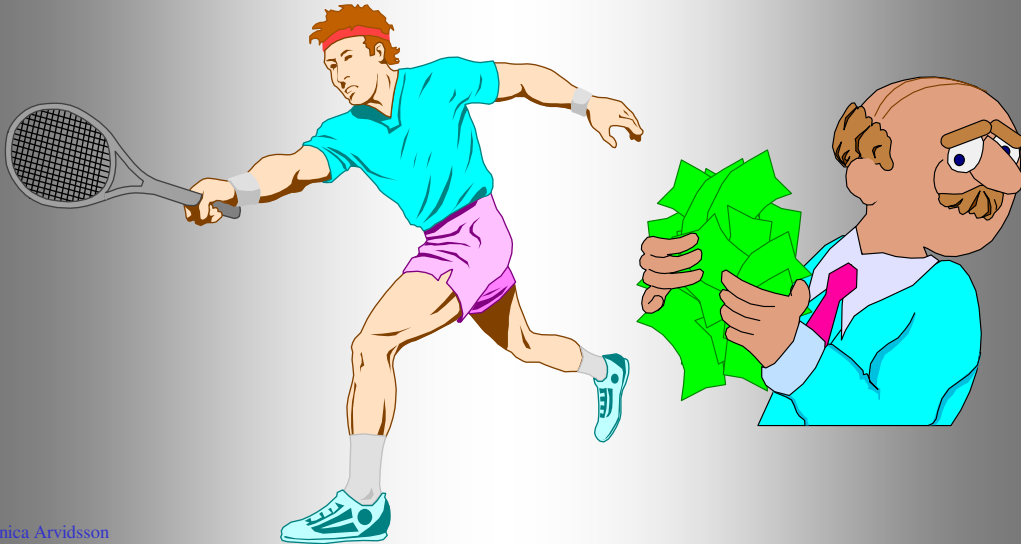
Monica Arvidsson
151119



151119

LMV 2015

Vem ska ha vilken behandling?



Monica Arvidsson
151119

Farmakologisk behandling

- **Alla patienter** oavsett svårighetsgrad ska ha snabbverkande Beta2-stimulerare, **SABA** (Easyhaler Buventol alt Novolizer Ventilastin)
Vid steg 3-5 kan kombination ICS/formoterol vara alternativ
- **Steg 2:** Vid astmasymptom >2 ggr/vecka som kräver **SABA** insätts inhalationssteroider, **ICS**, i låg till medelhög dos (Easyhaler Giona alt Novolizer Novopulmon)

Monica Arvidsson
151119

Dos av inhalationssteroid

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

Monica Arvidsson
151119

Farmakologisk behandling

- Steg 3: Vid otillräcklig effekt av ICS ges **tilläggsbehandling**, i första hand långverkande Beta2-stimulerare, LABA (Novolizer Formatrix) alternativt antileukotriener (T Montelukast)
- Steg 4: Om otillräcklig effekt av ovanstående görs **ökning av ICS till högdos** samt fortsatt behandling med tilläggläkemedel. Tiotropium kan övervägas i enstaka fall, liksom p.o. teofyllin.
- Steg 5: Vid svår grad av astma med otillräcklig effekt av ovanstående **överväg omalizumab, TLA eller underhållsbehandling med per orala steroider**

Monica Arvidsson
151119

Kombinationsinhalatorer ?

- Ej förstahandsmedel vid nyinsättning utan får avgöras efter fortsatt utredning då även svårighetsgrad kan värderas!
- Endast patienter med **medelsvår till svår astma** (steg 3-5)
- Om båda läkemedlen bedöms behövas bör pat. **förskrivas kombinationsinhalator** för att underlätta följsamhet och säkra att patienten får i sig inhalationskortison
- Omvärdera behandlingen då och då! (dos kan **ibland sänkas** alternativt kanske man kan prova utan LABA)

Monica Arvidsson
151119

Farmakologisk behandling

- **Inhalationssteroider är basbehandling vid persisterande astma**
- **Ge lägsta möjliga underhållsdos som håller astman under kontroll med eller utan tilläggläkemedel**

Monica Arvidsson
151119

Uppföljning

- **Strukturerad uppföljningsanamnes** vad gäller **symptom** med hjälp av strukturerat frågeformulär som t.ex. Asthma Control Test (ACT)
- Spirometri och ev. PEF-kurva
- Ev. NO
- **Kontroll inhalationsteknik**
- **Ytterligare patientutbildning**

Monica Arvidsson
151119

Graviditet och astma

Underhållsbehandling som hos icke-gravida

Akutbehandling som hos icke-gravida!

Monica Arvidsson
151119

Akutbehandling

- Vid akut svår astma ska Combivent/motsvarande inte användas pga för låg dos beta2-stimulerare!
- Innehåller endast 2,5 mg salbutamol, vilket är otillräckligt vid akuta svåra försämringar

Monica Arvidsson
151119

Akutbehandling

- Vid lindriga/medelsvåra akuta försämringar är spray med spacer ett lika effektivt sätt att ge beta2-stimulerare som att ge läkemedlet i nebulisator
- ICS-dos ska tillfälligt 4-dubblas alternativt ges per oral steroidkur

Monica Arvidsson
151119

Kostnadseffektiv behandling

Värdera följande:

- Korrekt diagnos?
- Medicinering anpassad efter svårighetsgrad?
- Rökning?
- Miljöexponeringar?
- Olämpliga läkemedel som kan försämra astman?
- Korrekt inhalationsteknik?
- Tar patienten läkemedlet enligt ordination?
- Har patienten fått tillräcklig patientutbildning?

Monica Arvidsson
151119

Remiss till specialistklinik

- Oklar diagnos
- Pat vars symptom inte är kontrollerade trots till synes rimlig behandling
- Pat som ofta eller dagligen behöver per orala steroider för rimlig astmakontroll
- Gravida vars astma inte är under kontroll
- Pat med komplicerande faktorer, t.ex. svår födoämnesallergi eller samtidig annan svårare sjukdom
- Pat där allergenspecifik immunterapi kan vara aktuell
- Pat med misstänkt yrkesexponering

Monica Arvidsson
151119

Budskap

- Diagnostik är viktigt!
- Gradera svårighetsgraden (kräver ofta upprepade besök)
- Satsa på patientutbildning och uppföljning
- Multidisciplinärt teamarbete och en god organisation förbättrar behandlingsresultaten
- Remiss till specialistklinik om svårighet med diagnostik och/eller om patienten inte svarar på behandling som förväntat

Monica Arvidsson
151119

Kunskap är kostnadseffektivt!



Monica Arvidsson
151119

Dags för frågor!



Monica Arvidsson
151119