

# ASTMA

## Behandling og oppfølging av astma

Trondheim 8.3.24

Knut Weisser Lind  
Kanebogen legesenter  
Harstad





# Mål for astmabehandling (GINA)

## ■ SYMPTOMKONTROLL

Færrest mulig symptomer

Ingen forstyrrelse av søvn

Ingen begrensninger fysisk aktivitet

## RISIKOREDUKSJON

- Unngå forverring
- Opprettholde normal lungefunksjon
- Unngå bivirkninger av medikamenter
- Unngå død på grunn av astma



# AIRE - Study

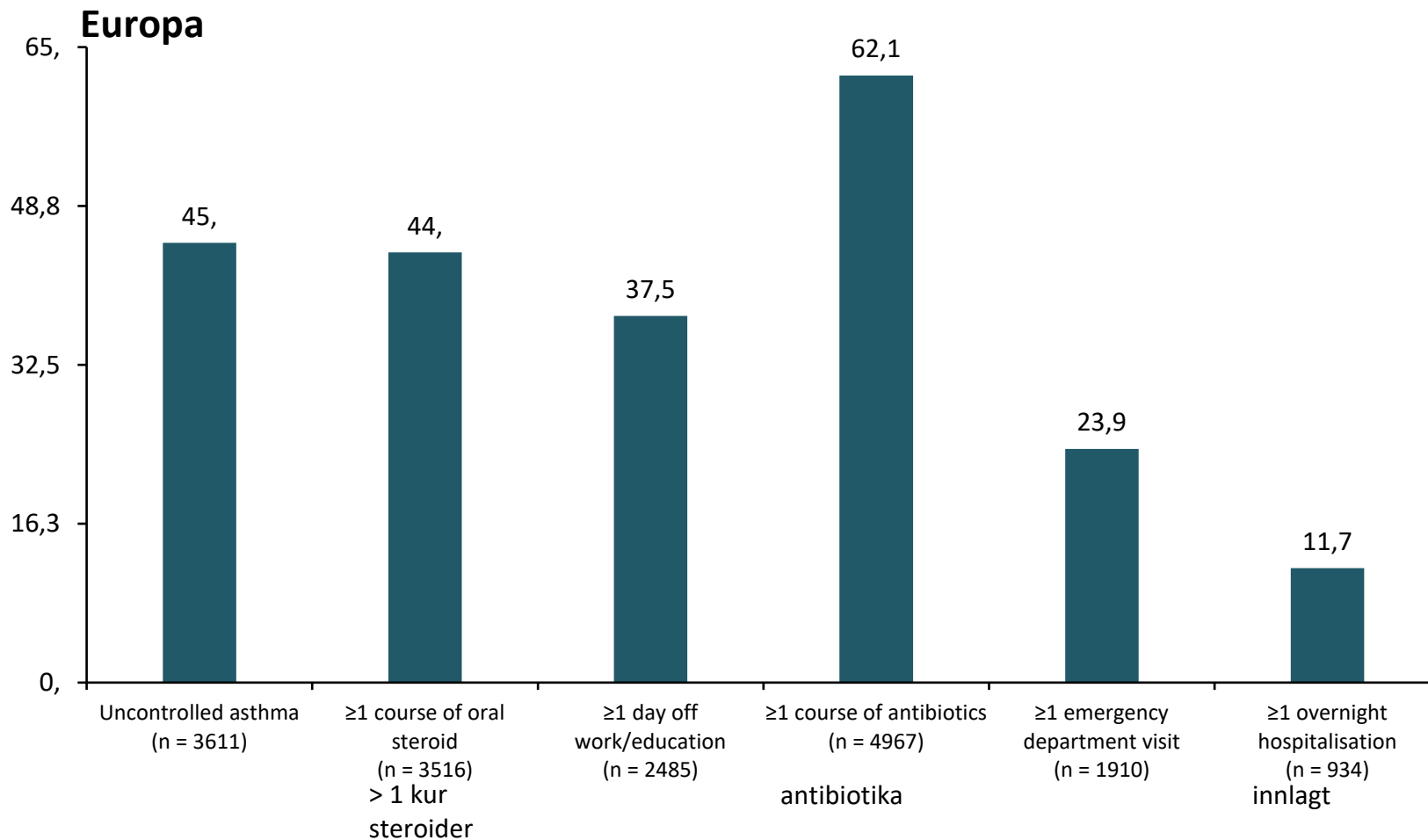
n=2803

- 5,3 % nådde GINA - mål
- 46% hadde daglige symptomer
- 30% oppvåkninger pga astma > 1 gang/uke
- 7% sykehusopphold siste år
- 63% B2 agonist ved behov siste 4 uker
- 23% inhalasjonssteroider siste 4 uker
- 45% av voksne aldri tatt spirometri

# REALISE studien **2014**:



■ REALISE studuen med 8,000 pasienter viste dårlige nivåer av astma kontroll i





# Opplevd kontroll

- 80% vurderte sin egen tilstand som kontrollert.
- 55% hadde påvirkning av daglige aktiviteter
- 52% hadde våknet minst en natt siste uke
  
- 75% av de som hadde fått p.o. steroider oppfattet ikke sin astma som alvorlig.
- 20% hadde vært i kontakt med sykehus/ legevakt siste år.



# Hvordan vurdere alvorlighetsgrad?

- Alvorlighetsgraden av astma vurderes pr i dag ut fra nivå av **behandling**.
- Mild astma kan kontrolleres på nivå 1-2, alvorlig astma har behov for behandling på nivå 5.
- Ved alvorlig astma:
  - Er det «difficult to manage asthma» eller alvorlig sykdom?



# Viktige faktorer ved mye symptomer:

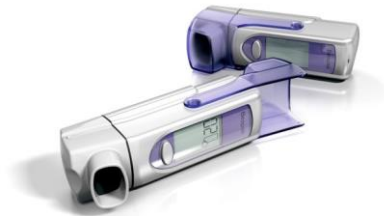
- **Medikamenter:**
  - Ikke foreskrevet ICS
  - Dårlig inhalasjonsteknikk
  - Dårlig etterlevelse
  - Høyt forbruk SABA
- **Komorbiditet:**
  - Overvekt
  - Kronisk sinusitt
  - Bekreftet matvareallergier
  - Depresjon, angst
- **Sosialt:**
  - Sosioøkonomiske problemer
- **Lungefunksjon:**
  - Lav FEV1 med kronisk obstruksjon
  - Stor bronkodilator respons
- **Forverring:**
  - Tidligere intubert/intensivbehandling
  - Flere alvorlige forverring siste året.

**En eller flere av disse øker risiko for forverring selv om pasienten har lite symptomer.**



# Administrasjonsmåter

- Pusteaktivert spray
- Spray
- Soft mist inhalator
- Pulver







# Administrasjonsmåter

- Forstøverapparat
  - Svært sjelden aktuelt





# Administrasjonsmåter

## ■ Peroral

- ~~Teofyllin~~
- Prednisolon



## ■ Injeksjon





# Stor nyhet i astma beh. fra 2019:

- Anbefalt å bruke ICS-formoterol på de 4 første trinnene.
- Mange land så et stort overforbruk av SABA.
- Ønske om å sikre at pasientene får ICS.
- Barn 6-12 år fortsatt noe diskusjon om ICS-formoterol vs «gammel» anbefaling.



# Hvorfor ICS-formoterol?

- GINA:
  - Setter sikkerhet først.
  - Flere studier viser at den nye behandlingstrappen gir;
    - Færre forverringer
    - Med lavere total dose ICS
    - Enklere behandling, en inhalator på 4 første trinn.

Indikasjon er ikke på lave trinn i Norge enda.



# Dokumentasjon trinn 1-2

## lavdose ICS-formoterol

- Sammenlignet med SABA v/behov
- 2 studier , n= 3836 og n= 668

Risiko alvorlige forverringar redusert med 60-64%

- Sammenlignet med fast lavdose ICS + SABA
- 4 studier
- Liten forskjell på alle parametre
- ICS-formot. 30% av dagene
- Gj.snittlig dose ics(budesonid): 50-100mcg



# Cochrane 2021 Step 1-2 ICS- formoterol ved behov

- Risiko alvorlige forverringar  
vs SABA ved behov 55% reduksjon  
vs fast lavdose ics + SABA 21% reduksjon
- Risiko legevakt/innleggelse  
-vs SABA v/behov 65% reduksjon  
-vs fast lavdose ICS + SABA 37% red.



# ICS/formoterol (LABA)

- ICS + Formoterol:
  - Symbicort
  - DuoResp (> 12år)
  - Bufomix
  - Inuxair (> 18 år)
  - Flutiform



*SymbiCort  
Turbuhaler*



*DuoResp  
Spiromax*



*Bufomix  
Easyhaler*



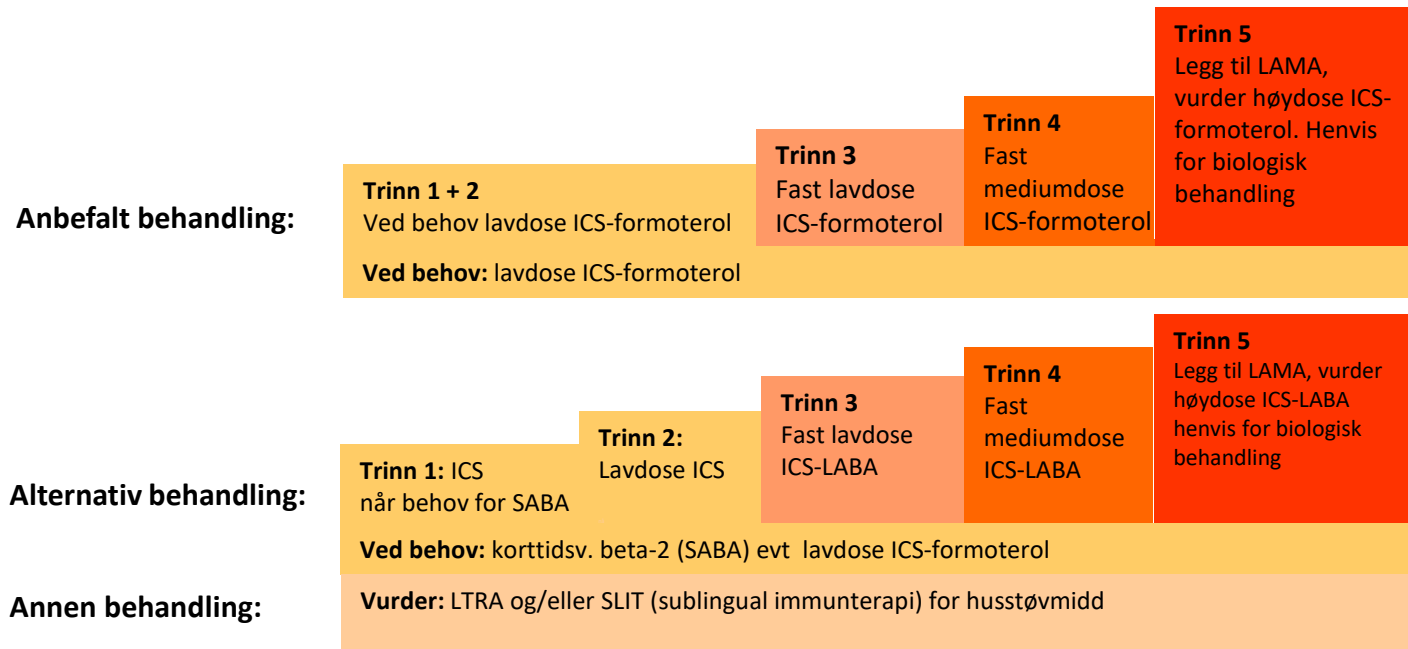
*Inuxair  
Nexthaler*



*Flutiform  
K-haler*

- Husk å reservere for generisk bytte!

## Behandlingstrapp astma voksne og barn $\geq 6$ år





# Hvilke doser ICS er lavdose?

- 12 år og eldre

- Budesonide                      200-400      medium >400-800    høy >800
- Beclometasone diprop.      100-200      medium>200-400    høy > 400
- Flutikasonpropionate        100-250      medium > 250-500    høy > 500

- BARN 6-11

- Budesonide                      100-200      medium >200-400    høy >400
- Beclometasone diprop.      50-100        medium>100-200    høy > 200
- Flutikasonpropionate        50-100        medium > 100-200    høy > 200



# Langtidsvirkende kolinergika (LAMA)

- SPIRIVA®
- Godkjent ved astma fra 6 år.
- Alvorlig sykdom med en eller flere forverringer siste året.
- Alltid i kombinasjon med ICS.



# Immunmodifiserende behandling

## ■ Anti IgE

- Xolair®
- Til alvorlig allergisk astma som er IgE mediert.
- Godkjent fra 6 år og oppover med vilkår

## ■ IL-5/IL-4-hemmere + andre, «Biologisk behandling»

- Spesialistoppgave
- Ikke tilstrekkelig effekt av nivå 4 behandling
- Husk å måle eosinofile



# Forverringar:

- Defineres som økt medikamentbehov utover vanlig bruk.
- En vanlig inndeling er:
  - **Mild**: Behov for økning av medikamentdose hjemme.
  - **Moderat**: behov for å oppsøke lege/legevakt for peroral kortison og i sjeldne tilfeller antibiotika.
  - **Alvorlig**; behov for innleggelse i sykehus med eller uten respirasjonsstøtte.



# Akuttbehandling:

- Øke basisbehandling av ICS-formoterol:
  - Fast dose morgen og kveld
  - Økt dosering ved behov, maks døgndose:
    - Beclometason-formoterol = 48 mcg = 8 doser
    - Budesonid-formoterol = 72 mcg = 12 doser , (barn 8)
- Skriftlig behandlingsplan er nyttig!



# Akuttbehandling forts

- **Legevakt:**
- Dersom forverrelsen er verre enn hva som takles med økt ICS formoterol:
  - Gjentatte doser SABA (korttidsvirkende  $\beta$ 2-agonist) på inhalasjonskammer.
  - Dose: 2 inhalasjoner x 5-6/ time hos voksne. Like effektivt som forstøver men mindre bivirkninger.
- **Prednisolon:**
  - Dose: 40 mg daglig i 5-7 dager for voksne, barn 1-2 mg/kg/døgn 5 -7dager
- Antibiotika er svært sjelden nødvendig!



# Innleggelse og oppfølging.

- Lav terskel for å kontakte fastlege eller legevakt for vurdering av innleggelse dersom :
  - Forverrelse hos barn
  - Manglende effekt av symptomatisk behandling
  - Slitne og medtatte pasienter.
- Viktig med en konsultasjon med gjennomgang av behandlingen 2-4 uker senere.
  - Fokus på mulige årsaker til forverrelsen som dårlig etterlevelse, feil bruk av inhalator eller infeksjon



# Oppfølging





# Behandling for å kontrollere symptomer og minimere risiko.

- Riktig diagnose
- Etabler ett pasient-behandler forhold
- Behandle astma i en kontinuerlig sirkel:
  - **Vurder kontroll**
  - **Juster behandling**
  - **Evaluer effekt**



# Kontrollopplegg

- 1. oppfølging etter oppstart av behandling: etter 1-3 måneder
- Senere konsultasjon hver 3-6 måned
  
- Spirometri- ved diagnose, evaluering av behandling, deretter minst årlig
- OBS barn, ungdom og unge menn- underrapporterer symptomer
  
- Bronkodilator responstest.
  - ved utredning og ved tvil om optimal behandling
  - barn årlig på grunn av vekst



# Kontrollopplegg

- Standardiserte skjema (ACT)
- Spør om:
  - Symptomer om dag/natt
  - Begrensninger i aktivitet
  - Hvilke medisiner og doser bruker han/hun nå?
    - **Samsvarer ofte ikke med foregående notater**
  - OBS dosereduksjoner
- Sjekk bruk av inhalator
- Egenbehandlingsplan



# Konklusjon – Behandling;

- Symptomstyrt behandling - nytt
- Fokuser på sykdomskontroll
- Fortløpende og vedvarende evaluering i forhold til behandlingssirkelen
  
- MÅL: Ingen begrensninger i aktivitet

