

## Astma är möjlig att kontrollera med moderna behandlingar

**En välplanerad läkemedelsbehandling håller astman i styr och kostnaderna under kontroll. Det nationella astmaprogrammet gav övertygande resultat och den belastning som astma orsakar såväl patienter som samhället blev märkbart lättare. En lyckad egenvård med handledning är av avgörande vikt för att värden av astma ska vara i balans.**

Orsaken till astma är en felriktad immun(försvars)reaktion som åtföljs av en inflammation och slutligen av en förträngning av luftvägarna. Nya undersökningar tyder på att den ökade förekomsten av astma har en anknytning till att mikrobiomet (mikrobfloras genetiska helhet) i tarmsystemet, på huden och i andningsvägarna utarmas i stadslika förhållanden och risken för inflammationer ökar (Hanski et al. 2012).

Omkring 10 % av befolkningen i huvudstadsregionen lider av astma som diagnostiserats av en läkare. På basis av en astma-allergibarometer som uppgjorts på apoteken är sjukdomen allvarlig endast hos omkring 4 % av astmapatienterna då motsvarande siffra var 10 % i början av 2000-talet. De äldre åldersklasserna, över 60-åringar och särskilt kvinnor behöver överlägset mest sjukhusvård och belastar hälso- och sjukvården (Kauppi et al. 2013).

I FPA:s statistik över specialersättningar konkurrerar astma (243 000 ersättningsmottagare 2012) med diabetes om andra platsen efter blodtryckssjukdom. År 2011 uppgick kostnaderna för astma och allergi till 1,3–1,6 miljarder euro (Jantunen et al. 2014).

### Patienter i alla åldrar

Astma är den vanligaste långtidssjukdomen hos barn och ungefär 70–80 % av alla astmabarn lider av allergi. Hos många barn försvinner astmasymtomen i puberteten. Hos unga vuxna förblev en lindrig sjukdom i allmänhet lindrig under en uppföljningsperiod om 20 år, men få tillfrisknade helt och hållet (Teppo et al. 2011).

Vuxenastma är i allmänhet en bestående sjukdom men symtomen kan försvinna till och med för flera år. Endast omkring hälften av de vuxna astmatikerna är allergiska. Hos patienter i alla åldrar är virusinfektioner i luftvägarna den överlägset vanligaste orsaken till att symtomen förvärras.

### Tidig diagnos nyckel till behandling

En långvarig eller upprepad inflammation i luftvägarnas slemhinnor leder till en förträngning av luftrören som är typisk för astma och som leder till väsende andning och andnöd. Diagnosen grundar sig på bevis av varierande förträngning av luftrören (se rekommendationen God medicinsk praxis för astma 2013).

I allmänhet lider patienten först av långvarig hosta och slemutsöndring, slutligen även väsende andning och andnöd. Personerna som insjuknar har ärvda anlag för sammandragning av luftrören.

Vid astma inleds en eosinofil inflammation i slemhinnorna av en i och för sig ofarlig allergen eller inflammationen utlöses av en virusinfektion. När sjukdomen blir kronisk får inflammationen mer varierade celltyper och en större mängd neutrofila vita blodkroppar uppstår. En eosinofil inflammation reagerar väl på kortison medan en neutrofil inflammation inte gör det. Av den orsaken är läkemedelssvaret ofta bra i sjukdomens inledningsfas men kan försämrats om sjukdomen pågår i många år utan att den fås under kontroll.

Tidig diagnosticering av astma är mycket viktig för att det ska vara möjligt att inleda rätt behandling (Rytilä et al. 2008). I många fall har patienter behandlats med upprepade antibiotikakurer till och med i flera års tid och diagnosen har varit bronkit. I sjukdomens inledningsfas uppvisar lungorna lindriga funktionsstörningar som korrigeras snabbt med rätt läkemedelsbehandling.

I en astmaliknande inflammation uppfyller störningen i andningsfunktionen inte ännu kriterierna för astma, men den behandlas trots det med antiinflammatoriska läkemedel med bra resultat. I fortsättningen kan särskilt en barnpatient ofta klara sig genom att använda till exempel inhalerbart kortison i perioder om 2–4 veckor (Turpeinen et al. 2012).

### Forskning och astmaprogrammet ledde till en omvälvning av läkemedelsbehandlingen

Läkemedelsbehandlingen av astma genomgick en revolution såväl i Finland som i övriga världen till följd av två finländska undersökningar som påvisade den inflammatoriska karaktären hos astma (Laitinen et al. 1985) och betydelsen av antiinflammatorisk behandling som ges genast i början av sjukdomen (Haahtela et al. 1991).

Det nationella astmaprogrammet 1994–2004 introducerade snabbt den nya informationen i det praktiska arbetet och resultatet var övertygande (Haahtela et al. 2006, Tuomisto et al. 2010). Den börda som astma orsakar både patienter och samhället blev märkbart lättare.

Den positiva utvecklingen har fortsatt på 2000-talet: Förstahjälpsbesöken på grund av astma har ytterligare minskat med 42 % och dagarna med sjukhusvård med 62 %. Samtidigt har avsevärda kostnadsbesparingar uppnåtts (Reissell et al. 2010, Jantunen et al. 2014).

### Läkemedelsbehandling idag

Det finns nya läkemedel, exempelvis  $\beta_2$ -agonister (t.ex. indakaterol) med ultralång inverkan som öppnar luftrören, som är avsedda för svåra fall. Användningen av inhalerbara antikolinergika, exempelvis tiotropium, ökar eftersom de kan effektivisera inverkan av  $\beta_2$ -agonister. De används även av den orsaken att många patienter inte bara lider av astma utan även av kroniskt obstruktiv lungsjukdom (COPD). Antikolinerga har en bevisad effekt på sjukdomen.

Kombinationspreparat med inhalerbart kortison och en  $\beta_2$ -agonist används för mycket. De borde reserveras för patienter för vilka inhalerbart kortison och kompletterande medicinering som öppnar luftrören inte räcker till för att kontrollera symtomen. Detta gäller särskilt barn.

Leukotrienblockeraren i tablettform, montelukast, kompletterar och stärker antiinflammatorisk inflammationsbehandling. Ibland kan preparatet användas ensamt för behandling av astma. Patienten ska dock alltid ha tillgång till en inhalerbar  $\beta_2$ -agonist som snabbt öppnar luftrören.

Endast specialister använder av de nya läkemedlen som inverkar på det immunologiska systemet (t.ex. omalizumab) på patienter med svåra symtom. Behovet av dessa läkemedel är litet i Finland eftersom grundvården fungerar bättre än i många andra länder.

### Egenvård med handledning är av avgörande vikt

Egenvård med handledning har i stor utsträckning utvecklats av finländare (Lahdensuo et al. 1996). Målet är att patienten efter handledning i förväg kan identifiera symtomen på att sjukdomen håller på att förvärras och kan genast öka medicineringen. Patientens förankring i behandlingen och den rätta tekniken för inhalering av läkemedlen utvecklas i samarbete med anställda inom hälso- och sjukvården.

Tari Haahtela  
Professor emeritus  
HNS, Hud- och allergisjukhuset

Denna artikel har publicerats i *Sic!*-tidskriftens och *-webbtidskriftens* nummer 2/2014.

[Takaasin](#)

#### LITTERATUR

---

- Astma. Rekommendationen God medicinsk praxis (uppdaterad 24.9.2012). [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi).
- Haahtela T, et al. Comparison of a  $\beta_2$ -agonist, terbutaline, with an inhaled corticosteroid, budesonide in newly detected asthma. *N Engl J Med* 1991; 325: 388–92.
- Haahtela T, et al. A 10 year asthma programme in Finland: major change for the better. *Thorax* 2006; 61: 663–70.
- Jantunen J, et al. Astman kustannukset ovat suuret mutta laskussa. *Suom Lääkäril* 2014; 69: 641–6.
- Kauppi P, et al. Follow-up of the Finnish Asthma Programme 2000–2010: reduction of hospital burden needs risk group rethinking. *Thorax* 2013; 68: 292–3.
- Lahdensuo A, et al. Randomised comparison of self management and traditional treatment of asthma over one year. *BMJ* 1996; 312: 748–52.
- Laitinen LA, et al. Damage of the airway epithelium and bronchial reactivity in patients with asthma. *Am Rev Resp Dis* 1985; 131: 599–606.
- Reissell E, et al. Astman hinta Suomessa 1987–2005. *Suom Lääkäril* 2010; 65: 811–6.
- Rytilä P, et al. Treatment with inhaled steroids in patients with symptoms suggestive of asthma but with normal lung function. *Eur Respir J* 2008; 32: 989–96.
- Teppo H, et al. Allergic rhinitis and asthma have generally good outcome and little effect on quality of life – a 20-year follow-up. *Allergy* 2011; 66: 1123–5.
- Tuomisto LE, et al. Asthma Programme in Finland. Did the use of secondary care resources become more rational? *Respir Med* 2010; 94: 957–65.
- Turpeinen M, et al. Continuous versus intermittent inhaled corticosteroid (budesonide) for mild persistent asthma in children – not too much, not too little. *Thorax* 2012; 67: 100–2.
-