

## Rekommendationer

1. Diagnosen ställs och behandlingen ordinerar samt följs upp av barnallergolog eller barnläkare inriktad på lungsjukdomar.
2. Diagnosen ställs kliniskt utifrån anamnes och fysikalisk undersökning.
3. Behandlingen är 2-4 veckors peroral antibiotikakur riktad eller blind, men som täcker de tre vanligaste luftvägsbakterierna (Pneumokocker, Haemophilus influenzae, Moraxella catarrhalis).

## Definition

1. Kronisk (>4 veckor) produktiv hosta
2. Frånvaro av symptom och tecken till andra sjukdomar som kan orsaka kronisk produktiv hosta (se differentialdiagnoser)
3. Hostan försvinner efter 2-4 veckors peroral antibiotikakur (vanligtvis amoxicillin-klavulansyra)

## Patofysiologi

Kunskapen är begränsad gällande orsak till PBB men det finns medfödda faktorer som är kopplade till PBB såsom nedsatt mucociliär clearance, trakeobronkomalacier och lindrigare avvikelser i immunförsvaret. PBB är en kronisk bakteriell infektion i luftrören som orsakas av vanliga luftvägspatogena bakterier som nämnts ovan och en hypotes är bildning av en bakteriell biofilm på luftvägsväggen. Det första steget är dock troligen en virusinfektion som skadar slemhinnan. Tillståndet kan obehandlad på sikt leda till en irreversibel lungskada såsom bronkiektasier men svarar oftast bra på en 2-4 veckors antibiotikabehandling. PBB drabbar typiskt i övrigt friska barn under 5 år men förekommer också bland äldre barn och tonåringar. Luftvägsobstruktion och atopi förekommer inte oftare än i normala populationen. Vid bronkoskopi ser man mycket slem i luftrören och slemhinnan är ofta svullen och lättblödande. Bronkoalveolärt lavage visar dominans av neutrofiler.

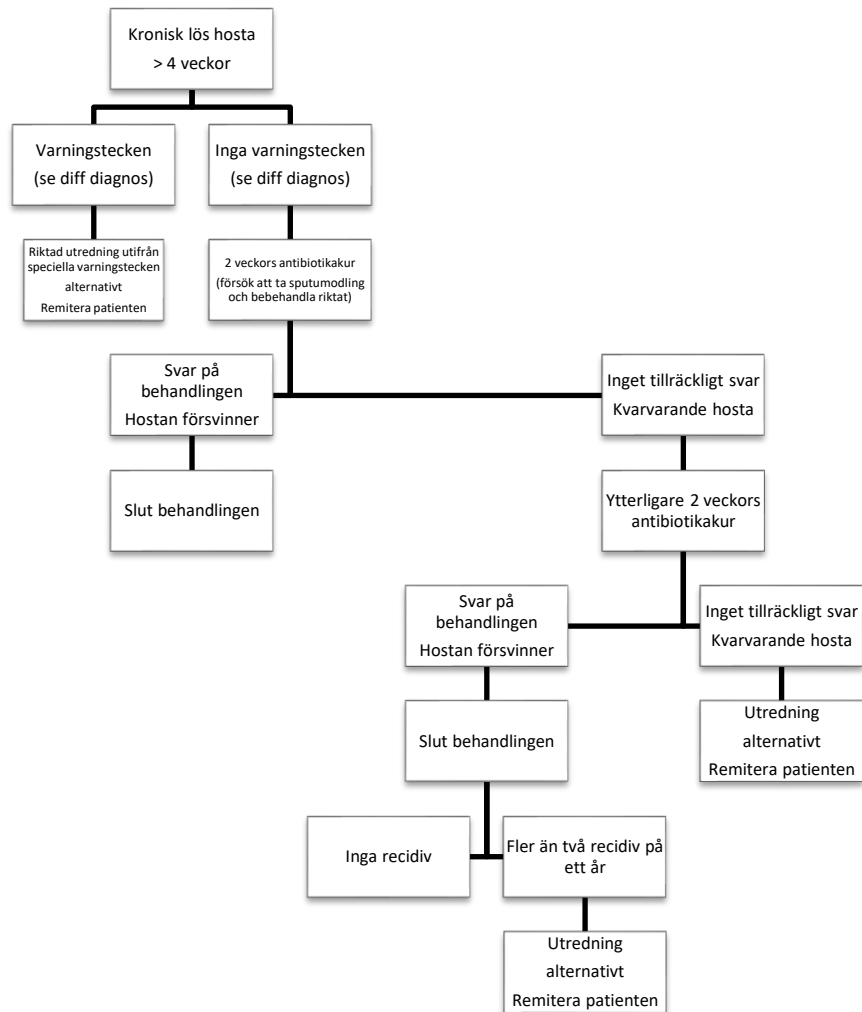
## Differentialdiagnoser

Varningstecken som kan tala för någon annan bakomliggande orsak till kronisk hosta än PBB:

- **Lungfynd:** Bröstsmärta, hemoptya, skällande hosta, hypoxi/cyanos, takypné, dyspné, bröstkorgsdeformitet, avvikande auskultation (Exempelvis: stridor, ronki, sidoskillnad mellan lungorna), avvikande lungröntgen, avvikande lungfunktion
- **Lungsjukdomar:** Känd lungsjukdom, misstanke om främmande kropp, tuberkuloskontakt, terapieresistent astma
- **Övrigt:** Känd hjärtsjukdom, trumpindefingrar, failure to thrive, mediciner som utlöser hosta (ACE), neurologiska sjukdomar, kräknings- och aspirationsproblematik, feber, SR- eller CRP-stegring, immunbrist

<b>Utredning</b>	Utredningen görs helst av barnallergolog eller barnläkare inriktad på lungmedicin för att försöka undvika överanvändning av antibiotika och utesluta respektive fastställa andra bakomliggande sjukdomar.
<b>Anamnes</b>	Se Definition och Differentialdiagnoser
<b>Fynd i status</b>	Vid fysikalisk undersökning hörs ibland rassel och i enstaka fall även ronki orsakade av svullna luftrör utan association till astma. Vanligtvis förekommer dock inga biljud.
<b>Övriga undersökningar</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sputumodling</li><li>• Lungröntgen rekommenderas speciellt för yngre barn. Om lungröntgen visar mer än perihilära förtätningar kan detta tala för någon annan orsak till hostan.</li><li>• Spirometri med reversibilitetstest och FENO har oftast tidigare genomförts hos dessa barn som led i astmautredning, men bör utföras om det inte tidigare har utförts. Avvikelse i lungfunktionen talar i allmänhet mot PBB.</li></ul>
<b>Behandling</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 2-4 veckors peroral antibiotikakur. Om ingen sputumodling kan tas, bör man välja antibiotika som täcker <i>Haemophilus influenzae</i>, <i>Streptococcus pneumoniae</i>, <i>Moraxella catarrhalis</i> och helst även <i>Staphylococcus aureus</i>. För att motverka penicillinasproducerande stammar väljer man amoxicillin-klavulansyra alternativt andra eller tredje generation cefalosporin eller trimetoprim-sulfametoxazol. Vid IgE medierad allergi mot penicillin kan en makrolid övervägas.</li><li>• Om hostan inte försvinner helt efter 2 veckors antibiotikakur, kan kuren förlängas upp till fyra veckor för att därefter utvärderas.</li><li>• Om besvären fortsätter efter fyra veckors behandling rekommenderas vidare utredning. Vidare utredning rekommenderas också vid fler än två recidiv på ett år.</li><li>• I vissa fall kan en period med antibiotikaproylax övervägas, vanligen med trimetoprim-sulfametoxazol.</li></ul>

**Flödesschema**



**Diagnosnummer**

J41.1 Mukopurulent kronisk bronkit

**Referenser**

M D Shields, A Bush, M L Everard, S McKenzie, R Primhak, on behalf of the British Thoracic Society Cough Guideline Group: Recommendations for the assessment and management of cough in children. *Thorax* 2008; 63(Suppl III):iii1–iii15. doi:10.1136/thx.2007.077370

Kantar A, Chang AB, Shields MD, et al. ERS statement on protracted bacterial bronchitis in children. *Eur Respir J* 2017; 50: 1602139 [https://doi.org/10.1183/13993003.02139-2016].

Vikas Goyal, Keith Grimwood, M. Marchant, I. Brent Masters, Anne B. Chang: Paediatric chronic suppurative lung disease: clinical characteristics and outcomes. *Eur J Pediatr* 2016; 175: 1077–1084 DOI 10.1007/s00431-016-2743-5