

# Viktigt vara medveten om att kikhosta förekommer

## GENERÖS PROVTAGNING SAMT SNABB DIAGNOSTIK OCH BEHANDLING KAN FÖRHINDRA SVÅR SJUKDOM ELLER DÖDSFALL

**Anki Sundelin**, specialistsjuksköterska, inspektör  
Ann-Christin.Sundelin@ivo.se

• **Erik Tingberg**, med dr, tillsynsläkare; båda Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

**Inspektionen för vård och omsorg (IVO)** vill med två fall uppmärksamma vården på att kikhosta kan orsaka allvarliga sjukdomstillstånd hos spädbarn.

Kikhosta orsakas av bakterien *Bordetella pertussis*, och spridningen sker via droppsmitta. Den vanligaste smittkällan är den egna kärnfamiljen, men barnet kan naturligtvis smittas av andra som vistas i dess närmiljö. Smittsamheten är mycket hög, och vid förekomst i familjemiljö beräknas 90 procent av icke-immuna smittas [1, 2].

Hos barn kan debutsymtomet vara apnéattack, men vanligen är insjuknandet virosliknande med hosta och lätt feber. Tillståndet kan snabbt försämrars med hostattacker som ofta följs av kikningar, den långa ljudande inandningen i slutet av en hostattack. Komplikationer den smittade kan drabbas av är sekundära bakteriella infektioner såsom lunginflammation, men i sällsynta fall också neurologiska komplikationer [3].

Vaccination mot kikhosta ingår i det svenska vaccinationsprogrammet sedan 1996. Den första dosen kikhostevaccin erbjuds vid 3 månaders ålder, men får ges redan från och med 2,5 månaders ålder [4]. Redan efter den första dosen minskar risken för spädbarnet att drabbas av allvarlig sjukdom till följd av kikhosta [5]. Ju tidigare den första dosen ges, inom ramen för schemat i programmet, desto tidigare får barnet ett utökat skydd mot kikhosta. Risken att drabbas har sedan införandet i vaccinationsprogrammet minskat drastiskt, men sjukdomen förekommer fortfarande och kan framför allt hos ovaccinerade spädbarn utvecklas till ett allvarligt och livshotande tillstånd som kräver sjukhusvård. Vaccination ger inget livslångt skydd, och därmed kan vaccinerade föräldrar och syskon vara smittkällor.

Vid misstanke om kikhosta behöver profylax och behandling påbörjas tidigt för optimal effekt. Provtagning för att med PCR påvisa kikhosta bör göras tidigt. Profylaktisk behandling av spädbarn som är yngre än 6 månader bör starta utan att provsvar inväntas och redan vid misstanke om att de varit utsatta för smitta. Vikten av tidig behandling gäller även barn yngre än 12 månader med symptom som tyder på kikhosta. Tidigt insatt antibiotikabehandling (erytromycin), helst innan kikningar debuterat, har visat sig lindra sjukdomsförloppet, men även behandling som påbörjas efter symptomdebut kan ha gynnsam effekt [6].

Under 2017 hade IVO två klagomålsärenden där kikhosta var orsaken till sjukdomstillstånd hos barn under 6 månaders ålder. I båda fallen hade information

från bland annat Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten inte fått tillräcklig uppmärksamhet. I det ena fallet (Fall 1) avled det 4 veckor gamla barnet. Faktorer som kan ha påverkat handläggningen är avsak-

»Profylaktisk behandling av spädbarn som är yngre än 6 månader bör starta utan att provsvar inväntas och redan vid misstanke om att de varit utsatta för smitta.«

nad av medvetenhet om att kikhosta finns i samhället, uppmaningar till vården att vara återhållsam med antibiotikabehandling eller att aktuella sjukdomsfall inträffade under en period då RS-virus var vanligt förekommande.

### FALL 1

Fallet rör en vårdnadshavare och dennes 10 dagar gamla barn. Vårdnadshavaren sökte vård vid vårdcen-

### HUVUDBUDSKAP

- Det är viktigt med hög medvetenhet om att kikhosta förekommer i samhället och kan orsaka svår sjukdom hos spädbarn.
- Risken att smittas är störst hos barn under 6 månader som ännu inte hunnit få sina första vaccinationsdoser vid 3 och 5 månaders ålder. Spädbarn smittas ofta av föräldrar eller syskon eftersom vaccinationen inte ger något livslångt skydd.
- Profylaktisk behandling av spädbarn yngre än 6 månader bör påbörjas redan vid misstanke om att de smittats och utan att invänta provsvar. Erytromycin är förstahandsmedel. Se Folkhälsomyndighetens rekommendation för att förebygga kikhosta hos spädbarn (2016).

tral efter att själv ha varit förkyld i två veckor med hosta som nu hade ändrat karaktär. Hen beskrev vid tidbokning att hen klöktes och hade kikningar i samband med hostattackerna. Vårdnadshavaren var orolig för att ha fått kikhosta och att det nyfödda barnet skulle drabbas. I samtal med triageringssjuksköterskan uppgav vårdnadshavaren att hen för drygt en månad sedan träffat en person med kikhosta. Den undersökande läkaren vid vårdcentralen bedömde att vårdnadshavaren drabbats av bronkit och menade att kikhosta är ovanligt i Sverige. Vårdnadshavaren undrade över möjlighet till provtagning för att utesluta kikhosta och antibiotikabehandling av det nyfödda barnet i förebyggande syfte. Hen fick inget gehör för sina önskningar och uppmanades höra av sig om barnet började hosta. Tre dagar senare började barnet hosta, och en privat barnmottagning kontaktades. Barnet bedömdes ha fått en övre luftvägsinfektion. Ett dygn senare sökte man vård vid barnakutmottagning, där det konstaterades att barnet var välmående med lugnt andningsarbete, andningsfrekvens på 52/minut och saturation 96 procent. Tillståndet bedömdes som förkylning och familjen fick återvända hem. Två dygn senare hostade barnet med kikningar och familjen vände sig återigen till barnakutmottagningen. Väl där fick barnet en kikningsattack, blev cyanotiskt och allmänt påverkat. Man misstänkte kikhosta och provtagning gjordes, liksom blododling och blodgasanalys. På grund av platsbrist på barnintensivvårdsavdelningen och barnets späda ålder lades barnet in på neonatalavdelning för övervakning. På akutmottagningen hade planerats för erytromycinbehandling, men man ansåg att denna kunde påbörjas när barnet kommit till neonatalavdelningen. Behandling med erytromycin sattes in först 4 dagar efter inläggningen då positivt svar för Bordetella pertussis anlände. Under dessa dygn behandlades barnet med Optiflow högflödesgrimmor och CPAP (kontinuerligt positivt luftvägstryck).

Trots alla behandlingsinsatser förvärrades tillståndet, och barnet flyttades till barnintensivvårdsavdelning (BIVA) för respiratorbehandling. På BIVA utvecklade barnet pulmonell hypertension. Omfattande behandlingar sattes in men trots detta avled barnet, 4 veckor gammalt. Prov togs även hos vårdnadshavaren, vilka visade på kikhosta.

## FALL 2

Fallet rör ett två månader gammalt barn som efter några dagars förkylning fått en besvärlig hosta. Vid besök på vårdcentralen remitterades barnet med sjuktransport till barnsjukhuset, där det undersöktes av en underläkare. Det konstaterades att barnet

var rossligt och hade en del slem. Barnet fick inhalera koksalt och fortsatte med detta i hemmet med hjälp av en inhalatormaskin som man fick låna med sig. Initialt svarade barnet bra på inhalationsbehandlingen, vilket stärkte misstanken om övre luftvägsinfektion. Vid andra besöket, då barnet hade fortsatt hosta och förkylningssymtom, konstaterades att ingen annan i familjen hade någon tydlig förkylning eller hosta. Vid tredje återbesöket på barnsjukhuset bedömdes barnets hosta ha förändrats. Barnet kräktes inte vid hostattackerna men hostan bedömdes vara avvikande. På grund av detta och eftersom barnet ännu inte blivit vaccinerat togs prov för Bordetella pertussis och virus. Eftersom misstanken om kikhosta inte var stark sattes ingen behandling in utan man valde att invänta provsvar. Dagen efter detta besök träffade barnet en äldre anhörig som när hen hörde barnets hostattack blev övertygad om att barnet hade kikhosta. Fyra dagar efter provtagning kom svaret som visade att barnet hade kikhosta. Barnet blev inlagt för observation och erytromycinbehandling startades. Tillståndet förbättrades och barnet kunde skrivas ut till hemmet 6 dygn senare. De nattliga kikningarna fortsatte dock i ytterligare 4-5 veckor. Barnets äldre syskon, som var vaccinerat, fick också genomgå provtagning, men hens provsvar var negativa. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: *Läkartidningen*. 2018;115:E9X3

## SUMMARY

### Common cold or whooping cough

In 2017 IVO has examined two cases with serious illnesses in two children under 6 months of age. In one case, the 4-week old child died. Factors that may have affected the treatment were lacking knowledge that the disease is present in society and requests to be restrictive with antibiotic treatment. The current disease cases occurred during a period when RS virus was common. In case of suspicion of whooping cough, prophylaxis and treatment should begin early for optimal effect. Prophylactic treatment of infants younger than 6 months should start without waiting for test results if it is suspected that the child has been exposed to whooping cough infection.

## REFERENSER

1. Wendelboe AM, Njamkepo E, Bourillon A, et al; Infant Pertussis Study Group. Transmission of Bordetella pertussis to young infants. *Pediatr Infect Dis J*. 2007;26(4):293-9.
2. de Greeff SC, Mooi FR, Westhof, et al. Pertussis disease burden in the household: how to protect young infants. *Clin Infect Dis*. 2010;50(10):1339-45.
3. Nilsson L, Von Segebaden K, Blennow M, et al. Kikhosta en risk för spädbarn. Sjukdomen cirkulerar bland ungdomar och vuxna som därmed smittar vidare. *Läkartidningen*. 2013;110(37):CFRI.
4. HSLF-FS 2016:51. Folkhälsomyndighetens föreskrifter om vaccination av barn i enlighet med det allmänna vaccinationsprogrammet för barn. Solna/Östersund: Folkhälsomyndigheten; 2016.
5. Nilsson L, Lepp T, Von Segebaden K, et al. Pertussis vaccination in infancy lowers the incidence of pertussis disease and the rate of hospitalization after one and two doses: analyses of 10 years of pertussis surveillance. *Vaccine*. 2012;30(21):3239-47.
6. Kerr JR, Matthews RC. Bordetella pertussis infection: pathogenesis, diagnosis, management, and the role of protective immunity. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2000;19(2):77-88.