(Pseudo)krupp, luftanfuktning och steroidval

Jan Wersäll och medarbetare på Karolinska sjukhusets öronklinik ger i Läkartidningen 44/00 (sidorna 4950-1) en givande redogörelse för behandling av krupp: en 40 år gammal, svensk, placebokontrollerad undersökning som stöds av en färsk meta-analys. Vi vill diskutera några alternativ.

INGE AXELSSON
docent, barnkliniken, Östersunds sjukhus, och Institutionen för hälsovetenskap, Mitthögskolan, Östersund
inge.axelsson@hvs.mh.se
CECILIA HÖGBERG
distriktsläkare, Järpens Hälsocentral, och allmänläkarkonsult, barnkliniken, Östersunds sjukhus
MATTIAS KJELLBERG
AT-läkare, Krokoms hälsocentral

»Tillståndet benämns i anglosaxisk litteratur 'croup', i svensk litteratur pseudokrupp, att skilja från 'äkta' krupp, dvs andningssvårigheter vid difteri«, skriver Wersäll och medarbetare. Varför inte gå över till »krupp« även på svenska? Söker man »pseudocroup« på Internet hittar man nästan bara holländska, tyska och skandinaviska arbeten; söker man »croup« hittar man artiklar från hela världen.

Socialstyrelsens klassifikation av diagnoser innehåller synonymerna krupp och pseudokrupp [1]. »Pseudokrupp« och »falsk krupp« måste låta konstigt i ett barns eller mammas eller pappas öron. »Äkta« krupp kan, efter engelskt mönster, kallas difterisk krupp.h

Luftanfuktning självklar i behandlingen

»Senare har också visats att luftbefuktning inte har någon betydelse vid behandling av pseudokrupp« skriver Wersäll och medarbetare.

På barnkliniken i Östersund slängde vi också ut kruppluftfuktarna på 1980-talet, delvis av rädsla för legionella, men i de flesta moderna rapporter om behandling av krupp ingår luftfuktning som en självklarhet. Och man bör nog komma ihåg att ingen evidens för effekt inte är lika med evidens för ingen effekt [2], särskilt som den enda publicerade undersökningen bara omfattade 16 barn [3].

En färsk, opublicerad, blind, randomiserad, kontrollerad pilotstudie som var något större (n=27) visade inga signifikanta skillnader, men en genomgående trend var att den grupp som fick fuktig luft mådde bättre än gruppen som inte fick anfuktad luft. Studien ska därför upprepas i större skala [4].

Hundratusentals barn har behandlats med dimma mot krupp – och den enda undersökningen av dimbehandling omfattar bara 16 barn! Det är tur att Archi Cochranes ande äntligen svävar över sjukvården och den kliniska forskningen.

Steroider

Kortikosteroider möjliggör en effektiv behandling av slemhinnesvullnaden som ger andningsbesvären vid krupp [5]. Dexametason är mest undersökt; betametason (Betapred) är inte alls undersökt. I Sverige finns inte dexametasonmixtur så vi använder av hävd Betapredtabletter som lätt löses i dryck.

Både Wersäll och medarbetare och vi bär nog på »kliniska intryck« av hundratals kruppfall som reagerat positivt på Betapred. Men är rekommenderade doser bara gissningar?

Standarddosen 6 mg Betapred till ett spädbarn på 10 kg motsvarar i glukokortikoid effekt 400 mg prednisolon till en vuxen på 80 kg (terapeutiskt jämförbara doser enligt Fass beräknade efter kroppsvikt). Är doserna onödigt stora med risk för biverkningar? Och har betametason samma effekt som dexametason?

En huvudförklaring till den starkt förbättrade överlevnaden av prematura barn under 1980- och 1990-talen är den förbättrade lungmognaden hos barnen till mödrar som fått betametason vid hotande förtidsbörd. Dexametason tycks inte alls ha den effekten [6]. Vi kan alltså inte utgå ifrån att beta- och dexametason är utbytbara. Vår slutsats blir: Använd i första hand budesonid för inhalation (Pulmicort 2 mg), inte Betapredtabletter.

Skicka hem efter adrenalin?

Ett konsensusuttalande från 1992 refereras av de svenska öronläkarna:

»Det har rekommenderats att barn som behandlats med inhalation av racemiskt adrenalin skall kvarstanna på sjukhus med resurser att behandla eventuella komplikationer under åtminstone sex timmar efter behandlingen.«

Nyare, systematiska sammanfattningar säger att om ett kruppbarn har lindriga symtom två timmar efter adrenalininhalation så är återfall osannolikt [4].

Slutsatser

När vi nyligen skrev ett lokalt vårdprogram för krupp rekommenderade vi inhalerad budesonid (Pulmicort) som förstahandssteroid, eftersom det har dokumenterad effekt som är likvärdig med effekten av oralt dexametason [7]. Det ska erkännas att vårt vårdprogram är kontroversiellt. Flera kolleger har fortsatt att benämna sjukdomen pseudokrupp och behandla den med Betapred i Fassdoser.

Det är lätt att skriva vårdprogram men svårt att ändra terapitraditioner. Vi lyckades skrota luftfuktarna – men om några år blir de kanske moderna igen?

Referenser

1. Socialstyrelsen. Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997. Stockholm: Socialstyrelsen, 1997. www.sos.se/epc/klassifi/clasintr.htm
2. Tarnow-Mordi MO, Healy MJR. Distinguishing between »no evidence of effect« and »evidence of no effect« in randomised controlled trials and other comparisons. Arch Dis Child 1999; 80: 210-3.
3. Bourchier D, Dawson KP, Ferguson DM. Humidification in viral croup: a controlled trial. Aust Paediat J 1984; 20: 289-91.
4. Brown JC, Klassen TP. Croup. In: Moyer VA, Elliot EJ, Davis RL, Gilbert R, Klassen T, Logan S et al, eds. Evidence based pediatrics and child health. London: BMJ Books, 2000: 215-27.
5. Ausejo M, Saenx A, Pham B, Kellner JD, Johnson DW, Moher D et al. The effectiveness of glucocorticosteroids in treating croup: meta-analysis. BMJ 1999; 319: 595-600.
6. Baud O, Foix-L'Helias L, Kaminski M, Audibert F, Jarreau PH, Papiernik E et al. Antenatal glucocorticoid treatment and cystic periventricular leukomalacia in very premature infants. N Engl J Med 1999; 341: 1190-6.
7. Axelsson I, Högberg C. Krupp. KlinikNytt 55. Östersund: Jämtlands läns landsting 2000. www.jll.se/pdfarkiv/d1/tillfarkiv/kliniknytt55.pdf