
K. Øymar og medarbeidere svarer

KOMMENTAR

KNUT ØYMAR

knut.oymar@sus.no

Knut Øymar er professor og overlege ved Stavanger universitetssjukehus
Ingen oppgitte interessekonflikter.

INGVILD BRUUN MIKALSEN

Ingvild Bruun Mikalsen er førsteamanuensis og overlege ved
Stavanger universitetssjukehus.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

SUZANNE CROWLEY

Suzanne Crowley er overlege ved Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Aslak Hovda Lien etterlyser intensjonen med artikkelen. Astma er en kjent diagnose, protrahert bakteriell bronkitt er ikke det, og det kan bidra til at mange barn med denne tilstanden diagnostiseres og behandles som astma uten at det er grunnlag for det. Kronisk våt hoste uten obstruktivitet hos førskolebarn er ikke astma, og protrahert bakteriell bronkitt er en vanligere årsak til våt hoste i denne alderen (1). En høy andel førskolebarn får astmabehandling i Norge sammenlignet med andre land, og det er bruk av inhalasjonssteroider og ikke beta-2 agonister vi er bekymret for (2).

Tilstanden er godt dokumentert i litteraturen (3, 4), og vi ser mange barn som har hostet og hatt betydelig sekret i luftveiene, ofte i mange måneder, og som har en dramatisk effekt av antibiotikabehandling. Vi argumenterer ikke, men refererer tilgjengelig litteratur. Protrahert bakteriell bronkitt er ikke den eneste tilstanden hos barn der vi må basere diagnosen på sykehistorien og kliniske funn, og fravær av objektive infeksjonsparametere som CRP utelukker ikke en klinisk betydning av patogene bakterier. I studier som inkluderer bronkoskopi påvises patogene bakterier (3).

Antibiotikabehandling skal være så smalspektret som mulig, men må rette seg mot de bakteriene som påvises og hvilke antibiotika som er virksomme mot disse. Penicillin V vil ikke ha effekt på de aktuelle bakteriene ved protrahert bakteriell bronkitt (4), vi har

heller ikke behandlet noen med makrolider eller cephalosporiner. Vi deler fullt ut bekymringen for liberal bruk av antibiotika til barn med luftveisinfeksjoner. Derfor har vi understreket betydningen av å skille barn med langvarig vedvarende våt hoste fra den store gruppen med hyppige og/eller langvarige akutte luftveisinfeksjoner. Å begrense bruk av antibiotika er et av våre argumenter for at disse barna foreløpig bør henvises til spesialist. Vi vektlegger uheldige sider ved antibiotikabehandling betydelig i vurderingen, og prøver å avvende behandling når vi kan. De fleste barna vi behandler har hatt betydelige symptomer i mange måneder med begrenset livskvalitet, også for foreldrene. Vi vektlegger og at ubehandlet bakteriell bronkitt kan bidra til utvikling av bronkiektasier og kronisk lungeskade (3, 4).

Det er mange ubesvarte spørsmål angående protraisert bakteriell bronkitt (4). Det vil komme kontinuerlig oppdatert kunnskap om vurderingen og behandlingen av disse barna de neste årene, dette mener vi også er en grunn til at disse barna bør vurderes hos spesialist.

LITTERATUR

1. Chang AB, Robertson CF, Van Asperen PP et al. A multicenter study on chronic cough in children : burden and etiologies based on a standardized management pathway. *Chest* 2012; 142: 943 - 50. [PubMed][CrossRef]
2. Øymar K, Mikalsen IB, Furu K et al. Prescription patterns of inhaled corticosteroids for preschool children—A Norwegian register study. *Pediatr Allergy Immunol* 2015; 26: 655 - 61. [PubMed][CrossRef]
3. Chang AB, Upham JW, Masters IB et al. Protracted bacterial bronchitis: The last decade and the road ahead. *Pediatr Pulmonol* 2016; 51: 225 - 42. [PubMed][CrossRef]
4. Kantar A, Chang AB, Shields MD et al. ERS statement on protracted bacterial bronchitis in children. *Eur Respir J* 2017; 50: 50. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 8. januar 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.17.1089
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 9. juli 2026.