
Bronkiolitt skal ikke behandles med glukokortikoider eller antibiotika

FRA FAGMILJØENE

ELLEN BERIT NORDAL

ellen.nordal@icloud.com

Barne- og ungdomsklinikken

Universitetssykehuset Nord Norge

og

Institutt for klinisk medisin

UiT – Norges arktiske universitet

Ellen Berit Nordal er spesialist i barnesykdommer, overlege og førsteamanuensis.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

HILDEGUNN NORBAKKEN GRANSLO

Barne- og ungdomsklinikken

Universitetssykehuset Nord Norge

og

Institutt for klinisk medisin

UiT – Norges arktiske universitet

Hildegunn Norbakken Granslo er overlege og førsteamanuensis.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

EIRIN ESAIASSEN

Barne- og ungdomsklinikken

Universitetssykehuset Nord Norge

og

Institutt for klinisk medisin

UiT – Norges arktiske universitet

Eirin Esaiassen er spesialist i barnesykdommer, overlege og førsteamanuensis.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

CARINA BENEDIKTE BJØRKVOLL LEKNESSUND

Barne- og ungdomsklinikken

Universitetssykehuset Nord Norge

Carina Benedikte Bjørkvoll Leknessund er spesialist i barnesykdommer og overlege.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

BÅRD ANDERS FORSDAHL

Barne- og ungdomsklinikken

Universitetssykehuset Nord Norge

Bård Anders Forsdahl er spesialist i barnesykdommer og overlege, med lungesykdommer hos barn som hovedinteressefelt.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Vi er inne i en hektisk sesong med virale luftveisinfeksjoner. Respiratorisk syncytialvirus (RS-virus) er den hyppigste årsaken til bronkiolitt hos barn. Pедиатriveilederen er tydelig på at perorale glukokortikoider ikke har noen plass i behandlingen av bronkiolitt og at det sjelden er behov for antibiotika.

Det er ikke bare koronaviruset som setter helsevesenet vårt på prøve i år. Respiratorisk syncytial-, rhino- og metapneumovirus samt andre luftveisvirus kan ramme de yngste barna hardt, med risiko for nedre luftveisinfeksjoner som bronkiolitt eller pneumoni. Betegnelsen bronkiolitt avgrenses til barn under ett år, og respiratorisk syncytialvirus (RS-virus) påvises hos opptil 50–80 % av barna.

Folkehelseinstituttet beregner at årets RS-virusepidemi blir mer omfattende både i antall og varighet enn tidligere år (1). De vanligste symptomene er hoste, økt slimproduksjon og økt pustearbeid med inndragninger og nesevingespill. De yngste spedbarna kan ha mer atypisk klinikk med apné og spisevansker. Fremmedlyder ved auskultasjon over lungeflatene er typisk for bronkiolitt, ofte i form av fine knatrelyder eller pipe- og slimlyder som lett kan feiltolkes som bakteriell pneumoni. Disse barna har sjelden gjøende hoste, som ved laryngitt, eller er obstruktive, som ved astma. Vi erfarer at mange av barna med bronkiolitt har fått perorale steroider før innleggelse på sykehus. Derfor vil vi løfte fram de faglige anbefalingene for behandling av bronkiolitt som står i pediatriveilederen fra Norsk barnelegeforening (2).

Behandlingen av bronkiolitt er ro og hvile, liggestilling med hevet overkropp og hode samt nesestell med saltvannsdråper og fjerning av sekret. Ved betydelig respirasjonsbesvær, apné eller vansker med matinntak er det behov for sykehusinnleggelse for overvåkning. Ekstra oksygen, væske, ernæring og respirasjonsstøtte gis etter behov.

Unngå unødig behandling

Systemiske glukokortikoider har ikke dokumentert effekt på bronkiolitt og er ikke anbefalt (3, 4). Ingen former for inhalasjonsbehandling har vist redusert liggetid i sykehus, færre komplikasjoner eller mindre behov for støttebehandling, selv om enkelte studier har vist en kortvarig, symptomatisk effekt av saltvannsinhalasjoner (3–5). Antibiotika er sjelden indisert. Sekundær bakteriell infeksjon forekommer anslagsvis hos bare 0,5 % av innlagte barn med bronkiolitt (2, 3).

Det steroidet som oftest gis til små barn, er betametason (Betapred, uregistrert preparat) oppløst i vann. Betametason er et potent steroid, der 0,75 mg tilsvarer 5 mg prednisolon og 25 mg kortison. Anbefalt dosering ved laryngitt er på 4 mg til barn under 10 kg og 6 mg over 10 kg. Vår erfaring er at tilsvarende doser gis relativt hyppig til barn med bronkiolitt. Betametason i disse dosene tilsvarer 26 mg prednisolon til barn under 10 kg (2,6 mg/kg) og 40 mg til barn over 10 kg (inntil 4,0 mg/kg). Små barn med hyppige luftveisinfeksjoner kan erfaringsmessig ha fått flere slike kurer i løpet av sine første leveår. Betametason har høy risiko for uønskede bivirkninger på grunn av protrahert virkning (6). Hvilke konsekvenser slike gjentatte «hestedoser» har for barnas søvn, velvære, infeksjonsforsvar, vekst og utvikling, er uvisst.

Slagordet «Mer er ikke alltid bedre» brukes i Legeforeningens Gjør kloke valg-kampanje. Fastleger, legevaktleger og personell på barneavdelinger gjør en imponerende innsats for å håndtere alle som søker helsehjelp for luftveisinfeksjoner. Men: Perorale glukokortikoider har ingen plass i behandlingen av bronkiolitt, og det er svært sjelden behov for antibiotika.

LITTERATUR

1. Folkehelseinstituttet. Forskere beregnet framtidige luftveisinfeksjoner blant små barn. <https://www.fhi.no/nyheter/2021/forskere-beregnet-framtidige-luftveisinfeksjoner-blant-sma-barn/> Lest 26.11.2021.
2. Helsebiblioteket. Pediatrivedledere fra Norsk barnelegeforening: Akutt bronkiolitt. <https://www.helsebiblioteket.no/pediatrivedledere?menuitemkeylev1=6747&menuitemkeylev2=6543&key=148914> Lest 26.11.2021.
3. Florin TA, Plint AC, Zorc JJ. Viral bronchiolitis. *Lancet* 2017; 389: 211–24. [PubMed][CrossRef]

4. Meissner HC. Viral bronchiolitis in children. *N Engl J Med* 2016; 374: 62–72. [PubMed][CrossRef]
 5. Skjerven HO, Hunderi JOG, Brüggmann-Pieper SK et al. Racemic adrenaline and inhalation strategies in acute bronchiolitis. *N Engl J Med* 2013; 368: 2286–93. [PubMed][CrossRef]
 6. Norsk legemiddelhåndbok. L3.7.1.7 Betametason.
<https://www.legemiddelhandboka.no/L3.7.1.7/Betametason> Lest 26.11.2021.
-

Publisert: 30. desember 2021. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.21.0862

Mottatt 7.12.2021, godkjent 20.12.2021.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 4. juni 2026.