

Kikhoste hos spedbarn er fortsatt aktuelt på tross av vaksine, og diagnosen kan være vanskelig å stille i begynnelsen av sykdomsforløpet.

Kikhoste hos spedbarn

En mor tar i dette nummer av Tidsskriftet opp en del aktuelle forhold om kikhoste hos spedbarn (1). Hun skriver at hun som mor til et sykt barn ikke ble tatt alvorlig ved de første kontaktene med helsevesenet og selv måtte dra direkte til sykehuset. Hun anfører videre at legene har for lite kunnskap om kikhoste hos så små barn og at de er for dårlige til å formidle den kunnskapen som finnes.

I en tidlig fase av sykdommen skiller ikke kikhoste hos småbarn seg fra virale luftveisinfeksjoner. Det er viktig å ta foreldrenes bekymring på alvor, undersøke barnet grundig, gi råd om hva de spesielt skal observere og oppfordre til å ta kontakt med lege på ny dersom symptomene skulle forverres eller at sykdommen drar ut i tid. Slike leserbrev er svært nyttige, for de gir grunnlag for diskusjon, ettertanke og mulighet til å spre viktig og relevant kunnskap til legene.

Kikhoste forårsakes av bakterien *Bordetella pertussis*. Sykdommen arter seg som en langvarig og kraftig hoste, ofte med karakteristiske kikeanfall etterfulgt av brekninger. Spedbarn er mottakelige for smitte fra fødselen. Før vaksinen ble innført i Norge ble ca. 90 % av alle barn smittet av kikhoste i barneårene, og i 1949 ble det rapportert 80 dødsfall hos små barn pga. denne sykdommen (2).

I Norge ble vaksinen innført i 1952, og med vaksinen ble antall tilfeller sterkt redusert. Vaksinen var først en helcellevaksine som kunne gi feber, lokalreaksjoner og smerte på stikkstedet. Fra 1998 ble denne vaksinen erstattet av en acellulær vaksine, som består av rensede komponenter fra kikhostebakteriene og som gir betydelig mindre bivirkninger. I Sverige, der helcellevaksinen ble trukket tilbake i 1979, medførte innføringen av den acellulære vaksinen en reduksjon i bakteriologisk verifiserte tilfeller av kikhoste med 80–90 % (3).

På verdensbasis er det fortsatt ca. 350 000 dødsfall årlig som følge av kikhoste (4). I USA er det ca. 2 000 tilfeller årlig med kikhoste hos spedbarn, og tallet er økende, spesielt for barn under fire måneder (5). Blant de med kikhoste i aldersgruppen 0–1 måned ble 82 % innlagt, fallende til 36 % av barna i alderen 10–11 måneder.

Symptomene på kikhoste starter med et katarralsk stadium med forkjølelsesliknende symptomer som hoste, feber og rennende nese (2). På dette stadiet skiller ikke kikhoste hos småbarn seg fra virale luftveisinfeksjoner. CRP vil ikke være særlig økt, men kan være nyttig å ta av differensialdiagnostiske grunner. Hos barn med slike symptomer er det viktig å spørre om de kan ha vært utsatt for kikhostesmitte, for eventuelt å gi profylaktisk behandling med erytromycin.

Etter 1–2 uker kommer anfallsstadiet med intens hoste som kan vare i flere uker, kombinert med kiking (forsert inspirasjon), eventuelt også oppkast. Leukocytose med absolutt lymfocytose er karakteristisk fra slutten av det katarralske stadiet og under anfallsstadiet. Hos de minste spedbarna er dette mindre diagnostisk, da de kan reagere med lymfocytose ved mange forskjellige typer infeksjoner og antall hvite blodlegemer ofte ikke er økt (6). De minste spedbarna kan ha symptomer som apné og bradykardi, og typisk hoste kan være minimal eller fraværende (5).

Kikhoste kan være farlig for små barn, spesielt spedbarn som kan slutte å puste i forbindelse med hosteanfallene. Dødsfall pga. kikhoste forekommer i dag svært sjelden i Norge. Behandling med erytromycin har terapeutisk effekt dersom det gis tidlig i sykdomsforløpet, dvs. før kikingen har startet (2). Behovet for sykehusinnleggelse vil avhenge av barnets symptomer, og i alle fall være nødvendig ved kiking eller apné.

Målet med vaksinen mot kikhoste er ikke å utrydde sykdommen, men å hindre at barn under to år skal få sykdommen. I det norske rutinevaksinasjonsprogrammet blir barna vaksinert ved tre, fem og 11–12 måneders alder. Vaksinen gir 80 % beskyttelse mot klassisk kikhoste, og vaksinasjonsdekningen er ca. 92 %. Vaksineindusert immunitet avtar etter ca. fem år. I 2002 var det 91 tilfeller av kikhoste hos barn under to år i Norge, mens det totalt ble meldt vel 3 000 tilfeller (2). Større barn og voksne er derfor en viktig kilde til spredning av denne bakterien, men blir selv sjelden alvorlig syke.

Mange europeiske land har innført en fjerde dose kikhostevaksine (boosterdose). Dette er foreslått av Folkehelseinstituttet i flere år, men det er foreløpig ikke bevilget penger til det. En slik boosterdose vil kunne redusere smittepresset til de små barna. Dersom uvaksinerte barn under to år blir utsatt for kikhostesmitte, bør de gis erytromycin profylaktisk for å mildne eller forkorte forløpet av kikhoste. Delvis vaksinerte bør få ny vaksinedose dersom det er gått mer enn fire uker siden siste dose.

Trond Flægstad
trond.flagstad@unn.no

Trond Flægstad (f. 1952) er professor i barnesykdommer ved Universitetet i Tromsø og overlege ved Barneavdelingen, Universitetssykehuset Nord-Norge. Han har forskningsmessig og klinisk spesielt arbeidet med infeksjoner og kreftsykdommer hos barn.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Nyeng TS. Kikhoste hos småbarn. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 531.
2. Kikhoste (pertussis). www.fhi.no/artikler/?id=28647 (20.1.2004).
3. Olin P, Gustafsson L, Barreto L, Hessel L, Mast TC, van Rie A et al. Declining pertussis incidence in Sweden following the introduction of acellular pertussis vaccine. Vaccine 2003; 21: 2015–21.
4. Wathne KO, Bøhler E. Global barnehelse – tiltak som virker. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2607–11.
5. Tanaka M, Vitek CR, Pascual FB, Bisgard KM, Tate JE, Murphu TV. Trends in pertussis among infants in the United States, 1980–90. JAMA 2003; 290: 2968–75.
6. Fung KSC, Yeung WL, Wong TW, So KW, Cheng AFB. Pertussis – a re-emerging infection? J Infect 2004; 48: 145–8.