



Titel:	Kronisk hoste hos børn og unge
Forfattergruppe:	- Signe Thim, Speciallæge, Børne Center for Lunge- og Allergisygdomme, Aarhus Universitetshospital - Bo Chawes, Professor, Overlæge, Børne- og Ungeafdelingen, Herlev og Gentofte Hospital - Elisabeth Christiansen, Speciallæge, H.C. Andersen Børne og Ungehospital, Odense Universitetshospital - Julie Prahl, Speciallæge, Børne- og Ungeafdelingen, Herlev og Gentofte Hospital - Lisbeth Kruse, Praktiserende Speciallæge i Pædiatri. Børneklinik Nord, Brønderslev. - Louise Aarestrup Eriksen, Reservelæge, Børne- og Ungeafdelingen, Herlev og Gentofte Hospital - Sune Rubak, Overlæge, Børne Center for Lunge- og Allergisygdomme, Aarhus Universitetshospital
Fagligt ansvarlige DPS-udvalg:	Allergologi og Pulmonologi
Tovholders navn og mail:	Signe Thim, signe.thim@rm.dk
Udgivelse	Oktober 2025

Kronisk hoste hos børn og unge

Indholdsfortegnelse

Kronisk hoste hos børn og unge	1
Indholdsfortegnelse	1
Resume	1
Baggrund	2
Symptomer og objektive fund	3
Differentialdiagnoser	4
Undersøgelser	4
Behandling	5
Monitorering	6
Diagnosekoder	6
Referencer	6
Interessekonflikter	6
Appendiks	7

Resume

Kronisk hoste defineres som daglig hoste i mere end 4 uger og inddeles i tør og våd (produktiv) hoste. Kronisk hoste skal udredes. Kronisk hoste kan være tegn på alvorlige sygdom, hvor tidlig diagnostik og relevant behandling kan bedre barnets udvikling og trivsel - og mindske følgeskaderne på lungerne. Hvis der er faresignaler, bør udredningen starte før 4 ugers varighed.

Baggrund

Hoste er hyppigt forekommende hos børn og unge og fører ofte til kontakt til sundhedsvæsnet. Hoste er en vigtig og normal refleks, der beskytter og renser luftvejene, men hoste kan også være tegn på sygdom både pulmonalt og ekstrapulmonalt. Hoste er ofte selvlimiterende. Hos ellers upåvirkede, afebrile børn anbefales udredning og evt. medicinsk behandling først efter en varighed på 4 uger, hvor hosten betegnes som kronisk. Det er vigtigt at skelne kronisk hoste fra hyppige almindelige luftvejsinfektioner, hvor der typisk vil være en 'pause' i hosten mellem infektioner, da disse børn som udgangspunkt ikke skal udredes.

Det er vigtigt at undersøge den underliggende årsag til kronisk hoste. Hyppigste fund af underliggende årsag i publicerede studier er persisterende bakteriel bronkitis, pneumoni, bronkiektasi og astma.

Årsager til kronisk hoste opdelt i tør og våd/produktiv hoste

Hyppige årsager til tør hoste

- Infektionsudløst astma/astmatisk bronkitis (småbørn)
- Gastroøsofageal reflux (alle aldre, hyppigst 0-2 år)
- Hypertrofiske tonsiller/næsepolypper med postnasalt dryp (alle aldre)
- Vanebetinget hoste (fra 5-6 årsalderen)
- Astma (skolebørn)
- Allergisk rhinitis (sjældent før 3 år)
- Rhinosinuitis
- Postinfektøs hoste forårsaget af bordetella pertussis, mycoplasma og virusinfektioner. Hostereceptorhypersensitivitet efter virusinfektioner er en variant af dette (alle aldre)

Sjældne årsager til tør hoste

- Diffus lungesygdom (alle aldre)
- Hjerterinsufficiens, pulmonal hypertension eller hyperperfusion (venstre-højre shunts) (alle aldre)
- Medicinsk udløst (ACE-hæmmere) (alle aldre)
- Irritation i øregang (Arnolds refleks) (alle aldre)

Årsager til våd / produktiv hoste

- Persisterende bakteriel bronkitis (alle aldre, hyppigst 6 mdr-3 år)
- Strukturelle forhold i luftveje og kar som disponerer til infektion (trakeo- og bronkomalaci, trakeoøsofageal fistel, vaskulær ring etc.) (alle aldre)
- Aspiration af fremmedlegeme (alle aldre, hyppigst 0-2 år)
- Nedsat mucociliær clearance pga nedsat hostekraft (hypotoni, neurologisk sygdom)
- Bronkiektasier (alle aldre)
- Immundefekter (alle aldre)
- Recidiverende aspiration grundet grundsygdom, fx ved cerebral parese (alle aldre)
- Tuberkulose (TB) (hosten kan være tør) (alle aldre)
- Cystisk fibrose (CF) (alle aldre)

- Primær ciliedyskinesi (PCD) (alle aldre)

Symptomer og objektive fund

Anamnese

- Familier disposition.
- Eksposition: tobaksrøg, husdyr, allergener, rejseanamnese/TB
- Neonatale symptomer
- Debut og varighed af hosten
- Hostens karakter: våd/tør, mild/svær, gøende, anfaldsvis, kigen, irritativ
- Udløsende faktorer: infektion, anstrengelse, pelsdyr, pollen, sæsonvariation, natlig/morgen (intervalsymptomer, astma) liggende stilling, under måltid (fistel, laryngeal kløft), efter måltid (refluks)
- Andre symptomer: dyspnø (grad af funktionsbegrænsning, taledyspnø), hvæsen/piben, rallelyde, stridor (inspiratorisk/ekspiratorisk)
- Komorbiditet: atopisk dermatitis, rhinokonjunktivitis, fødevareallergi.
- Svinder hosten når barnet sover? (mulig vanebetinget hoste)
- Tegn på obstruktiv søvnapnø (abnorm vejrtrækning under søvn, træthed, hyppig natlig opvågning, mundrespiration)
- Synkebesvær, tendens til fejlsynkning
- Trivsel herunder optegning af vækstkurve
- Medicin eller anden behandling for hosten og effekt
- Anden medicin

Objektive undersøgelse

- Saturation og respirationsfrekvens
- Vurder vejrtrækningen (indtrækninger, bilyde på inspiration/expiration, forlænget expirium, støden, sekretraslen, observer om muligt hosten)
- St. p. et st. c.
- Thoraxform
- Nasalstenose (inflammation, polypper)
- Otoskopi (irritation, store mængder cerumen)
- Tonsilstørrelse, c. oris
- Lymfeknuder
- Atopisk eksem
- Clubbing (ses sjældent)
- Grov neurologisk undersøgelse herunder tonus

Differentialdiagnoser

Faresignaler ved kronisk hoste samt oversigt over mulige årsager. Vær opmærksom på at oversigten over differentialdiagnoser ikke er en udtømmende liste.

Symptomer og fund	Differentialdiagnoser
Debut i neonatalperioden	Medfødt lungemisdannelse, PCD, immundefekt
Hoste i forbindelse med måltider	Aspirationssyndrom, tracheo-øsofageal fistel, laryngeal kløft
Pludselig debut med stridor eller anden vejrtrækningsbesvær	Fremmedlegeme
Vægttab, TB-eksposition, røntgenforandringer	TB
Dårlig trivsel	CF, anden kronisk lungesygdom
Recidiverende pneumonier	Immundefekt, bronkiektasier, fremmedlegeme, CF, PCD
Hæmoptyse	Slimhindeblødning i øvre luftveje. Fremmedlegeme, TB, bronkiektasier, CF, lungeabsces, AV-malformation, lungetumor
Kronisk forkølelse/løbenæse, kronisk rhinosinuitis og recidiverende otitis media	PCD
Clubbing	Diffus lungesygdom
Dyspnø	Diffus lungesygdom, astma, hjerteinsufficiens
Synkebesvær	Cerebral parese, neuromuskulær sygdom, kraniofascialt syndrom, aspirationssyndrom, laryngomalaci

Tabel 1

Undersøgelser

- Røntgen thorax
- Spirometri (med bronkodilatortest og evt. anstrengelsestest fra 6-årsalderen)

Evt. supplerende undersøgelser, afhængigt af anamnese og objektive fund samt afhængigt af muligheder på den enkelte afdeling

- Priktest eller måling af specifik-IgE antistoffer overfor inhalationsallergener
- FeNO
- Blodprøver: leuko + diff. (obs eosinofili), immunglobuliner ved hyppige infektioner
- PCR ved mistanke om mycoplasma eller pertussis infektion.

- Mantoux og/eller Quantiferon (interferon gamma-frigørelse) ved mistanke om TB
- Larynxug/ekspektorat til D+R og mikroskopi kan overvejes (leukocytter i sekret, cylinderepitel, mikroorganismer)
- Udvidet lungefunktionsstatus inkl. diffusionskapacitet
- Ved mistanke om problemstilling i øvre luftveje: vurdering ved ØNH
- Nasal-NO
- Svedtest, CF-genetik
- HRCT af thorax eller CT-thorax med kontrast; drøftes med pædiatrisk pulmonolog
- Bronkoskopi; drøftes med pædiatrisk pulmonolog

Se algoritme for udredning af kronisk hoste nedenfor i Appendiks

Behandling

Ved kronisk hoste skal den underliggende tilstand behandles.

- Ved mistanke om postinfektøs hoste eller **astma** afprøves inhalationssteroid i 3 mdr. Herefter forsøges medicinen seponeret for at skelne fra spontan resolution. Forældre og barn instrueres i korrekt inhalationsteknik.
- Børn med tegn på **allergisk rhinitis** og hoste med slim i øvre luftveje behandles med steroidnæsespray, orale antihistaminer, og reduktion af allergeneksposition.
- **Persisterende bakteriel bronkitis (PBB)** er kronisk våd hoste uden kendt underliggende sygdom eller specifikke fund, der svinder på 2 til 4 ugers behandling med amoxicillin og clavulansyre 50 mg/kg/døgn fordelt på 3 doser - maks. 500 mg x 3. Behandlingen er empirisk. Hvis barnet er symptomfrit efter 2 uger, stoppes behandlingen, ellers forlænges behandlingen til 4 uger i alt. Persisterende bakteriel bronkitis er en udelukkelsesdiagnose. Der skal foreligge normalt røntgen thorax og der må ikke være mistanke om andre årsager til hoste hvis der behandles for PBB, herunder ingen faresignaler (tabel 1). Valg af behandling for PBB bør drøftes med lokal specialeansvarlig. Hvis våd hoste ikke svinder på 4 ugers behandling, anbefales det at drøfte yderligere udredning med pædiatrisk pulmonolog (tabel 2).
- **Vanebetinget hoste** udvikles ofte efter en øvre luftvejsinfektion. Den er ofte bizar, gøende, tics lignende, øges ofte under opmærksomhed og svinder, når barnet sover. Hosten er ikke udtryk for psykologiske problemer.
- **Hostestillende midler** er generelt virkningsløse undtagen opioider, der ikke er et tilbud til børn.
- Generelt opfordres forældre til at **sanere for luftvejsirriterende stoffer** som tobaksrøg.

Forældreinformation

- Forældre til et barn med *akut hoste* vil have gavn af information om hostens sandsynlige varighed og godartede karakter. Hoste er en vigtig refleks der beskytter luftvejene. Der kan gå op til 3-4 uger før barnet med akut hoste stopper med at hoste. Denne information gives sammen med varsling om, hvornår de bør genhenvende sig til egen læge eller vagtlæge.

Monitorering

Kontrol og monitorering afhænger af underliggende fund og diagnose - herunder om monitorering og kontrol kan foregå på børneafdeling eller hos egen læge.

Hvis der ikke findes årsag og hoste vedvarer, så skal barnet drøftes med pædiatrisk pulmonolog med henblik på yderligere udredning.

Diagnosekoder

Hoste UNS DR059

Pneumoni UNS DJ189

Dyspnø DR060

Astma DJ45

Status astmatics DJ46

Bronkiektasi DJ479

Andre interstitielle lungesygdomme DJ84

Atelektase i lunge DJ981

Anden lungesygdom DJ984

Referencer

1. Managing Chronic Cough as a Symptom in Children and Management Algorithms. Chang AB et al. Chest 2020; 158 (1): 303-329
2. Shields MD et al. Cough Guideline Group. BTS guidelines: Recommendations for the assessment and management of cough in children. Thorax. 2008 Apr;63 Suppl 3:iii1-iii15. doi: 10.1136/thx.2007.077370.
3. O'Grady KF, Drescher BJ, Goyal V, et al. Chronic cough postacute respiratory illness in children: a cohort study. Arch Dis Child. 2017;102(11):1044-1048.
4. Hall KK, Chang AB, Anderson J, et al. The incidence and outcomes of acute respiratory illness with cough in children from a socioeconomically disadvantaged urban community in Australia. Front Pediatr. 2017;5:228. 32
5. ERS guidelines on the diagnosis and treatment of chronic cough in adults and children. Alyn H Morice et al. Eur Respir J. 2019 September 12; 55(1):
6. ERS statement on protracted bacterial bronchitis in children. Ahmad Kantar, Anne B. Chang et al. Eur Respir J 2017; 50: 1602139
7. History Taking as a Diagnostic Tool in Children With Chronic Cough. Kantar A, Marchant JM, Song W-J, Shields MD, Chatziparasidis G, Zacharasiewicz A, Moeller A and Chang AB. Front. Pediatr. 2022, 10:850912.
8. Management of children and adolescents with bronchiectasis: summary of the ERS clinical practice guideline. Chang AB, Grimwood K, Boyd J, et al. Breathe 2021; 17: 210105.

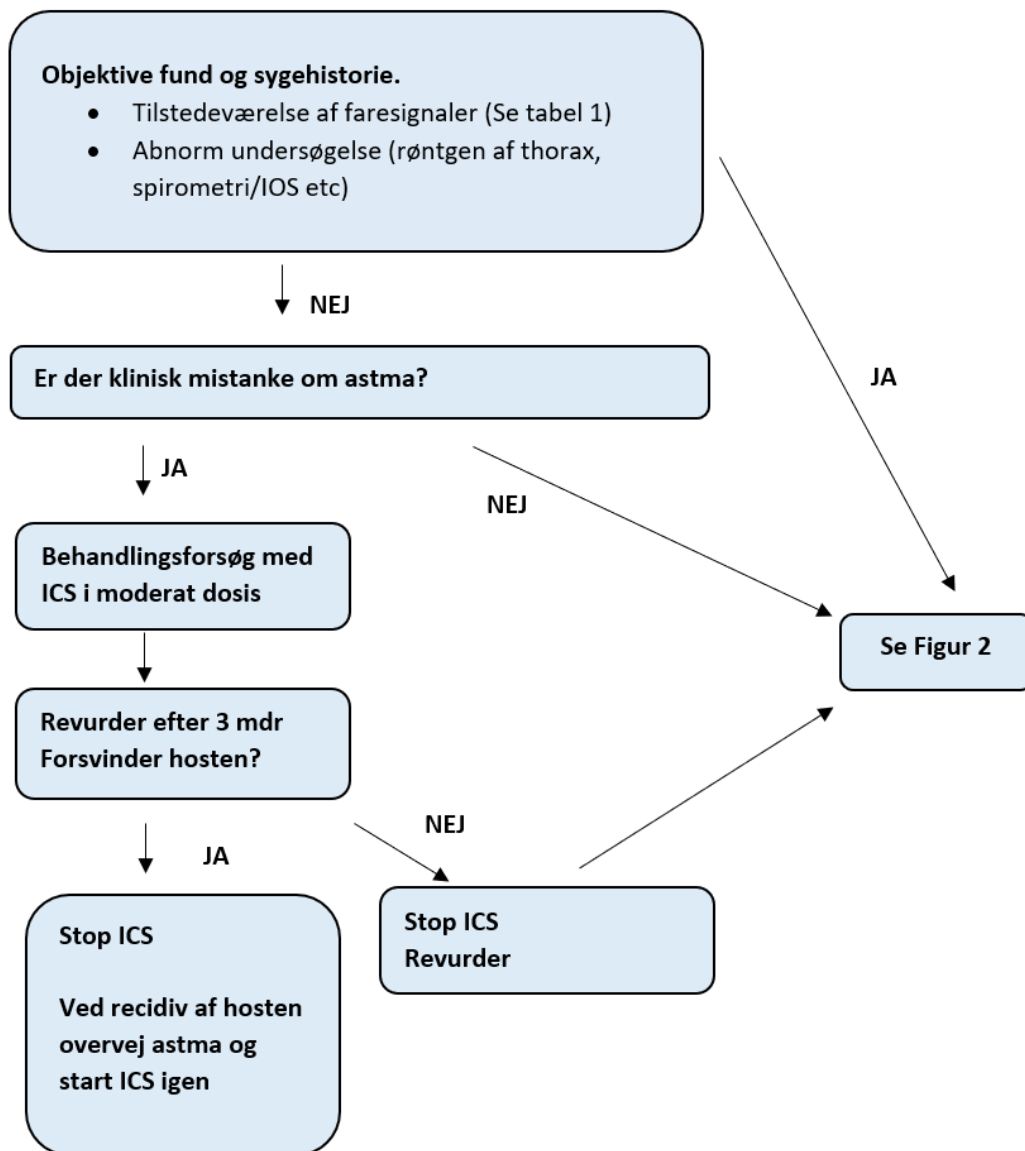
Interessekonflikter

Ingen

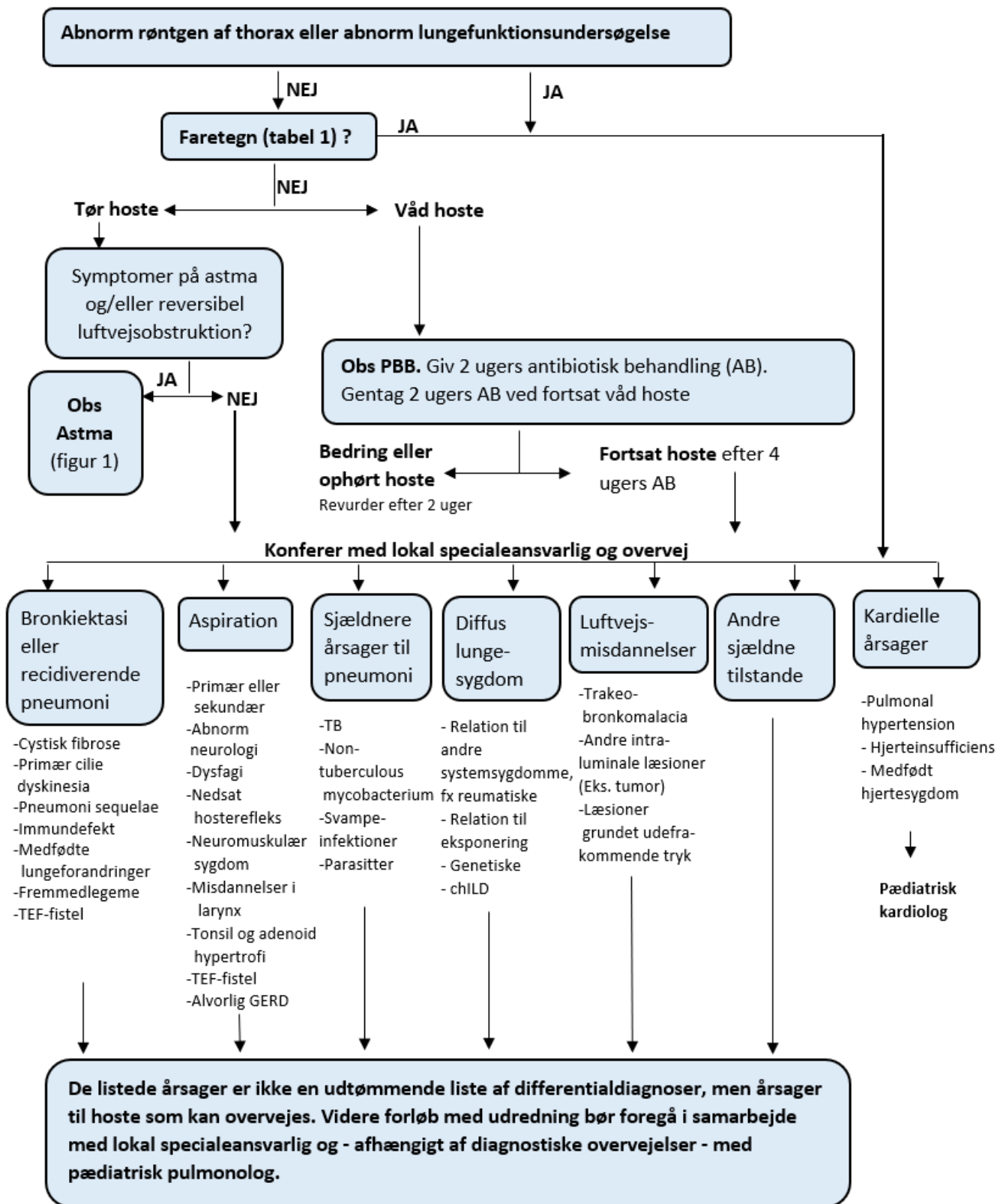
Appendiks



Figur 1. Diagnostiske overvejelser ved børn med hoste i mere end 4 uger



Figur 2. Diagnostiske overvejelser ved kronisk hoste hos børn



PBB = Protraheret bronchial bronchiolitis. TEF = Tracheal-esophageal fistula. GERD = Gastroesophageal reflux disease.