

# Kronisk obstruktiv lungesygdom – en overset livsstilssygdom

Lars C. Laursen & Asger Dirksen

Det er i de senere år lykkedes at bremse udviklingen i en lang række af de store livsstilssygdomme, men kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) er fortsat i tiltag. I WHO forudsiger man, at KOL vil være den tredjehyppigste dødsårsag og femtehyppigste sygdom i 2020. I dette nummer af Ugeskriftet bekræfter *Nanna Eriksens* undersøgelse [1] resultater fra udlandet, som viser, at KOL-patienter, der indlægges med eksacerbation, har en høj risiko for genindlæggelse og en høj dødelighed (36% i det første år).

Hovedårsagen til KOL-epidemien er det stadigt stigende tobaksforbrug, specielt blandt kvinder (i Sverige har kvinderne overhalet mændene, hvad angår rygning). På verdensplan er der øget fokus på sygdommen bl.a. med WHO og NIH's udgivelse af en evidensbaseret Global initiative for chronic Obstructive Lung Diseases (GOLD) guideline (<http://www.goldcopd.com>).

I forhold til andre store folkesygdomme udmærker KOL sig ved, at flertallet af indlagte patienter behandles uden for lungemedicinske afdelinger og overvejende af læger uden dokumenteret interesse og særlig viden om sygdommen. Det var måske acceptabelt, så længe rygeophør var den eneste betydende faktor til effektivt at bremse udviklingen i sygdommen, men også på dette område er det vist, at mere fokus på sygdommen øger succesraten [2].

Langtidsbehandling med ilt i hjemmet til KOL-patienter med hypoksæmi og/eller cor pulmonale er en anden sygdomsmodificerende behandling, for hvilken det er vist, at man ikke altid opnår et optimalt resultat, når behandlingen overlades til en bredere kreds af ikkespecialister [3].

Som undersøgelsen af *Nanna Eriksen* [1] viser, har KOL-sygdommen et snigende forløb og viser sig først sent i livet med tiltagende funktionsdyspnø og nedsat livskvalitet. For mange patienter fører tilstanden til social isolation, hyppige kontakter til egen læge, stort medicinforbrug og gentagne indlæggelser.

Øget opmærksomhed på KOL hos medicinindustrien har sat skub i forskning i medikamentel behandling. Der er stigende evidens for, at behandling med inhalerede steroider (og måske også langtidsvirkende bronkodilatorer) kan reducere antallet af indlæggelser hos patienter med moderat til svær KOL [4]. Omvendt møder lungemedicineren mange KOL-patienter, som er sat i langtidsbehandling med perorale steroider, selv om man i flere randomiserede kliniske studier (A-evidens) ikke har kunnet vise nogen gavnlig effekt af denne behandling, som næsten altid medfører bivirkninger i form af

vægtøgning, hudblødninger, muskelatrofi og osteoporose. *Massaro* & *Massaros* opdagelse af, at retinoider (vitamin A) fremmer regenerationen af alveolært væv hos gnavere med tobaksinduceret emfysem, har vakt et håb om, at man også hos mennesket vil kunne identificere stoffer, som kan stimulere genopbygning af lungevæv hos patienter med KOL.

Hvad er realistisk på mere kort sigt? Der arbejdes i øjeblikket på at udvikle en vandrejournal, der kan benyttes til at monitorere patienterne, og som samtidig kan have effekt på kompliance både mht. medicinforbrug, tobaksabstinens og andre rehabiliteringstiltag. Det er planen at samle data i et landsdækkende KOL-patientregister for at øge kendskabet til sygdommens natur og forskellige forløbsformer.

I stigende grad arbejdes der på at etablere sygeplejebaseret ambulant kontrol og måske med tiden hjemmebesøg af specialtrænede sygeplejersker, som det allerede sker forskellige steder i udlandet, for at forebygge genindlæggelser på grund af opblussen i symptomerne. Rehabilitering i form af fysisk træning af patienter med KOL har vist sig at være udbytterigt og medfører en målbar bedring i patienternes tilstand [5].

Rygeafvænnings og ikke mindst en mere konsekvent rygepolitik vil bidrage til at bremse stigningen i antallet af patienter med KOL. I den forbindelse er det vigtigt – som det bl.a. blev påpeget i en pressemeddelelse fra Dansk Lungemedicinsk Selskabs årsmøde i Helsingør i november 2002 – at gøre beslutningstagerne i det politiske system opmærksomme på betydningen af at begrænse tobaksreklamer både i de trykte medier, men også de mere skjulte former for reklamer i bl.a. (ungdoms-)film.

Behandlingen af KOL kræver en flerdimensional indsats: oplysning, rygeophør, jævnlig kontrol af lungefunktion, ernæringstilstand, korrekt medicinering i henhold til evidensbaserede retningslinjer, stillingtagen til rehabilitering, bedre samarbejde om patienten mellem primær- og sekundærsektoren og ikke mindst forskning i nye farmaka og behandlingsmetoder.

## Litteratur

1. Eriksen N, Hansen EF, Munch EP et al. Kronisk obstruktiv lungesygdom – indlæggelse, forløb og prognose. Ugeskr Læger 2003;165:3499-502.
2. Brandt CJ, Ellegaard H, Joensen M et al. Effect of diagnosis of "smoker's lung". RYLLUNG Group. Lancet 1997;349:253.
3. Ringbæk TJ, Lange P, Viskum K. Are patients on long-term oxygen therapy followed up properly? Data from the Danish Oxygen Register. J Intern Med 2001;250:131-6.
4. Rennard SI. COPD: treatments benefit patients. Lancet 2003;361:444-5.
5. BTS statement. Pulmonary rehabilitation. Thorax 2001;56:827-34.