

Kronisk obstruktiv lungesygdom – nye behandlingstilbud

Overlæge Thomas Ringbæk

STATUSARTIKEL

Dansk Lungemedicinsk Selskab

Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) er en folkesygdom med en prævalens blandt voksne på ca. 10% såvel på verdensplan som i Danmark. Imidlertid er hen ved 70% af disse tilfælde udiagnosticerede, og en betragtelig del af disse har lungesymptomer [1]. I erkendelse af, at tobaksrygning den væsentligste årsag til KOL i Danmark, har Sundhedsstyrelsen nu anbefalet screening i form af spirometri af alle +35-årige rygere/eksrygere med enten åndenød eller hoste (Figur 1). Formålet er at afklare årsagen til disse patienters symptomer, og desuden er der i dag en række behandlingstilbud. Rygere, der ikke har haft held til rygestop med nikotinprodukter, kan søge hjælp i nye præparater som bupropion og vareniclin. For nylig har to store langtidsstudier cementeret placeringen af inhalerede kortikosteroider og langtidsvirkende bronkodilatorer (formoterol, salmeterol og tiotropium) i behandlingen af KOL [2, 3]. Disse præparater er sikre, reducerer åndenød og risikoen for eksacerbation og har formentlig en gunstig effekt på overlevelse.

Mange KOL-patienter er deconditionerede og har svækket muskulatur pga. fysisk inaktivitet. Med stor succes tilbydes mange af disse nu rehabilitering med fysisk træning som det væsentligste element. Gevinsten er mindre åndenød, forbedret livskvalitet og fysisk formåen samt færre hospital dage. Udfordringen er at ændre patienternes vaner, så de efter det superviserede program fortsætter med at være fysisk aktive. Hidtil har træningen været rettet mod patienter i stabil fase, men nye studier har vist, at træning også i den ustabile fase (eksacerbationer) har en eklatant positiv effekt på de samme parametre og muligvis også på overlevelsen [4]. Problemet her er at tilpasse træningen til patientens tilstand, så patienten ikke taber motivationen.

Omtrent 24.000 patienter indlægges årligt med eksacerbation i KOL, og hen ved 10% af disse har svært respirationssvigt, hvor respiratorbehandling overvejes. Noninvasiv ventilation til disse patienter har vist sig at kunne halvere risikoen for at komme i respirator og for at dø under indlæggelsen [5].

De seneste års forskning har vist, at KOL-patienter ofte har en række komorbiditeter, såsom depression, knogleskørhed og hjertelidelser, som ikke blot kan forklares ud fra fælles risikofaktorer som høj alder og eksposition for tobaksrøg. Mekanismerne er ikke helt afklarede og synes at involvere bl.a. inaktivi-

FIGUR 1

Spirometri som led i screening af kronisk obstruktiv lungelidelse.



tet, hypoksæmi og kronisk inflammation i et komplekst samspil. Indtil vi er i stand til at forebygge disse komorbiditeter, må vi sørge for, at de bliver diagnosticeret og behandlet selvstændigt.

Fra at være en sygdom, hvor lægens moralsk løftede pegefinger over for tobaksrygning var den eneste reelle intervention, findes der i dag en lang række tilbud. For at sikre en høj kvalitet i behandlingen indgår KOL i det nationale indikatorprojekt, og for at sikre hensigtsmæssige patientforløb, har Sundhedsstyrelsen taget initiativ til forløbsprogrammer.

KORRESPONDANCE: Thomas Ringbæk, Lungemedicinsk Klinik, Hvidovre Hospital, DK-2650 Hvidovre. E-mail: ringbaek@dadlnet.dk

INTERESSEKONFLIKTER: Thomas Ringbæk er medlem af advisory board hos Boehringer Ingelheim, GlaxoSmithKline & Nycomed. Han har ikke været tilknyttet GlaxoSmithKline siden 2008.

LITTERATUR

1. Bednarek M, Maciejewski J, Wozniak M et al. Prevalence, severity and underdiagnosis of COPD in the primary care setting. *Thorax* 2008;63:402-7.
2. Calverley PM, Anderson JA, Celli B, Ferguson GT et al. TORCH investigators. Salmeterol and fluticasone propionate and survival in chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med* 2007;356:775-89.
3. Tashkin DP, Celli B, Senn S et al. A 4-year trial of tiotropium in chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med* 2008;359:1543-54.
4. Puhon M, Scharplatz M, Troosters T et al. Pulmonary rehabilitation following exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(1):CD005305.
5. Bolton R, Bleetman A. NIV Non-invasive ventilation and continuous positive pressure ventilation in emergency departments: Where are we now? *Emerg Med J* 2008;25:190-4.