

Passiv rygning og kronisk obstruktiv lungesygdom

Der hersker i dag ret bred enighed om, at passiv rygning øger risikoen for de store folkesygdomme, hjertekar-sygdom og lungekræft [1]. Med hensyn til kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) har dokumentationen for en årsagssammenhæng med passiv rygning været mere usikker. I dette nummer af Ugeskrift for Læger giver *Robertson et al* et godt overblik over, hvor vi står i dag med hensyn til den videnskabelige dokumentation for en mulig årsagssammenhæng mellem passiv rygning og KOL [2].

I 1981 blev der i *New England Journal of Medicine* publiceret et studie, som viste en dosis-respons-sammenhæng mellem kaffedrikning og pancreascancer, jo flere kopper kaffe om dagen, des større risiko [3]. Der skulle en stribe velgennemførte studier til at tilbagevise mistanken om en kausal sammenhæng mellem kaffe og pancreascancer. Med hensyn til KOL og passiv rygning er der nu flere velgennemførte, hypotesetestende studier, som uafhængigt af hinanden viser dosis-respons-sammenhæng. I studierne er der anvendt alment accepterede kriterier for KOL-diagnosen, mens der, som *Robertson et al* rigtigt gør opmærksom på, er store problemer på ekspositionssiden [2]. Det er meget nemmere at kvantificere graden af aktivrygning temmelig nøjagtigt, fordi de fleste rygere ryger nogenlunde den samme mængde tobak om dagen. De kan huske både dette, og hvor længe de har røget og leverer oftest pålidelige oplysninger. Graden af passivrygning er langt sværere at opgøre, fordi den er afhængig af et utal af faktorer med hensyn til både graden og varigheden af ekspositionen.

Et spørgsmål, som *Robertson et al* [2] ikke kommer ind på, er, om personer med α 1-antitrypsinmangel kan udvikle KOL ved passiv røgudsættelse. Det er velkendt, at personer med denne enzymmangel udvikler KOL tidligere og ved mindre tobaksdoser end normalbefolkningen. Man kunne derfor forvente, at en mulig årsagssammenhæng mellem passiv røgudsættelse og KOL hos personer med α 1-antitrypsinmangel ville være mere iøjnefaldende. Der er da også gode undersøgelser på området, som viser, at passivt røgudsatte unge med α 1-antitrypsinmangel får obstruktiv lungefunktionsnedsættelse i højere grad end andre unge [4]. Dette understøtter den videnskabelige dokumentation for en årsagssammenhæng mellem passivrygning og KOL.

På nuværende tidspunkt foreligger der ifølge

Robertson et al en rimelig dokumentation for årsagssammenhængen [2]. Hvis denne konklusion får medhold internationalt, bør det få samfundsmæssige og politiske konsekvenser. Hvor solid skal den videnskabelige dokumentation være, før man fra officiel side mener, at der er viden nok til at anerkende KOL som en erhvervsygdom hos en aldrigryger med årelang massiv udsættelse for passivrygning på arbejdet – f.eks. en bartender, en ansat på et værested for misbrugere eller en hjemmehjælper, som tilser storrygende ældre i deres boliger?

Tobaksindustrien brugte mange ressourcer på at afvise og bagatellisere resultaterne af de første videnskabelige resultater om den passive rygningens skadevirkninger på mennesker. I 1998 gennemgik amerikanske forskere 106 oversigtsartikler om helbredsskader af passiv rygning. De fandt, at der var 14 gange større chance for, at man i en artikel konkluderede, at passiv rygning var skadelig for helbredet, hvis forfatterne var uden indflydelse fra tobaksindustrien, end hvis der var interessekonflikter [5]. Den forvirring, som tobaksindustrien har haft stor succes med at skabe om resultaterne af den passive rygningens skadevirkninger, har medført, at en stor del af den danske befolkning, inklusive politikere, ikke tror på, at passiv rygning kan skade helbredet. Man kan håbe på, at den nye viden om passiv rygning og KOL vil medvirke til at få fremtidige sundhedsministre til at indse, at passiv rygning er noget, man som folkevalgt politiker skal arbejde på, at befolkningen beskyttes mod. Dette er ikke blevet mindre aktuelt, efter at der for første gang i 30 år er registreret en stigning i prævalensen af dagligrygere i den danske befolkning.

LITTERATUR

1. U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: areport of the surgeon general. U.S.Department of Health and Human Services Center for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office for Smoking and Health, 2006.
2. Robertson S, Pisinger CH, Løkke A et al. Passiv rygning er en risikofaktor for udvikling af nedsat lungefunktion og KOL. *Ugeskr Læger* 2019;181:V08180584.
3. MacMahon B, Yen S, Trichopoulos D et al. Coffee and cancer of the pancreas. *New Engl J Med* 1981;304:630-3.
4. Gorbo GM, Forastiere F, Agabiti N et al. Passive smoking and lung function in α 1-antitrypsin heterozygote schoolchildren. *Thorax* 2003;58:237-41.
5. Barnes D, Bero L. Why review articles on the health of passive smoking reach different conclusions. *JAMA* 1998;279:1566-70.

LEDER

Martin Døssing

Ugeskr Læger
2019;81:V70473

KORRESPONDANCE:

Martin Døssing, Aleris Hamlet. E-mail: doessing.martin@gmail.com

INTERESSEKONFLIKTER: ingen. Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk