

TIDIG DIAGNOS AV KOL UTMANING FÖR PRIMÄRVÅRDEN

De flesta patienter med lindrig och medelsvår KOL kommer att diagnostiseras, behandlas och följas upp i primärvården. Det gäller att bryta den tidigare negativa uppfattningen att sjukdomen inte är behandlingsbar.

BJÖRN STÅLLBERG, leg läkare, distriktsläkare, institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, allmänmedicin och klinisk epidemiologi, Uppsala

universitet
b.stallberg@salem.mail.telia.com
BENGT-ERIC SKOOGH, leg läkare, professor emeritus, Göteborg



KOL, kroniskt obstruktiv lungsjukdom, är en vanlig, i många fall underdiagnostiserad och underbehandlad sjukdom med ökande prevalens och dödlighet. Primärvården har fått en allt viktigare roll för upptäckt, diagnostik och omhändertagande av patienter med KOL.

Med ökande svårighetsgrad och successiv försämring av sjukdomen påverkas patientens livskvalitet allt mer. Försämringen leder också till ett ökat sjukvårdsbehov och ökade samhällskostnader.

Rökning är den helt dominerande orsaken till KOL, och den ökade KOL-prevalensen återspeglar den kraftigt ökade rökningen i Sverige efter andra världskriget. KOL var tidigare vanligare hos män än hos kvinnor, men statistik över sjukhusinläggningar och mortalitet visar att det sker en snabb könsutjämning.

Antalet dödsfall på grund av KOL (diagnoskoderna J44 och J43) har från 1997 till 2003 ökat med 35 procent [1]. Faktorer som påverkar prognosen negativt är, förutom lungfunktionsnedsättningen, förekomst av kronisk andningssvikt, cirkulationspåverkan, avmagring och andra samtidiga sjukdomar såsom hjärt-kärlsjukdomar. I det svenska KOL-vårdprogrammet anges att primärvården har en viktig roll i fråga om både tidig upptäckt av KOL och rökstutstöd [2].

Sen diagnos

KOL är en progredierande sjukdom med andnöd och sänkt lungfunktion som till största delen är irreversibel. I de allra flesta fall är sjukdomen orsakad av cigarrettrökning. Progressen av sjukdomen sker ofta så långsamt att patienten omedvetet anpassar sig till den successivt försämrade lungkapaciteten. Detta leder då till att diagnosen KOL ställs relativt sent. Sjukdomen åtföljs även i många fall av återkommande exacerbationer (försämringsskov), som ökar i antal med ökande svårighetsgrad av sjukdomen.

Skäl att misstänka KOL

Sjukdomen har många gånger ett smygande förlopp med initialt endast lindriga symtom. KOL skall misstänkas vid långvariga eller upprepade episoder av hosta, med eller utan upphost-

ningar, eller andnöd vid ansträngning och samtidig förekomst av riskfaktorer, främst tobaksrökning. Även återkommande luftvägsinfektioner hos rökare bör föranleda utredning.

Diagnostik i primärvården

I utredningen vid misstänkt KOL ingår, förutom anamnesupptagning, fysikalisk undersökning och spirometri, även lungröntgen för att utesluta andra lungsjukdomar. Viktiga differentialdiagnoser att tänka på är bland annat astma, hjärtsvikt och lungcancer. Diagnostik av KOL förutsätter tillgång till spirometri med bestämning av FEV₁, VC och FVC.

Enligt både svenska och internationella riktlinjer bekräftas KOL genom att med spirometri påvisa en luftvägsobstruktion, FEV₁/VC <70 procent eller FEV₁/FVC <70 procent, som inte normaliseras efter bronkdilaterande behandling eller efter eventuell steroidbehandling [2, 3]. Vid beräkning av kvoten FEV₁% (ett absolut procenttal) används det högsta värdet av VC eller FVC.

Det är inte ovanligt att patienter med en typisk anamnes på KOL kan ha en signifikant reversibilitet mätt med FEV₁. Anamnesen är i dessa fall särskilt viktig för differentialdiagnostik gentemot astma.

Då FEV₁% är relaterat till åldern finns i högre ålder en risk för överdiagnostik när gränsen FEV₁% <70 procent (absolutvärde) används som diagnostiskt kriterium för KOL [4]. För att undvika detta har i Sverige under 2006 införts att gränsen för diagnosen KOL hos patienter 65 år och äldre sätts till FEV₁% <65 procent (absolutvärde), den s k 65/65-regeln [2].

Svårighetsgradering

KOL-patienternas vårdbehov, liksom risken för komplikationer, ökar och prognosen försämras med ökande svårighetsgrad. Svårighetsgraden av KOL fastställs utifrån spirometrvärden enligt Tabell I. Svårighetsgraderingen baseras på FEV₁ uppmätt efter bronkdilatation i procent av förväntat värde. Detta är vid sidan av åldern den viktigaste prognosfaktorn vid KOL.

Efter förslag har nu gränserna för svårighetsgradering ändrats i det svenska KOL-vårdprogrammet för att följa gränserna enligt GOLD (The Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) [2, 3]. Gränserna angivna i Tabell I följer dessa nya riktlinjer.

Diagnostiken enkel med spirometri

Diagnosen KOL kan ställas med vanlig spirometri i primärvården. Majoriteten av landets vårdcentraler har idag spirometrar [5]. Vid framtagandet av Socialstyrelsen riktlinjer för astma och

SAMMANFATTAT

KOL är en sjukdom som kan både förebyggas och behandlas. Korrekt och tidig diagnos och rökstopp vid KOL är en förutsättning för att förhindra progress av sjukdomen.
Viktiga mål för vårt omhän-

dertagande är att minska patientens symtom samt minska antalet exacerbationer. Att identifiera och behandla dessa patienter är därför en utmaning för primärvården.

TABELL 1. Klassifikation av svårighetsgrad vid KOL.

Svårighetsgrad	Definition (FEV ₁ avser värden uppmätta efter bronkdilatation)
Preklinisk KOL	FEV ₁ >80 procent av beräknat normalvärde
Lindrig KOL	FEV ₁ 50–79 procent av beräknat normalvärde.
Medelsvår KOL	FEV ₁ 30–49 procent av beräknat normalvärde
Svår KOL	FEV ₁ <30 procent av beräknat normalvärde, eller FEV ₁ <50 procent av beräknat normalvärde och samtidig förekomst av andra negativa prognosfaktorer såsom svår kronisk hypoxi, hyperkapni, ödem, takykardi eller lågt BMI

KOL gjordes en beräkning av behovet av antalet spirometriundersökningar i primärvården. Ett optimalt omhändertagande av båda dessa patientgrupper skulle kräva cirka 60 spirometriundersökningar per tusen invånare och år. I medeltal gjordes i Uppsala-Örebroregionen, enligt en enkät som besvarades av 177 vårdcentraler 2002, endast 13 undersökningar per 1 000 invånare och år [5].

En korrekt genomförd spirometri, vilket är en förutsättning för korrekt diagnos och svårighetsgradering, kräver utbildning av och erfarenhet hos den personal som utför undersökningen. Dessutom är det nödvändigt att tillräckligt med tid finns avsatt för detta. En bra organisationsform för att kunna genomföra spirometriundersökningar med god kvalitet är astma-/KOL-mottagningar i primärvården med en välutbildad sjuksköterska. Givetvis är varje enskild allmänläkare ansvarig för sina patienter, vilket bl a innefattar utredning, fastställande av diagnos och ordination av lämplig behandling samt uppföljning.

Underdiagnostik

Fortfarande finns en kraftig underdiagnostik av KOL i primärvården. En undersökning från vårdcentraler i Uppsala-Örebroregionen visade att andelen patienter som sökt i primärvården och fått diagnosen KOL (J44-) registrerad som besöksorsak under perioden 2000–2001 utgjorde endast cirka 0,5 procent av upptagningsområdenas totala befolkning [6]. Detta skall då jämföras med en uppskattad prevalens i hela befolkningen på minst 4 procent [7]. Underdiagnostiken kan bero på både »patient's delay» och »doctor's delay». Många patienter har tidigare inte sökt sjukvården på grund av sina symtom. Under de senaste åren har emellertid många patienter blivit alltmer medvetna om diagnosen KOL som sjukdom, vilket medfört ett ökat behov av lungfunktionsundersökningar i primärvården. Detta har setts även vid olika tillfällen när rökare erbjudits spirometriundersökning som screening. En orsak till underdiagnostiken kan vara att sjukvården i många fall inte reagerat på patientens tidiga symtom. Det är säkerligen inte helt ovanligt att patienter som är rökare och som söker i vården med akuta luftrörssymtom behandlas med antibiotika utan att man följer upp med en enkel lungfunktionsundersökning. Kanske kan underdiagnostiken också bero på den tidigare ibland utbredda missuppfattningen att det inte skulle finnas särskilt mycket att erbjuda för patienter med KOL.

Screening och tidig upptäckt

På flera håll har man som screening erbjudit rökare en spirometriundersökning. I Motala uppfyllde 27 procent av rökare som kom för undersökning kriterierna för KOL [8]. I en holländsk studie, där rökare som sökte sin allmänläkare blev undersökta med spirometri, var motsvarande siffra 18 procent, men tas hänsyn till om hosta samtidigt förekom som symtom ökade prevalensen till 27 procent [9]. Precis som överviktiga patienter med hypertoni får blodsockret kontrollerat borde spirometri

och rökavvänjning kunna bli en naturlig åtgärd när rökare söker vård. De enkla lungfunktionsmätare som idag finns tillgängliga underlättar genomförandet av en rutinmässig screening för att hitta dem som bör genomgå en fullständig spirometri.

Rökstopp viktigaste uppgiften

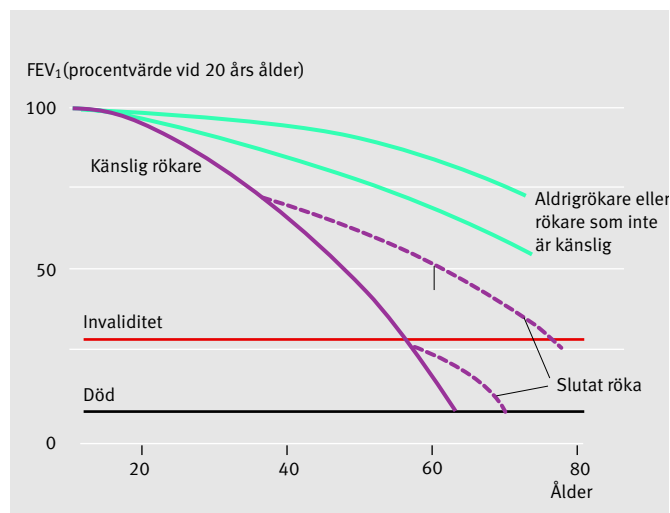
Behandling av tobaksberoende är den viktigaste uppgiften vid KOL. Rökstopp är den enda behandlingen som påverkar långtidsförloppet vid KOL. Ju tidigare rökstopp, desto bättre är prognosen (Figur 1) [10]. Tillgång till rökslutarstöd i primärvården där patienten kan få råd och motivation för rökstopp är därför viktigt. I Socialstyrelsens riktlinjer för vård av astma och KOL, som publicerades 2004, rangordnas rökslutarstöd som 1 på en skala 1–9, där 1 är högst och 9 lägst, och uppföljningen av patienter med KOL, oberoende av svårighetsgrad, som fortfarande är rökare med 3 [11]. Även diagnostik med spirometri vid misstänkt KOL rangordnades mycket högt, med 3. I en delrapport från den så kallade Praxisstudien om astma/KOL i Uppsala-Örebroregionen, som visades på riksstämman i Stockholm 2005, angav endast 65 procent av vårdcentralerna i Uppsala-Örebroregionen att rökslutarstöd kunde erbjudas inom primärvården, och endast 7 av 14 lung-/medicinkliniker i regionen kunde erbjuda rökslutarstöd.

KOL ofta underbehandlad

KOL är inte bara underdiagnostiserad utan dessutom i många fall underbehandlad. Förutom rökstopp, som är den enda verkligt effektiva behandlingen, är symtomlindring och förebyggande av exacerbationer andra viktiga mål för behandlingen. Fysisk träning har en dokumenterad effekt vid KOL [12]. Vid medelsvår till svår KOL är det därför viktigt att patienterna får kompetent handledning av t ex en sjukgymnast vid val av träningsmetod. Vissa patienter med KOL har problem med undernäring och viktminskning. Detta ger en sämre prognos varför dessa patienter behöver kostråd och eventuell kontakt med dietist. Patienter med svår KOL har dessutom inte sällan behov av hjälpmedel och ADL (allmänna dagliga livsfunktioner)-träning. I dessa fall är kontakt med arbetsterapeut angelägen.

KOL en systemsjukdom

KOL är inte enbart en lungsjukdom. Med ökad svårighetsgrad



Figur 1. Lungfunktionen försämras med ökande ålder även hos icke-rökare. Hos rökare är lungfunktionsförlusten snabbare. Rökstopp gör att försämringen fortsättningsvis kommer att gå parallellt med kurvan för icke-rökare (efter Fletcher C, Peto R, et al) [10].

■ FAKTA. Sammanfattning av handläggning

Handläggning och uppföljning av KOL i primärvården kan kort sammanfattas i följande punkter:

- Fastställ korrekt diagnos
- Informera patienten om sjukdomen
- Följ upp
 - lungfunktionen
 - BMI, längd och vikt
 - pulsoximetri (SaO₂) om FEV₁ <50 procent
 - aktivitetsgrad
- Påverka
 - tobaksbruk
 - motion
 - kost
- Förebygg försämring
 - vaccinera (influenza- och pneumokockvaccination)
 - kostråd
 - fysisk aktivitet
- Behandla
 - utprova läkemedel enligt rekommendationer
 - försämringsskov
 - tobaksberoende
 - malnutrition
 - osteoporos
- Bedöm eventuellt remissbehov till
 - annan vårdnivå – lungmedicinsk bedömning

- sjukgymnast
- dietist
- arbetsterapeut
- kurator
- Bedöm återbesöksintervall i stabil fas utifrån
 - svårighetsgrad
 - rökstatus
 - patientens övriga sjukdomar.

Remiss för lungmedicinsk bedömning bör enligt det svenska KOL-vårdprogrammet övervägas i följande fall:

- Oklarhet om diagnos och behandling
- Misstanke om respiratorisk insufficiens
- SaO₂ ≤90 procent i vila mätt med pulsoximetri
- Behov av arteriell blodgasanalys
- Ställningstagande till nebuliseringsbehandling i hemmet
- Ställningstagande till oxygenbehandling i hemmet
- Uttalad funktionspåverkan
- Malnutrition
- Omfattande rehabiliteringsbehov
- Patient under 45 år – sparsam rökning.

Remissindikationer i relation till lungfunktion:

- FEV₁ 40–59 procent av förväntat värde – remiss kan övervägas
- FEV₁ <40 procent av förväntat värde – klar remissindikation.

blir KOL alltmer en systemsjukdom med avmagring, osteoporos, muskelsvaghet, sömnstörningar, depression och återkommande exacerbationer. Tidig och korrekt diagnos ger möjlighet att förebygga försämringar av sjukdomen, ge osteoporosprofylax, kostråd för att förebygga och behandla malnutrition samt ge råd om fysisk aktivitet.

Ny syn på behandling

Allt mer framhävs vikten av att sjukvården ändrar attityd från att se KOL som en sjukdom utan behandlingsmöjligheter till att se KOL som en sjukdom där behandling, både med farmaka och med träning, kan minska symtom och förbättra livskvaliteten. KOL är alltså både möjlig att förebygga och en behandlingsbar sjukdom, även om farmaka inte påtagligt kan förbättra eller normalisera lungfunktionen. När det gäller farmakologisk behandling vid medelsvår och svår KOL är symtomlindring och förbättring av patientens livskvalitet viktiga behandlingsmål. Vid medelsvår KOL med återkommande exacerbationer och vid svår KOL är det dessutom angeläget att försöka reducera antalet och minska svårighetsgraden av patientens exacerbationer.

Andra viktiga åtgärder, är som tidigare nämnts, nutritionsbehandling vid tecken till viktnedgång och undervikt samt fysisk träning och optimal behandling av eventuellt samtidigt förekommande hjärtsvikt och depression.

Exacerbationer påverkar livskvalitet och mortalitet

Akuta exacerbationer är en akut försämring av patientens symtom med ökad dyspné, ofta med förvärrad hosta, ökade sputummängder och mer missfärgade sputa. Till detta kommer ökad andningsfrekvens, försämrad syresättning med minskad saturation. Dessutom åtföljs försämringen av andra symtom i form av trötthet, matledda, nedstämdhet och ångest samt ibland även symtom på hjärtsvikt. Försämringen, som oftast är utlöst av en luftvägsinfektion, kräver i många fall inhalationsbehandling med bronkdilaterare, antibiotika och orala steroider. För dem med svårare sjukdom medför försämringen många gånger sjukhusinläggning. Ju svårare grundsjukdom, desto fler och svårare

exacerbationer ses hos dessa patienter. Ett optimalt akutomhändertagande och bra underhållsbehandling är viktigt för prognosen. Lågt FEV₁, låg hälsorelaterad livskvalitet, avmagring, hjärtsvikt och depression ger sämre prognos. Exacerbationer försämrar patientens livskvalitet och patientens möjligheter att klara vardagliga aktiviteter. En typisk lindrig till medelsvår exacerbation varar kanske en dryg vecka, medan patienten behöver minst lika lång tid till innan han återgår till ursprungsläget. Inverkan på patientens livskvalitet kan i vissa fall ses så länge som upp emot en till två månader efter en akut försämringsepisod [13]. Även lungfunktionen försämras av exacerbationer, och studier har visat att vissa patienter aldrig återfår den lungfunktion de hade före försämringen, vilket dessutom gör patienten mer mottaglig för en ny och kanske svårare exacerbation [14]. Mortaliteten är hög hos KOL-patienter med svåra exacerbationer. Undersökningar har visat att för de patienter som sjukhusvårdats för exacerbationer är mortaliteten efter ett år upp till 25 procent [15]. Kan antalet exacerbationer reduceras och svårighetsgraden av dessa minska så innebär detta både en förbättring för patienten och hälsoekonomiska vinster för samhället.

Behandlingsmål

Målsättningen vid behandling av KOL kan sammanfattas med nedanstående punkter [3]:

- Förhindra progress av sjukdomen
- Reducera symtomen
- Förhindra och behandla exacerbationer
- Förbättra ansträngningstoleransen
- Förbättra patientens livskvalitet
- Förhindra och behandla komplikationer
- Minska mortaliteten
- Förhindra och minimera biverkningar av behandling.

Primärvårdens uppgifter

De flesta patienter med lindrig och medelsvår KOL kommer att diagnostiseras, behandlas och följas upp i primärvården. IPCRG (International Primary Care Respiratory Group) har

nyligen publicerat rekommendationer för omhändertagande av patienter med KOL i primärvården [16]. Där, liksom i det svenska KOL-vårdprogrammet, slås fast att tidig upptäckt och korrekt diagnos vid KOL är viktiga uppgifter för primärvården. Andra angelägna uppgifter för primärvården, förutom att påverka patienten till rökstopp, är att kunna behandla stabil KOL, behandla riskfaktorer och förebygga och behandla exacerationer. Det gäller att bryta den tidigare negativa uppfattningen, som fortfarande säkerligen finns hos många kollegor, att sjukdomen inte är behandlingsbar. Vid monitorering och kontrollbesök bör man vid FEV₁ <50 procent av förväntat normalvärde

även följa längd, vikt och BMI samt oxygensaturation (SaO₂). Dessutom rekommenderas att man följer lungfunktionsutvecklingen med årliga mätningar hos de patienter som förblir rökare [2].

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Björn Stållberg har mottagit arvoden för föredrag arrangerade av AstraZeneca, Boehringer Ingelheim, GlaxoSmithKline och Pfizer AB, deltagit i diskussionsgrupper med AstraZeneca, GlaxoSmithKline och Boehringer Ingelheim och deltagit i läkemedelsprövningar för AstraZeneca. Bengt-Eric Skoogh: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Socialstyrelsens statistikdatabas. <http://www.sos.se/>
2. Nationellt vårdprogram för KOL. <http://www.slmf.se/kol/>
3. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [updated 2005]. <http://www.goldcopd.com/>
4. Hedenström H. KOL-diagnos enligt svensk modell. Ålderskorrigerat FEV₁-värde ger godtagbar approximation. *Läkartidningen*. 2006;103:826.
5. Lisspers K, Stållberg B, Hasselgren M, Johansson G, Svärdsudd K. Organisation of asthma care in primary health care in Mid-Sweden. Report from the AIM-study group. *Prim Care Resp J*. 2005;14:147-53.
6. Hasselgren M. Epidemiological aspects of asthma in primary care [licentiatavhandling]. Uppsala: Uppsala universitet; 2005.
7. Halbert RJ, Isonaka S, George D, Iqbal A. Interpreting COPD prevalence estimates. What is the true burden of disease? *Chest*. 2003; 123:1684-92.
8. Stratelis G, Jakobsson P, Molstad S, Zetterström O. Early detection of COPD in primary care: Screening by invitation of smokers aged 40 to 55 years. *Br J Gen Pract*. 2004;54: 201-6.
9. Van Schayck CP, Loozen JM, Wagena E, Akkermans RP, Wesseling GJ. Detecting patients at a high risk of developing chronic obstructive pulmonary disease in general practice: Cross sectional case finding study. *BMJ*. 2002;324:1370.
10. Fletcher C, Peto R, Tinker R, Speizer FE. The natural history of chronic bronchitis and emphysema. Oxford: Oxford University Press; 1976.
11. Socialstyrelsens riktlinjer för vård av astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL). Faktadokument och beslutsstöd för prioriteringar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2004. <http://www.sos.se/>
12. Lacasse Y, Wong E, Guyatt GH, King D, Cook DJ, Goldstein RS. Meta-analysis of respiratory rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet*. 1996;348:1115-9.
13. Spencer S, Jones P W; GLOBE Study Group. *Thorax*. 2003;58: 589-93.
14. Donaldson GC, Seemungal TA, Patel IS, Lloyd-Owen SJ, Wilkinson TM, Wedzicha JA. Longitudinal changes in the nature, severity and frequency of COPD exacerbations. *Eur Respir J*. 2003;22:931-6.
15. Almagro P, Calbo E, Ochoa de Echaguen A, Barreiro B, Quintana S, Heredia JL, et al. Mortality after hospitalization for COPD. *Chest*. 2002; 121(5):1441-8.
16. Bellamy D, Bouchard J, Henrichsen S, Johansson G, Langhammer A, Reid J, et al. International Primary Care Respiratory Group (IPCRG) Guidelines: Management of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Prim Care Resp J*. 2006; 15(1):48-57.

annons