

Behandling og oppfølging av kols i allmennpraksis

Trondheim 8.3. 24

Knut Weisser Lind

Spesialist i allmennmedisin

Kanebogen legesenter, Harstad





RETNINGSLINJER KOLS

- GOLD guidelines 2024
- Helsedirektoratet – nasjonal faglig retningslinje utredning og behandling av kols. 15.2.22
- Kolsveileder for allmennpraksis, LIP 29.1.22
- Klinisk råd kols, LIP feb 24



Mål for behandling

■ Redusere symptomer

Symptomlindring /øke toleranse for fysisk aktivitet/bedre livskvalitet

■ Redusere risiko

- forebygge sykdomsprogresjon/forebygge og behandle forverringer/reducere mortalitet



Behandling av kols

■ IKKE-MEDIKAMENTELL

■ MEDIKAMENTELL



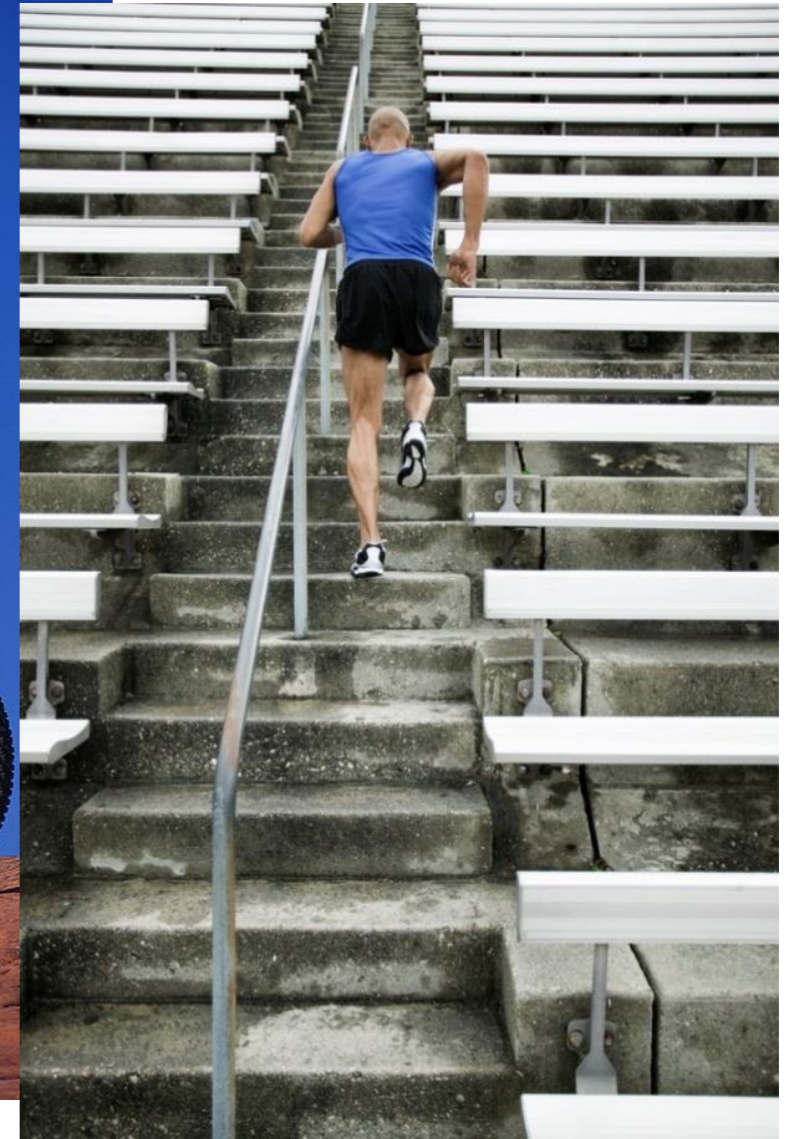


Den viktigste behandling





Den nest viktigste behandlingen:





Lungerehabilitering:

- Fysisk trening, røykeavvenning, pasientopplæring, ernæringsterapi og psykososial bistand.
- Minst 6 uker, 2-3 x pr uke
- 2 veiledede treninger/uke etterpå + 1 egentrening
- Lege/fysioterapeut/sykepleier
- Alle med mMRC $\geq 2^*$
- Innen 4 uker etter forverring
- Både primær- og spesialisthelsetjenesten



Behandling av kols

■ IKKE-MEDIKAMENTELL

- røykeslutt
- trening/fysiot
- lungerehabilitering

- vaksiner influensa/pneumokokk/Covid-19
- vurder komorbiditet
- pasientopplæring - behandlingsplan



Behandling av kols

■ MEDIKAMENTELL





Mål for behandling

■ Redusere symptomer

Symptomlindring /øke toleranse for fysisk aktivitet/bedre livskvalitet

■ Redusere risiko

- forebygge sykdomsprogresjon/forebygge og behandle forverrelser/reducere mortalitet



Først – kartlegge pasienten

- Symptomer:
 - Må bruke et system som er validert
 - Vise endringer fra gang til gang
 - CAT eller CCQ
 - mMRC for tungpust
- Forverring siste år

- Lungefunksjon – grad av obstruksjon
- Saturasjon



Klassifisering av obstruksjon

■ Lungefunksjon (FEV_1 i % av forventet)

Grad 1: mild;	$Fev_1 \geq 80\%$
Grad 2: moderat:	$Fev_1 50 - 79\%$
Grad 3: alvorlig:	$Fev_1 30 - 49\%$
Grad 4: svært alvorlig:	$Fev_1 < 30\%$

■ Husk riktig referanseområde!

■ **GLI 2012**



Medikamenter ved kols

- - en økende strøm av nye preparater, kombinasjoner, device og virkestoff



Korttidsvirkende bronkodilat.

■ SABA

Ventoline/Airomir/Buventol
Bricanyl

■ SAMA

Atrovent
Ipraxa



Langtidsvirkende bronkodilat.

- LAMA Spiriva Tiogiva (tiotropium)
Eklira (aklidiiniumbromid)
Seebri (glykopyrroniumbromid)
Incruse (umeklidiniumbromid)
- LABA Serevent (salmeterol)
Oxis (formoterol)
Onbrez (indakaterol)
Striverdi (olodaterol)



Komb. langtidsvirkende bronkod.

■ LABA + LAMA

Ultibro (indakaterol + glykopyrroniumbromid)

Spiolto (olodaterol + tiotropium)

Anoro (vilanterol + umeklidiniumbromid)

Duaklir (formoterol + aklidinium)

Bevespi (formoterol + glykopyrronium)



Anti-inflammatorisk beh med ICS

■ TIL HVEM?

- hyppige forverringer
 - ≥ 2 moderate pr år (steroider/antib)
 - 1 sykehusinnleggelse pr år
- lungefunksjon ($FEV1 < 50\%$)
- eosinofili (≥ 300 celler)
- stor symptombelastning tross optimal bronkodilatasjon
- samtidig astma



Antiinflammatorisk beh. med ICS

■ LABA + ICS

Seretide/Airflusal/Salmex/Salmeterol Fluticasone

Symbicort/DuoResp/Bufomix

Relvar

Inuxair

Flutiform

Aectura



Antiinflammatorisk beh. med ICS

■ LAMA + LABA + ICS

Trimbow

Trelegy

Enerzair

Trixeo



Annen medik. behandling

- Acetylcystein (mucomyst/bronkyl)
 - Orale ~~steroider~~ fast
-

- PDE4-inhibitor (Daxas)
- Antibiotika
- Alfa-1 antitrypsin
- Anti IL-5 medikamenter (?)
- Anti IL-4 -- «» --

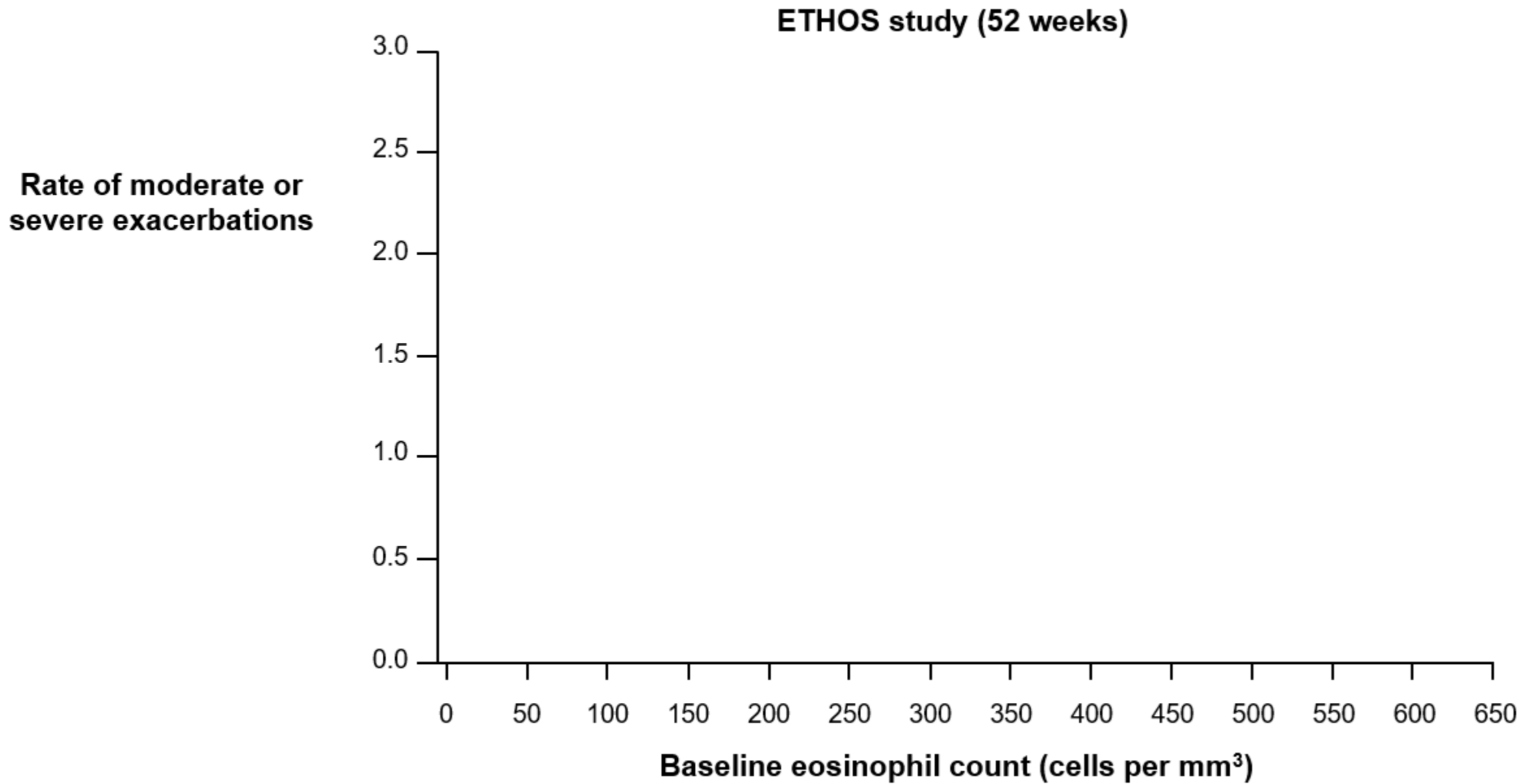
} Lunge-
lege

Nasjonale retningslinjer for behandling av kols





Når er trippel best? \$\$\$\$





ICS – tør vi seponere?

- Ikke indikasjon i utgangspunktet
- Eosinofile < 100 / mikroliter
- Ikke forverring
- Optimal bronkodilatasjon, LABA/LAMA
- Sett opp konsultasjon etter 6-8 uker for vurdering!



Behandling stabil kols oppsummering

- Røykeslutt
- Trening/fysioterapi/lungerehabilitering
- Ernæring
- Komorbiditet

- BRONKODILATATORER
 - evt med tillegg av inhalasjonssteroider
- Influensavaksine + pneumokokkvaksine + covidvaksine



Når henvisse lungelege?

- SpO2 < 92% LTOT? Flyreiser? Førerkort?
- FEV1 < 30%
- Betydelig nedsatt funksjonsnivå
- Fortsatt forverring tross optimal behandling
- Usikker diagnose



Kolsforverring





Hva er en forverring?

- *Det foreligger en kols-forverring når pasienten opplever en økning av tungpust, hoste, oppspytt med eller uten farge og/eller andre symptomer fra øvre og nedre luftveier som er mer uttalte enn den daglige symptomvariasjon ved sykdommen.*



Kolsforverring - gradering

- Mild – lett økning i symptomer, økt dosering bronkodilatasjon (SABA +/-SAMA)
- Moderat – betydelig økning i symptomer, behov for kontakt fastlege/legevakt, prednisolon og/eller antibiotika
- Alvorlig – behov for sykehusinnleggelse



■ Hvorfor slik fokus på forverrelser?



Kolsforverring gir

- Redusert livskvalitet
- Raskere tap av lungefunksjon
- Økt risiko for nye forverringer
- Økt behov for sykehusinnl./reinnl.
- Økt mortalitet



Behandling av forverring - mild

■ Mild:

- lett symptomøkning med behov for bronkodilaterende behandling.

- Øke bronkodilaterende behandling;

 - Korttidsvirkende β_2 agonister – spray på kammer.

 - Korttidsvirkende antimuskarin antagonist – spray på kammer.



Behandling av forverring- moderat

- ***Definert som:*** betydelig symptomøkning med behov for prednisolon og/eller antibiotika.

- SABA ex. 2-4 x 0,1 mg salbutamol på kammer +/- SAMA
- Prednisolon 30 mg x 1 i 5 dager

- Når antibiotika?
 - økt volum/purulens oppspytt
 - feber
 - CRP > 40



Forverring – valg av antibiotika

- Amoksicillin tabl 500 mg x 3 i 5-7d
- Doksosyklin tabl 100 mg x 1 i 5-7d
v/penicillinallergi. (Dag 1 2 tabl)



Behandling av forverring - alvorlig

- **Definert som:** betydelig symptomøkning med behov for innleggelse i sykehus.
- Ikke effekt av behandling over eller:
 - Mistanke om respirasjonssvikt – SpO₂ <92%, somnolens, leppecyanose
 - Tidligere alvorlige forverrelser med behov for ventilasjonsstøtte.
 - Alvorlige symptomer
 - Alvorlig komorbiditet
 - Vanskelig hjemmesituasjon.
- Under transport til sykehus bør O₂ gis (SpO₂ mellom 88-92%)



Oppfølging etter forverring

- Ktr fastlege innen 4 uker
- Ktr sykehus etter 4u dersom resp.svikt.



Oppsummering kolsforverring

- Øk dosering korttidsvirkende bronkodilaterende – spray på kammer
- Ikke tilstrekkelig effekt av SABA +/-SAMA , gi prednisolon 30 mg i 5 dager
- økt volum og økt purulens av oppspytt, feber, CRP > 40 , gi antibiotika, amoxillin 1.valg
- Vurder behov innleggelse
- Kontroll 4u etter forverring, alltid etter sykehusinnleggelse
- HUSK: forverring luftveissymptomer kan ha andre årsaker enn kols (hjertesvikt/lungeemboli/pneumoni)