

KOL-diagnostik

Anamnes är alltid grunden för diagnostik.

När bör KOL misstänkas?

Ålder >35 år, tidigare eller nuvarande exponering för luftrörsskadliga ämnen samt något av följande:

- Återkommande bronkietepisoder eller långvariga förkylningar
- Luftvägssymtom som hosta, sputumproduktion, andfåddhet och/eller pip i bröstet
- Nedsatt fysisk prestationsförmåga
- Känd hjärtsjukdom med andfåddhet
- Lungröntgenbild som inger misstanke om KOL.

Vanliga symtom

- Långvarig hosta med upphostning
- Pip i bröstet
- Dyspné
- Trötthet – orkeslöshet
- Långsam symptomutveckling

Differentialdiagnoser

- Astma
- Hjärtsvikt
- Lungcancer
- Bronkiektasier
- Tuberkulos
- Hjärtarytmi

Samsjuklighet

- Hjärt-kärlsjukdom
- Ångest, depression och kognitiv svikt
- Astma
- Osteoporos
- Lungcancer
- Typ 2-diabetes
- Obstruktivt sömnapné syndrom

Inledande utredning av KOL:

Att erbjuda FEV₁/FEV₆-mätning som inledande obstruktivitet utredning till personer med misstänkt KOL och som röker, eller har rökt, har hög prioritet (prioritet 2) i Socialstyrelsens nationella riktlinjer vid astma och KOL (2015).

Om patienten uppvisar en FEV₁/FEV₆-kvot på <0,73 och/eller FEV₁ <80 % av förväntat värde bör man göra en utredande spirometri.

Diagnostik av KOL

Följande bekräftar kronisk luftvägsobstruktion vid KOL:

- Spirometri påvisar FEV₁/FVC <0,7 efter bronkdilatation
- Luftvägsobstruktionen normaliseras inte efter steroidbehandling (i vissa fall).

Rekommendationen att använda FEV₁/FVC är en anpassning till internationella riktlinjer. Rekommendationen är att använda FVC istället för VC. Observera att kvoten 0,7 är fast och gäller för alla åldrar. FEV₁-kvoten sjunker normalt och succesivt med stigande ålder, på grund av minskande elasticitet i lungan, vilket innebär risk för överdiagnostik hos äldre. Många patienter med KOL har reversibel andningskapacitet efter bronkdilatation men kvoten normaliseras inte.

Hos patienter med dynamisk kompression kan VC vara högre än FVC, skillnaden minskar efter bronkdilatation. Om kvoten ligger strax över 0,7 och FEV₁ ligger under 80 % av förväntat är det klokt att misstänka KOL (särskilt hos en yngre patient). Vid ställningstagande till diagnos bör spirometriresultat sammanvägas med den kliniska bilden (framför allt exponering och symtom) i varje enskilt fall.

Steroidtest kan stärka misstanke om astma. Normaliserad lungfunktion bekräftar det misstanke om astma. Om lungfunktionen inte normaliseras, värdera anamnesen för att fastställa om patienten har KOL, astma med kroniskt nedsatt lungfunktion eller båda diagnoserna.

Steroidtest

Vid misstanke om astma:

- Inhalationssteroider i medelhög till hög dos i 8-10 veckor.
- Ny spirometri för att värdera om kvoten FEV₁/FVC normaliserats. Normalisering utesluter KOL-diagnos.

Klassificering och riskbedömning vid KOL

I samband med att KOL-diagnosen ställs är det viktigt att göra en riskbedömning (klassificering) av patientens KOL. I de tidigare nationella riktlinjerna utgick man från en stadiindelning baserad på lungfunktion, FEV₁ i % av förväntat värde efter bronkdilatation, samt värderad behandling utifrån symtom och exacerbationer.

De nya nationella riktlinjerna utgår istället från internationella GOLD-guidelines (2015). I dessa har man vidareutvecklat kriterierna för riskbedömning och klassificerar patienterna utifrån lungfunktion, symtomförekomst och exacerbationsanamnes i A, B, C eller D. Denna klassificering ligger sedan till grund för riskbedömning och behandling.

Spirometrisk stadiindelning

Måttet FEV₁ i procent av förväntat värde uppmätt efter bronkdilatation används för spirometrisk stadiindelning av KOL.

Lungfunktion, stadiindelning

	FEV ₁ (% av förväntat normalvärde) *
Stadium 1	≥80
Stadium 2	50-79
Stadium 3	30-49
Stadium 4	<30

*Alla värden ska vara uppmätta efter bronkdilatation. Kvoten FEV₁/FVC ska alltid vara <0,7.

Lungfunktion bedöms som tidigare utifrån FEV₁% av förväntat efter bronkdilatation. I de nya riktlinjerna dras gränsen mellan FEV₁ ≥50 % av förväntat och FEV₁ <50 % av förväntat.

Exacerbationsanamnes senaste året

En exacerbation definieras som en akut försämring som leder till förändrad medicinerings. Risk för exacerbationer bedöms utifrån exacerbationsanamnes. Låg risk - ingen eller en exacerbation (ej sjukhusvård). Hög risk - två eller en exacerbation som krävt sjukhusvård.

Symtombedömning

För bedömning av symtom kan man använda sig av frågeformulär såsom mMRC (modified Medical Research Council) för bedömning av dyspné i relation till fysisk aktivitet och CAT (COPD Assessment Test) som bedömer sjukdomens påverkan på dagligt liv.

CAT på andra språk kan hämtas från www.catestonline.org

mMRC-dyspné

- 0 Jag blir andfådd när jag anstränger mig rejält, inte när jag tar en snabb promenad eller går i en uppförsbacke.
- 1 Jag blir andfådd när jag tar en snabb promenad eller går i en uppförsbacke.
- 2 Jag blir andfådd när jag går på slät mark i samma takt som någon i min ålder.
- 3 Jag blir så andfådd när jag går på slät mark att jag måste stanna upp trots att jag själv bestämmer takten.
- 4 Jag blir andfådd när jag tvättar eller klär mig.

mMRC-dyspné 0-1 lindriga symtom

mMRC-dyspné 2-4 betydande symtom

CAT - symtombedömning vid KOL

Hur upplever du din KOL? Utför KOL-testet (COPD Assessment Test, CAT)

Detta frågeformulär kommer att hjälpa dig och din vårdgivare att mäta den inverkan KOL (kronisk obstruktiv lungsjukdom) har på ditt välbefinnande och dagliga liv. Svaren och testresultatet kan användas av dig och din vårdgivare för att hjälpa dig förbättra värden av din KOL och få bästa utbyte av behandlingen.

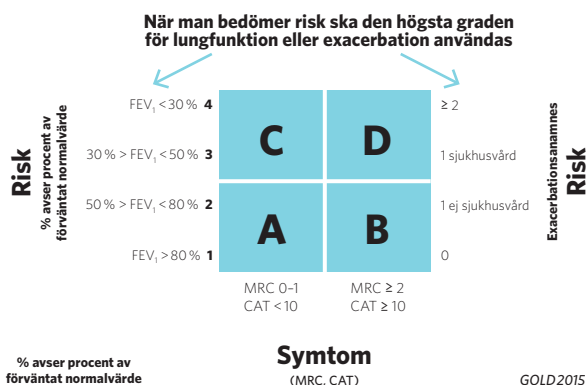
Placera ett (X) för varje fråga i rutan som bäst beskriver hur du för närvarande mår. Välj endast ett svar för varje fråga.

Exempel: Jag är mycket glad 0 1 2 3 4 5 Jag är mycket ledsen

	0	1	2	3	4	5		POÄNG
Jag hostar aldrig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Jag hostar ständigt	<input type="text"/>
Jag har inte något slem i bröstet alls	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mitt bröst är helt fyllt med slem	<input type="text"/>
Jag känner inte alls något tryck över bröstet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Jag känner mycket tryck över bröstet	<input type="text"/>
När jag går uppför en backe eller en trappa blir jag inte andfådd	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	När jag går uppför en backe eller en trappa blir jag mycket andfådd	<input type="text"/>
Jag är inte begränsad när det gäller att utföra några aktiviteter i hemmet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Jag är mycket begränsad när det gäller att utföra aktiviteter i hemmet	<input type="text"/>
Jag känner mig trygg att lämna mitt hem trots mitt lungtillstånd	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Jag känner mig inte alls trygg att lämna mitt hem på grund av mitt lungtillstånd	<input type="text"/>
Jag sover bra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Jag sover inte bra på grund av mitt lungtillstånd	<input type="text"/>
Jag har massor av energi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Jag har inte någon energi alls	<input type="text"/>
								ANTAL POÄNG <input type="text"/>

SEICPD0079/13, 2014/05
COPD Assessment Test and CAT logo is a trademark of the GlaxoSmithKline group of companies. ©2006 GlaxoSmithKline. All rights reserved.
Om du vill rapportera en biverkan eller utvärdera läkemedlet, kontakta övervakningsenheten på GlaxoSmithKline. Telefon: 08-038 92 00. Postadress: Sverigesingenheten, GlaxoSmithKline, Box 516, 169 29 Solna

Klassificering och riskbedömning av KOL



Första steget i klassificeringen är att bedöma om patienten har lindriga eller betydande symtom.

Nästa steg är om patienten har högre lungfunktion (FEV₁ ≥ 50 %) eller lägre lungfunktion (FEV₁ < 50 %) och frekventa exacerbationer eller ej. Om patienten har lägre lungfunktion och/eller frekventa exacerbationer placeras denne i grupp C eller D beroende på symtomskattningen. Ovanstående bedömning baseras på GOLD-rekommendationer från 2015. Nya GOLD-rekommendationer presenterades 2017 men har inte införts i Sverige. Läkemedelsverket har inte heller kommit med några nya läkemedelsrekommendationer baserat på de nya GOLD-rekommendationerna.

Skillnad mellan astma och KOL

	Astma	KOL
Ålder	Ofta, men inte alltid, debut i unga år	Ofta debut efter 40 års ålder
Anamnes	Attackvisa symtom som utlöses av exponering eller vid infektion	Smygande debut med tilltagande andnöd Rökare
Rinit	Ofta	Sällan
Allergi	Cirka hälften har allergier	Ingen koppling
Känslighet för irriteranter och kyla	Tydlig	Mindre tydlig
Status	Ofta normalt	Beror på sjukdomens svårighetsgrad
Lungröntgen	Normal	Normal i tidigt skede. Ofta typisk vid emfysem.
PEF-kurva	Ökad variabilitet. PEF ökar efter beta-2-agonist	Små variationer. Obetydlig PEF-ökning efter beta-2-agonist
Effekt av steroider	Påtaglig	Mindre påtaglig
Prognos	God	Kan leda till respiratorisk insufficiens och för tidig död

Referenser:

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease 2015. <http://www.goldcopd.org>
2. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease 2017. <http://www.goldcopd.org>
3. KOL-behandlingsrekommendation. Läkemedelsverket 2015. www.lakemedelsverket.se
4. Nationella riktlinjer för vård vid astma och KOL. Socialstyrelsen 2015
5. Thorn J et al. Prim Care Respir J 2012; 21(2): 159-166.