

Är det KOL eller är det astma?

Kerstin Romberg och Henning Stenberg

Båda specialister i allmänmedicin och PhD

Nässets läkargrupp, Höliviken

Instruktörer Nationella Spirometrikörkortet, Primärvårdens utbildningsenhet (PUE), Malmö



1

Först och främst

Spelar det någon roll?

(det blir väl ändå Bufomix, eller?)



2

Är det "typ" samma sjukdom?

	Astma	KOL
Läkemedelsbehandling	ICS är grunden. Ofta tillägg LABA och LTRA. Sällan LAMA. Biologiska läkemedel vid svår sjukdom.	LAMA är grunden, oftast i kombination med LABA. Ibland ICS ökar risken för pneumoni men "värt det" vid exacerbationsbenägenhet trots LAMA+LABA). Roflumilast alternativ vid svår sjukdom.
Uppföljningar	Spirometri viktigt! Astma/KOL-skk och läkare.	Astma/KOL-skk, fysioterapeut, läkare, dietist, arbetsterapeut. Spirometri mindre viktigt.
"Tyngd" i diagnosen	Ses ofta som odramatiskt	Tung diagnos, kan leda till kris
Samsjuklighet	Allergi (inklusive matallergi), eksem, reflux, rinit	Kraftigt ökad risk för hjärtsvikt, ischemisk hjärtsjukdom, perifer kärlsjukdom, osteoporos, diabetes, hypertoni, depression m.m.
Behandlingsmål	Normal lungfunktion (inte alltid möjligt men man ska försöka), total symtomkontroll, exacerbationsfrihet	Så lite symtom som möjligt, så bra livskvalitet som möjligt, minimerad risk för exacerbationer
Försäkring (vård utanför EU)	Ingen eller liten betydelse.	Dyrt vid vård utomlands, försäkringar täcker oftast inte.



3

Är det "typ" samma sjukdom?

Nej!

Men det kan bete sig på precis samma sätt.

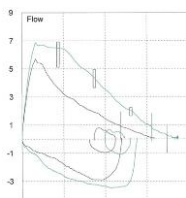
Hosta och dyspné – huvudsymtomen vid i princip alla lungsjukdomar.

Okej, men är det svårt att skilja på astma och KOL?



4

19-årig kvinna som söker för återkommande dyspné



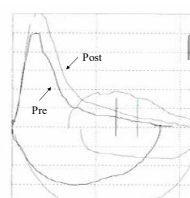
Aldrig rökt. Allergi mot pollen, katt och kvalster. Annars tidigare frisk.

	Pre	Post	Förändring
FEV1	2,15	2,88	730 ml (34%)
FVC	3,18	3,22	40 ml (1%)
FEV1/FVC	0,68	0,89	-



5

50-årig kvinna som söker för återkommande dyspné



Rökt ett halvt paket cigaretter om dagen mellan 15 och 35 års ålder. Allergi mot pollen. Hypertoni och hyperlipidemi.

	Pre (% av förväntat)	Post (% av förväntat)	Förändring
FEV1	1,5 (60%)	1,77 (71%)	270 ml (18%)
FVC	2,8 (87%)	2,8 (87%)	0 ml (0%)
FEV1/FVC	0,54	0,63	

6

Missuppfattningar

1. Positivt bronkdilatationstest = astma



7

Missuppfattningar

1. Positivt bronkdilatationstest = astma
Förändring med $\geq 12\%$ och 200 ml vid bronkdilatationstest är vanligare vid KOL än vid astma.
Däremot brukar stor förändring (ca 20-30% eller mer) tyda på astma.



8

Missuppfattningar

1. Positivt bronkdilatationstest = astma
2. Om kvoten inte normaliseras ($\geq 0,7$) så är det KOL



9

Missuppfattningar

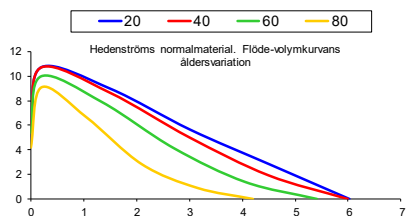
1. Positivt bronkdilatationstest = astma
2. Om kvoten inte normaliseras ($\geq 0,7$) så är det KOL

Astma kan leda till så pass kraftig inflammation att luftvägsvullnaden är för stor för att beta2-agonist ska ha full effekt. Receptorer nedregleras vid långvarig inflammation. Kan lätta efter 2-3 månaders ICS-behandling. Även efter detta kan dock astma vara persisterande obstruktiv – tecken på remodellering i luftvägarna (bindvävsomvandling och muskelhypertrofi – OBS! inte lungfibros). Dessutom – ålder!



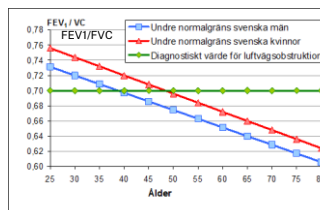
10

Flöde-volymregistrering



11

Undre normalgränsen är åldersberoende



12

Missuppfattningar

1. Positivt bronkdilatationstest = astma
2. Om kvoten inte normaliseras ($\geq 0,7$) så är det KOL
3. Äldre patient som är obstruktiv = KOL



13

Missuppfattningar

1. Positivt bronkdilatationstest = astma
2. Om kvoten inte normaliseras ($\geq 0,7$) så är det KOL
3. Äldre patient som är obstruktiv = KOL

Yngre patient med obstruktivitet är i princip lika med astma (men OBS! alfa1-antitrypsin-brist). Äldre patient – båda diagnoser möjliga. Astma kan debutera i alla åldrar.



14

	Kan det vara friskt?	Kan det vara astma?	Kan det vara KOL?
Normal spirometri	JA	JA	NEJ
(Helt) reversibel obstruktivitet	NEJ	JA	NEJ
Partiellt reversibel obstruktivitet	NEJ	JA	JA
Obstruktivitet utan något svar på bronkdilatation	(NEJ)	JA	JA



15

	Kan det vara friskt?	Kan det vara astma?	Kan det vara KOL?
Normal spirometri	JA	JA	NEJ
(Helt) reversibel obstruktivitet	NEJ	JA	NEJ
Partiellt reversibel obstruktivitet	NEJ	JA	JA
Obstruktivitet utan något svar på bronkdilatation	(NEJ)	JA	JA



16

Så hur vet vi då?

- Anamnes, anamnes, anamnes!

När började besvären? Rökning? Exponering för andra luftvägsskadliga ämnen? Periodvisa eller dagliga besvär? Samsjuklighet? Allergi? Hereditet?



17

Så hur vet vi då?

- Anamnes, anamnes, anamnes!

När började besvären? Rökning? Exponering för andra luftvägsskadliga ämnen? Periodvisa eller dagliga besvär? Samsjuklighet? Allergi? Hereditet?

- Provbehandling – ett fantastiskt verktyg om man använder det på rätt sätt.



18

Provbehandling med inhalationssteroider

1. Spirometri med bronkdilatationstest
2. Behandling med inhalationssteroid i 8-12 veckor
 - Vuxna 800 ug/dag (budesonidekvivalent).
3. Ny spirometri med bronkdilatationstest

19

Bronkdilatationstest vs. Provbehandling

Ett positivt bronkdilatationstest (beta2-agonist) är vanligare hos patienter med KOL än hos patienter med astma.

Men! En positiv provbehandling, det vill säga att förbättras signifikant i sin lungfunktion av ICS, är inte typiskt för KOL utan talar mer för astma.

20

Så hur vet vi då?

- Anamnes, anamnes, anamnes!

När började besvären? Rökning? Exponering för andra luftvägsskadliga ämnen? Periodvisa eller dagliga besvär? Samsjuklighet? Allergi? Hereditet?

- Provbehandling – ett fantastiskt verktyg om man använder det på rätt sätt.
- DT thorax – emfysem (syns dock inte alltid)?
- Utökad lungfysiologi – KOL har i allmänhet nedsatt diffusionskapacitet, vid astma normalt/högt.



21

- Ålder
- Symtomdebut och förlopp
- Exponering
- Symtombild
- Samsjuklighet
- Hereditet
- Alfa-1-antitrypsinbrist
- Emfysem
- Behandlingssvar
- Lungfysiologi



22