

KORTFATTAD GUIDE TILL RÄTT BEHANDLING VID KOL

Kortfattade riktlinjer för KOL-behandling huvudsakligen baserade på svenska Läkemedelsverkets och Socialstyrelsens riktlinjer från 2015 samt Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2020.



Åtgärder som gäller alla KOL-patienter

Interprofessionell samverkan

Behandlingsteam

- Sjuksköterska
- Läkare
- Fysioterapeut
- Dietist
- Arbetsterapeut
- Kurator

Fysisk aktivering

- Förbättrar livskvalitet
- Minskar symtom
- Minskar sjukhusinläggningar
- Minskar mortalitet

Patientutbildning

Utbildning om KOL

- Instruktioner för egenvårdsstöd
- Individuella behandlingsplaner

Rökavvänjning

- Hjälp med rökavvänjning ska erbjudas

Vaccination

- Influensavaccination årligen
- Pneumokockvaccination

Nutrition

- Längd och vikt vid varje besök
- Nutritionsbehandling vid viktnedgång eller BMI < 22

När KOL-behandling inleds bör följande bedömas

1. Symtom

- Standardiserad symtombedömning med COPD Assessment Test (CAT) rekommenderas.
- CAT består av 8 frågor som berör dyspné samt respiratoriska och allmänna symtom.
- MRC-skalan mäter dyspné.

2. Exacerbationsanamnes

- Exacerbationer innebär försämringsperioder då symtom som hosta, slemupphostningar, dyspné förvärras och varar flera dagar.
- Exacerbationer utlöses ofta av infektioner.
- Två eller flera (eller en sjukhusvårdkrävande) exacerbationer per år räknas som positiv exacerbationsanamnes.
- Exacerbationsanamnes är svårbedömd hos patienter med mycket symtom.

3. Blodeosinofili

- Blodeosinofili brukar definieras som $\geq 0,3 \times 10^9/L$ och kan analysera med hjälp av vanlig differentialräkning av blodceller ("diff").
- Antalet eosinofila granulocyter i blodet varierar över tid varför fler än ett prov kan behövas.
- Högt antal eosinofila granulocyter i blod är associerat till positivt behandlingssvar på ICS.
- Eosinofila granulocyter $< 0,1 \times 10^9/L$ innebär ofta dåligt terapivärde på ICS.

4. Både KOL och astma

- En av fem individer med obstruktiv lungsjukdom uppvisar både astma- och KOL-karakteristika.
- Dessa tillstånd brukar kallas asthma-COPD overlap (ACO).
- Vid ACO observeras mer exacerbationer och sämre prognos än vid "ren" astma eller KOL.
- Vid ACO är behandling med ICS indicerad.

Initial läkemedelsbehandling

Behandling påbörjas när KOL-diagnosen ställs. Utöver underhållsbehandling enligt nedan ges kortverkande bronkdilaterare vid behov till alla patienter.

Den initiala underhållsbehandlingen baseras på:

- Förekomst av symtom, i första hand dyspné.
- Exacerbationsanamnes/sjukhusvård på grund av exacerbation under det senaste året.
- Blodeosinofili.

Behandling vid dyspné hos patienter som **inte har exacerbationer** i anamnesen:

- Bronkdilaterande läkemedel (LAMA, LABA).

Hos patienter **med exacerbationer** i anamnesen kan initial behandling vägledas av blodeosinofili:

- Om 1 exacerbation senaste året
 - » Utan blodeosinofili (eller avsaknad av analys): LAMA
 - » Blodeosinofili $\geq 0,3 \times 10^9$ och/eller astmaanamnes: LAMA eller ICS + LABA
- Om ≥ 2 exacerbationer senaste året
 - » Utan blodeosinofili: Bronkdilaterande läkemedel (LAMA eller LAMA + LABA)
 - » Blodeosinofili: LAMA eller ICS + LABA

Initial läkemedelsbehandling vid KOL

0 exacerbation senaste året (grupp A och B)

- LAMA
- LABA

1 exacerbation senaste året (grupp A och B)

Ej blodeosinofili, blodanalys saknas

- LAMA

Blodeosinofili och/eller astmaanamnes

- LAMA
- ICS + LABA

≥ 2 exacerbationer/en sjukhusinläggning senaste året (grupp C och D)

Ej blodeosinofili (eller blodanalys saknas)

- LAMA
- LAMA + LABA (kan övervägas vid svåra symtom, CAT >20)

Blodeosinofili och/eller astmaanamnes

- LAMA
- ICS + LABA

Med blodeosinofili menas $\geq 0,3 \times 10^9/L$

LAMA: Long-acting anti-muscarinics

LABA: Long-acting beta-2-agonist

ICS: Inhaled corticosteroids



Uppföljande läkemedelsbehandling

Uppföljande behandling baseras på symtom och förekomst av exacerbationer.

Patienter som har nytta av kortverkande beta-2-agonist vid behov ska även fortsättningsvis ha denna behandling men i avsaknad av effekt sätts behandlingen ut.

När dyspné är huvudproblem

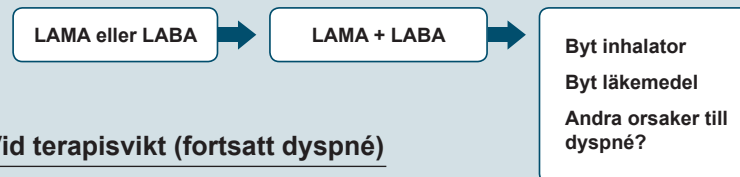
Patienter med dyspné utan exacerbationer behandlas med långverkande bronkdilaterande läkemedel, LAMA och/eller LABA.

När exacerbationer är huvudproblem

Patienter med exacerbationer behandlas med LAMA och /eller ICS + LABA.



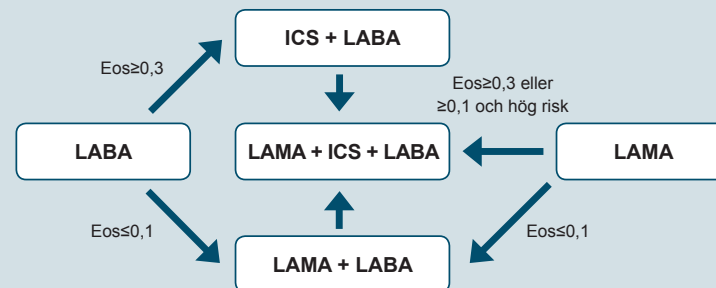
Vid dyspné utan exacerbationer



Vid terapivikt (fortsatt dyspné)

1. Patienter som står på LAMA + LABA:
 - a. Byte av inhalator
 - b. Byte av läkemedelssubstans

Vid exacerbationer med eller utan dyspné



Vid terapivikt (fortsatta exacerbationer)

1. Patienter som står på LABA:
 - a. Vid blodeosinofili: Lägg till ICS.
 - b. Vid låga blodeosinofiler: lägg till LAMA.
2. Patienter som står på LAMA:
 - a. Vid blodeosinofili: Lägg till ICS + LABA.
 - b. Vid låga blodeosinofiler: Lägg till LABA.
3. Patienter som står på ICS + LABA:
 - a. Lägg till LAMA.
4. Patienter som står på LAMA + LABA:
 - a. Lägg till ICS.
5. Patienter som står på LAMA + LABA + ICS:
 - a. Lägg till roflumilast vid samtidig kronisk bronkit.

Denna guide är producerad i samarbete med
professor emeritus Kjell Larsson, Karolinska institutet.

Referenser:

GOLD reports Global Strategy for prevention, diagnosis and management of COPD
<https://goldcopd.org/gold-reports/>

Socialstyrelsens nationella riktlinjer vid astma och KOL
<https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/slutliga-riktlinjer/astma-och-kol/>

Läkemedelsverket: Läkemedelsbehandling av kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL)
<https://lakemedelsverket.se/kol>



Chiesi Pharma AB Klara Norra kyrkogata 34, 5tr, 111 22 Stockholm
www.chiesipharma.se infonordic@chiesi.com