

Akut exacerbation, handläggning

En exacerbation är en mycket allvarlig händelse med starkt negativ inverkan på prognosen och ökad risk för förtida död.

Finns fastställd KOL-diagnos?			
Överväg andra differentialdiagnoser till försämringen trots KOL-diagnos? ▶ t.ex. Pneumoni, hjärtsvikt, ångestattack			
Vid akut insättande besvär ▶ Överväg lungemboli, akut hjärtinfarkt, arytm, pneumothorax?			
Bedöm exacerbationens svårighetsgrad			
Lindrig <input type="checkbox"/>		Medelsvår <input type="checkbox"/>	
Lindrig <input type="checkbox"/>		Svår <input type="checkbox"/>	
Allmänpåverkan	Obetydlig	Lindrig – måttlig	Måttlig – uttalad
Dyspné mät med VAS	<5	≥5	≥5
Andningsfrekvens	<24/minut	≥24/minut	≥24/minut
Hjärtfrekvens	<95/minut	≥95/minut	≥110/minut
SpO ₂ i vila på luftandning	≥93% och förändring från normal ≤3%	<93% och/eller förändring från normal >3%	<90% och/eller förändring från normal >5%
CRP	<10 mg/L	≥10 mg/L	≥10 mg/L
Syrgas: Vid andningspåverkan och saturation <88% på luftandning rekommenderas 1-2L syrgas med kontroll efter ca 30 minuter. Målintervall i saturation (SpO ₂) 88-92%			
Överväg: EKG, lungröntgen			
Basalprover: CRP, Hb, Saturation (SpO ₂) Överväg: NT-Pro BNP, Sputumodling (särskilt vid recidiv och frekventa exacerbationer)			

Uppföljning av KOL-exacerbation

Ska ske hos Läkare (företrädesvis) eller KOL-sjuksköterska inom 6 veckor

- Återgång till ett stabilt kliniskt tillstånd? Hög prioritet
- Är rimlig orsak till exacerbationen fastställd eller finns möjliga differentialdiagnoser? Övrig bedömning
- Kontrollera SpO₂ – Om <93% i vila och i övrigt optimalt behandlad ▶ Överväg remiss till specialistvård för artärblodgas
Optimera underhållsbehandlingen: • **Från LAMA** till fast LABA/LAMA om eosinofiler <0,30. **Från LAMA** till fast trippelbehandling om eosinofiler ≥0,30. (kapp. diff. ordinerar inför besöket) • **Från LABA/LAMA** övervägs fast trippelbehandling vid den första måttligt svåra exacerbationen
- Kontrollera patientens handhavande av inhalator & inhalationsteknik (pat. egna eller nya)
- Diskutera vikten av hög läkemedelsföljsamhet
- Diskutera rökvanor hos rökare och erbjud nikotinersättningsmedel
- CAT-skattning (försämrats jämfört med perioden före exacerbationen?)
- Kontrollera vikt och BMI vid klinisk misstanke om lågt BMI ▶ Remiss till dietist vid BMI <22
- Beakta vikten av icke-farmakologisk behandling enligt *Standardvårdplan KOL-exacerbation primärvård*
- Dokumentera patientens förmåga till fysisk aktivitet och ge enkla råd om ökad aktivitet alt. remiss till fysioterapeut
- Överväg remiss till lungspecialiserad vård vid frekventa exacerbationer: ≥2 måttligt svåra senaste året, hög symtombörda eller svår KOL (FEV₁<30%)
- Notera.** Ej meningsfullt med spiometri post-exacerbation

Diagnostik

KOL-diagnostiken innebär alltid en sammantagen bedömning av triaden

- Riskfaktorer (exponering, ärftlighet)
- Symtombild
- Kronisk luftvägsobstruktion, dvs. FEV₁/FVC-kvot (<0,70) efter bronkdilatation

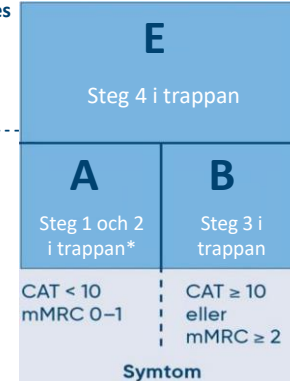
Svårighetsgradering, initial Riskklassificering och initial Behandling av KOL

Gradering utifrån lungfunktionsförlust		FEV ₁ (% förväntat efter bronkdilatation)
GOLD 1	Lindrig	≥ 80
GOLD 2	Måttlig	50–79
GOLD 3	Svår	30–49
GOLD 4	Mycket svår	< 30



Exacerbationsanammes
≥ 2/år eller
≥ 1 sjukhusvårdad exacerbation/år

0 eller 1 måttligt svår exacerbation/år



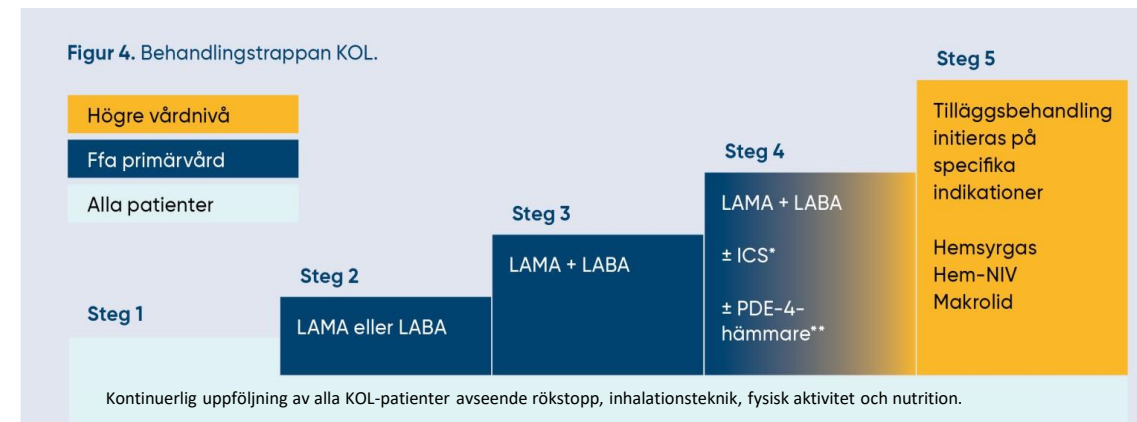
• Signifikant reversibilitet (FEV₁ ökar 12% eller mer och mer än 200ml) vid KOL är vanligt men efter bronkdilatation kvarstår obstruktionen (kvot <0,70).

• Hos t.ex. överviktiga personer kan kvoten FEV₁/FVC, trots KOL, vara normal eller hög pga. att den restriktiva komponenten orsakad av övervikten dominerar.

* Hos patienter i grupp A som upplever sig symtomfria kan LAMA eller LABA provas i några veckor för att se om det ger en förbättring. Om förbättring uteblir, kan behandlingen avslutas.

Behandlingstrappan

För initial farmakologisk behandling



A) Trappan används framför allt vid nyinsättning: ||*ICS insättning vid nydiagnos bör sättas in vid 1. Upprepade exacerbationer, 2. En sjukhuskrävande exacerbation, 3. vid blodeosinofiler ≥0,3 (och oberoende av 1 och 2). **B)** Vid en exacerbation/fortsatta exacerbationer ska behandlingen trappas upp: || **Från LAMA** till fast LABA/LAMA om eosinofiler <0,30. **Från LAMA** till fast trippelbehandling om eosinofiler ≥0,30 (kapp. diff. ordinerar inför besöket). || **Från LABA/LAMA** övervägs fast trippelbehandling vid den första måttligt svåra exacerbationen.

** PDE-4-hämmare (roflumilast) kan provas hos individer med FEV₁ <50% av förväntat värde och kronisk bronkit och upprepade exacerbationer trots behandling med LABA/LAMA.

