

Langvinn lungnateppa: Hinn duldi faraldur

Langvinn lungnateppa, ásamt æðasjúkdómum og lungnakrabbameini, er einn meginfylgikvilli reykingamanna en jafnframt sá sem minnst hefur verið í sviðsljósinu. Það var ekki fyrr en um miðja síðustu öld að sjúkdómnum var fyrst lýst í þeirri mynd sem nú hefur haldist: langvinnrar berkjubólgu og lungnaþembu (1). Undir lok síðustu aldar hófst gullvinna GOLD: Global Initiative of Obstructive Lung Disease. Þannig voru skilgreiningar og alþjóðaleiðbeiningar um greiningu og meðferð langvinnrar lungnateppu samhfæðar (2). Margt benti til að hér væri á ferðinni eitt af helstu heilbrigðisvandamálum nútímans, en upplýsingar skorti varðandi umfang sjúkdómsins. Því var hrundið af stað alþjóðlegri vinnu við að kortleggja algengi sjúkdómsins undir því djarfa nafni BOLD: Burden of Obstructive Lung Disease. Niðurstöður íslenska hluta BOLD-rannsóknarinnar líta nú dagsins ljós í *Læknablaðinu* (3).

Sú niðurstaða íslenska BOLD-hópsins að algengi langvinnrar lungnateppu reynist 18% meðal þeirra sem eru eldri en 40 ára á höfuðborgarsvæðinu vekur mesta athygli. Þetta er umtalsvert hærra algengi en áður var álitíð. Skýring þessa liggur í því að BOLD-vinnan styðst við notkun blástursmælinga til greiningar en fyrri rannsóknir litu einungis á einkenni langvinnrar lungnateppu. Höfundar gefa jafnframt til kynna að langvinn lungnateppa sé vangreind af læknum á höfuðborgarsvæðinu en einungis um 7,4% karla og 9,3% kvenna höfðu greinst með langvinna lungnateppu. Þegar litið er á hóp stórreykingamanna (>20 pakkaár) eru tölurnar sláandi: þriðjungur þeirra uppfyllir GOLD-skilmerki lungnateppu en einungis 11,3% karla og 18,7% kvenna höfðu fyrri greiningu sjúkdómsins. Höfundar gera þessum niðurstöðum ekki skil í umræðu sinni. Skýringa gæti verið að leita í næmi blástursmælinga til greiningar einkenna frá öndunarferum og að þær séu almennt vannýttar. Niðurstöður rannsóknarinnar geta hins vegar verið villandi þar sem ekki kemur fram hvort sjúklingar höfðu leitað til læknis vegna einkenna sinna og á þann hátt verið vangreindir. Vel getur hugsast að reykingamenn með þrálát einkenni líti á þau sem sjálfsgöð og því ekki til efni til kvartana. Fróðlegt væri að kanna hvort að þessu sé öðruvísi háttáð utan höfuðborgarsvæðisins.

Erfitt er að draga víðtækar ályktanir af niðurstöðum rannsóknarinnar varðandi aldurs- og kynjaskiptingu sjúkdómsins eða tengsl við reykingar. Það vekur athygli að ekki verður vart aukins algengi sjúkdómsins fyrr en hjá þeim sem reykt hafa meir en 20 pakkaár en höfundar útskýra þessa niðurstöðu ekki nánar. Þeir benda hins vegar á að GOLD viðmiðunargildi blástursrannsóknna hjá eldri einstaklingum eru til endurskoðunar en þau eru hugsanlega talin ofmeta skerðingu lungnastarfsemi. Í rannsóknarhópnum 70 ára og eldri eru 129 einstaklingar, eða 17% hópsins, og algengi langvinnrar lungnateppu er þar hæst, eða 40-45%. Þetta háa hlutfall kemur á óvart en gæti jafnframt skeykt meginniðurstöður rannsóknarinnar ef um falsk

jákvæða greiningu er að ræða vegna þess að notuð eru of næm viðmiðunargildi.

Ég sakna umræðu varðandi þann hóp sem greinist með langvinna lungnateppu þrátt fyrir að hafa aldrei reykt. Þannig uppfylla 12,6% karla og 15,2% kvenna GOLD-skilmerkjum. Hluti þessa hóps gæti verið einstaklingar með atvinnutengda lungnateppu en einnig sjúklingar með astma sem ekki hafa fengið tilhlýðilega greiningu ellegar meðferð. Svörun við berkjuvíkkandi lyfjagjöf getur þannig í upphafi verið ófullnægjandi til að greina á milli astma og langvinnrar lungnateppu. Viðeigandi bólguefandi astmameðferð getur síðar endurvakið berkjuvíkkandi áhrif beta-örvunarefna. Á hinn bóginn skarast meingerð og meðferð þessara sjúkdóma og þrálátur astmi getur vissulega leitt til viðvarandi skerðingar blástursgilda. Að lokum er vaxandi þekking á skaðlegum áhrifum óbeinna reykinga, allt frá fósturstigi til fullorðinna, á lungnaþroska og lungnastarfsemi. Hugsanlegt er að næmir einstaklingar þrói þannig langvinna lungnateppu án þess að reykja sjálfir (4).

Samkvæmt upplýsingum á vef Landlæknisembættisins eru árlega um 5000 legudagar á sjúkrahúsum hér á landi vegna langvinnrar lungnateppu sem jafnframt er fimmta algengasta dánarorsökin bæði meðal karla og kvenna. Þó lungnateppa geti þróast samfara loftmengun, í kjölfar sýkinga ellegar vegna loftborinna áreita þá hafa reykingar reynst stærsti orsakavaldurinn. Álag á heilbrigðisþjónustuna eykst sífellt samfara því að stærri árgangar reykingamanna eldast. Lengi vel var talið að einungis um 15% reykingamanna fengi langvinna lungnateppu. Nú er ljóst að jafnvel 35-50% reykingamanna þróa með sér skerta lungnastarfsemi á lífsleiðinni ef stuðst er við blástursmælingar (5). Nýlegar tölur frá könnun Capacent Gallup á vegum Lýðheilsustöðvar sýna að 22,1% íslensku þjóðarinnar reykir, 32,1% eru fyrrum reykingamenn en 45,8% hafa aldrei reykt. Helmingur íslensku þjóðarinnar er því í aukinni áhættu á reykingatengdum fylgikvillum. Niðurstöður BOLD-hópsins eru þörf áminning um þessa áhættu og hvatning til frekari tóbaksvarna. Það er vel við hæfi á þeim tímamótum þegar reykingabann er innleitt á veitingastöðum hér á landi.

Heilmildir

- Oswald NC, Harold JT, Martin WJ. Clinical pattern of chronic bronchitis. *Lancet* 1953; 265: 639-43.
- Pauwels RA, Buist AS, Calverley PM, Jenkins CR, Hurd SS. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) workshop summary. *Am J Resp Crit Care Med* 2001; 163: 1256-76.
- Benediktssdóttir B, Guðmundsson G, Jörundsdóttir KB, Vollmer W, Gíslason P. Hversu algeng er langvinn lungnateppa? Íslensk faraldsfræðirannsókn. *Læknablaðið* 2007; 93: 471-7.
- Gerbase MW, Schindler C, Zellweger JP, Kunzli N, Downs SH, Brändli O, et al. Respiratory effects of environmental tobacco exposure are enhanced by bronchial hyperreactivity. *Am J Resp Crit Care Med* 2006; 174: 1125-31.
- Løkke A, Lange P, Scharling H, Fabricius P, Vestbo J. Developing COPD: a 25 years follow-up study of the general population. *Thorax* 2006; 61: 935-9.



Óskar Einarsson

oskare@landspitali.is

Chronic obstructive lung disease: the hidden epidemic

Consulting physician,
Division of Pulmonary
Medicine, Landspítali
University Hospital, Fossvogei
101 Reykjavík.

Óskar Einarsson er læknir með sérmenntun í lyf- og lungnalækningum við Landspítala.