

Nyhetsbrev för specialister inom övre och nedre luftvägssjukdomar

KOL

Två experters synpunkter

– om vikten av att kunna förutsäga och förebygga dödlighet vid KOL

Trots att kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) är den fjärde största dödsorsaken i världen så har dödlighet som mätvariabel i stort sett negligerats i nyare kliniska studier.

Fram till i dag har man i kliniska studier studerat mätvariabler eller markörer som kan förutsäga risken för död vid KOL, såsom exacerbationer och hälsostatus. I nya prospektiva studier tittar man nu direkt på dödligheten som en mätvariabel vid KOL.

Vi bad professor Peter Calverley, en av de ledande personerna i en ny, stor klinisk studie på KOL, att förklara varför minskad dödlighet är ett viktigt mått på behandlingsresultat och vilka faktorer som påverkar densamma, samt vilka mått och steg som kan tas för att undvika för tidig död i KOL. Dessutom bad vi lungläkare Kjell Larsson, professor vid Karolinska Institutet och kliniskt verksam vid Lung- och allergikliniken, Huddinge sjukhus, om hans kommentarer till intervjun med Peter Calverley.

Intervju med Peter Calverley:

“Vi har länge misstänkt att det finns ett samband mellan exacerbationer och dödlighet”

Text: Mark Richardson

Varför är det viktigt att minska dödligheten i KOL?

Dödligheten är en viktig faktor eftersom ett stort antal människor över hela världen dör som ett resultat av KOL-relaterade orsaker. Vi hade förväntat oss en minskning av KOL-relaterad dödlighet som ett resultat av minskad tobakskonsumtion – den huvudsakliga orsaken till KOL – i Europa och Nordamerika. Dock har incidensen av KOL-relaterad dödlighet faktiskt ökat och fortsätter att öka. Enligt de senaste förutsägelseerna kommer det att ta mycket längre tid än man tidigare anat innan de positiva effekterna av rökstopp på dödligheten i KOL kommer att slå igenom. De höga och fortfarande ökande dödstalen har återuppväckt intresset bland experterna för att finna behandlingar som kan minska dödligheten i KOL. ▶▶▶



Astma

Astma och idrott

Satsning på information till idrottslärare

Sid 6



Hur kan vi minska dödligheten i KOL?

Man har i större kliniska studier kunnat visa att det är möjligt att genom ingripande påverka patientens förväntade livslängd. Interventioner som har visat sig kunna minska dödligheten i KOL innefattar:

- syrgas (under 16 timmar per dygn till patienter med låga syrenivåer i blod)
- lungvolymreducerande kirurgi (i en utvald grupp av patienter som inte förbättrats konditionsmässigt genom lungrehabilitering)
- rökstopp. I en klinisk studie, The Lung Health Study, kunde man visa att patienter med tidig, asymtomatisk KOL som deltog i ett rökavvänjningsprogram hade lägre risk för dödlighet, oavsett orsak, än de som inte deltog i programmet (14,5 års uppföljning) [1]. Det finns däremot inga klara bevis för att rökstopp skulle gynna patienter med symtomatisk KOL, detta beroende på att randomiserade studier i denna population skulle vara oetiska. Men även i brist på bevis skulle jag rekommendera att alla patienter med KOL slutar att röka, oavsett hur svår KOL de har.

Det finns antydningar, baserade på epidemiologiska data, att en förbättring av luftens kvalitet skulle ha en positiv effekt på dödligheten i KOL, men beroende på interventionens natur är detta svårt att leda i bevis. Mycket få läkemedelsstudier har studerat dödlighet som en specificerad mätvariabel i behandlingen. I en nyligen publicerad meta-analys (Inhaled Steroid Effects Evaluation in COPD [ISEEC]) av sju större randomiserade kliniska studier där man jämfört inhalede steroider med placebo, visar man med acceptabel säkerhet att inhalationssteroider (ICS) kan minska dödlighet oavsett orsak (med 27% jämfört med placebo under en fyraårsperiod) hos patienter med KOL [2]. Eftersom de studier som denna meta-analys bygger på inte var konstruerade för att studera behandlingens effekt på dödlighet behövs prospektiva mortalitetsstudier för att bekräfta dessa data. Förutom ovanstående analys, ISEEC, finns det andra studier av databaser som antyder att kombinationen ICS/långverkande b₂-agonister (LABA) kan ha en positiv effekt på dödlighet – en effekt som är större än av ICS eller LABA var för sig [3,4]. Men återigen är det så att beroende på svårigheterna att tolka data retrospektivt är det randomiserade och kontrollerade studier som behövs.

Finns det ett samband mellan exacerbationer och dödlighet vid KOL? Kan en minskning av antalet exacerbationer bidra till allmänt förbättrad överlevnad?

Vi har länge misstänkt att det finns ett samband mellan exacerbationer och dödlighet, beroende på den observerade höga dödligheten hos patienter som läggs in på sjukhus på grund av KOL. I december 2005 publicerades en klinisk studie som påvisade ett klart samband mellan frekvensen av exacerbationer och dödlighet i KOL [5]. Det är alltså så att ju fler exacerbationer patienten får, desto större är risken för att dö i KOL. Vi vet också att patienter som får många exacerbationer har ett sämre hälsoläge än patienter som har färre exacerbationer, och att detta sämre hälsoläge också kan öka risken för död. Vi vet inte med säkerhet om en minskning av exacerbationer leder till en allmänt ökad överlevnad, men det skulle förvåna om det inte gjorde det. Vi hoppas att slutliga data från TORCH-studien (se nedan) kommer att besvara denna fråga. För ögonblicket är det en acceptabel arbetshypotes att färre exacerbationer bör innebära minskad dödsrisk i KOL. En behandling som minskar antalet exacerbationer vore därför önskvärd.

Vad finns det för bevis för att behandling med ICS/LABA kan minska frekvensen av exacerbationer vid KOL?

Det finns starka bevis för att behandling med kombinationen av ICS/LABA kan minska frekvensen av exacerbationer vid KOL. De bästa bevisen kommer från två tolv månaders multinationella multicenterstudier som jämförde kombinationen budesonid/formoterol med dess ingående komponenter och placebo. Studierna var dubbelblinda, randomiserade och kontrollerade, och inkluderade patienter med moderat till svår KOL [6,7]. Studierna var identiska i sin design med undantag för förstudieprotokollet (run-in perioden): I Szafranskistudien [6] togs patienternas underhållsmedicinering bort under två veckor före studiestart medan man i Calverleystudien [7] intensifierade behandlingen (alla patienter fick orala steroider och formoterol) för att optimera patienternas hälsotillstånd före randomiseringen. I båda studierna användes samma medicinska interventionsbaserade definition på exacerbationer (försämring som kräver antibiotika och/eller orala steroider och/



eller inläggning på sjukhus), och båda studierna visade att Symbicort minskade frekvensen av exacerbationer med 24% i jämförelse med placebo.

I tillägg till ovanstående observerades dessutom en signifikant minskning av antalet exacerbationer i jämförelse med formoterol i båda studierna. En minskning av antalet exacerbationer i jämförelse med placebo kunde också rapporteras i en annan liknande storskalig studie med en ICS/LABA-kombination, nämligen salmeterol/flutikason [8], vilket alltså bekräftar den goda effekten som behandling med ICS/LABA har mot exacerbationer vid KOL.

Vad är TORCH (TOwards a Revolution in COPD Health) study?

Torch är en stor, internationell, multicenter, randomiserad, dubbel-blind treårig klinisk studie av ICS/LABA-kombinationen salmeterol/flutikason 50/500 g två ggr/dag i samma inhalator, jämfört med placebo och monokomponenterna, på ungefär 6200 patienter med moderat till svår KOL [9]. Alla patienter har tillåtits att fortsätta med underhållsmediciner med undantag av ICS, LABA eller orala steroider (till exempel kortverkande bronkdilaterare och teofyllin). Patienterna följs upp var tredje månad med telefonsamtal för att spåra exacerbationer och eventuella bieffekter och besöker sjukhuset var sjätte månad för lungfunktionstester och mätning av hälsotillstånd med hjälp av St George's Respiratory Questionnaire, SGRQ [10].

Vilka är målsättningarna med TORCH-studien och varför valdes dessa?

Det primära målet med studien är att fastställa om kombinationen ICS/LABA kan minska 3-årsdödligheten oavsett orsak i jämförelse med placebo [9]. Ett sekundärt mål är att studera effekten på dödligheten av monokomponenterna i jämförelse med placebo och kombinationen. Dödlighet oavsett orsak valdes eftersom det kan vara svårt att skilja mellan död förorsakad specifikt av KOL och död där KOL kan ha varit en bidragande orsak. Man har trots detta noterat KOL-relaterad död som en sekundär mätvariabel i studien. Ett signifikant antal KOL-relaterade dödsfall har förväntats då alla patienter måste ha en FEV₁ som är mindre än 60% av förväntat vid inklusion. Andra sekundära mätvariabler är frekvens av exacerbationer och hälsostatus. TORCH-studien kommer att öka våra kunskaper om behandling med ICS/LABA i större populationer och under längre behandlingstider än tidigare.

Tror du, med hänsyn taget till publicerade data såsom meta-analysen ISEEC, att resultaten från TORCH-studien är tillämpliga också på andra ICS/LABA-behandlingar?

Som läkare tror jag att svaret är ja, troligen skulle man se liknande resultat även om man använde andra ICS/LABA-kombinationer.



Kommentar från Kjell Larsson:

“Man kan inte nog understryka nödvändigheten av prospektiva studier.”

Text: Kjell Larsson





Mortalitet måste anses som en av de mest relevanta utfallsvariablerna vid behandling av alla typer av svår kronisk sjukdom. Inom andra områden, till exempel inom kardiologin, har stora studier med mortalitet som primär utfallsvariabel genomförts, men inom astma- och KOL-områdena saknas denna typ av studier nästan helt. När det gäller KOL vet vi vilken åtgärd som kan nedbringa mortaliteten högst avsevärt, nämligen rökavvänjning. Det är dock av ett enormt stort värde att undersöka om mortalitet kan påverkas av annan intervention. Detta har stor betydelse för rökande KOL-patienter och ännu större betydelse för de patienter som har utvecklat KOL och har slutat att röka.

Ökat intresse ger effekt

Calverley räknar upp tre åtgärder som kan påverka överlevnad vid KOL, oxygenbehandling, volymsreducerande kirurgi och rökavvänjning. Oxygenterapi vid respiratorisk insufficiens har i flera studier visats öka överlevnaden hos patienter med respiratorisk insufficiens. Det är dock oklart huruvida andra interventioner som vidtas vid KOL påverkar överlevnaden.

Vi har idag tämligen omfattande behandlingsprogram för KOL-patienter och det är förstas inte studerat hur var och en av de komponenter (vaccination, olika farmakologisk behandlingar, patientutbildning, sjukgymnastik, nutrition etcetera) som ingår i den totala arsenalen av behandlingsåtgärder påverkar överlevnaden. Sannolikt är att ett ökat intresse för denna patientgrupp, och därmed ett förbättrat omhändertagande, medför att den sammanlagda effekten av alla åtgärder tillsammans verkar för ett förbättrat liv med högre livskvalitet och en längre överlevnad.

Förebygga exacerbationer

Peter Calverley påpekar att de studier som hittills publicerats vad gäller dödlighet vid KOL inte har haft mortalitet som primär effektvariabel. Mortalitetsdata har således analyserats i undersökningar som inte varit primärt planerade för att påvisa förändring i mortalitet. Man kan inte nog understryka det som Calverley hävdar om nödvändigheten av prospektiva studier med mortalitet som primär utfallsvariabel. TORCH-studien är ett exempel på en sådan studie.

Exacerbationerna är ett av KOL-patientens gissel. Vi vet att exacerbationer kan

nedsätta välbefinnandet och livskvaliteten under lång tid och att antalet exacerbationer ökar mortalitetsrisken.

Det finns tydliga data som talar för att mortaliteten är högre hos KOL-patienter som ofta har exacerbationer jämfört med dem som endast har enstaka eller inga exacerbationer. En viktig del av KOL-behandlingen är därför att försöka förebygga exacerbationer. Som Calverley påpekar är det inte visat att en reduktion av exacerbationsfrekvensen i sig påverkar mortaliteten men det är lätt att hålla med om hans antagande att det skulle förvåna om så inte var fallet.

I två studier [6,7] reduceras exacerbationsfrekvensen av kombinationen budesonid/formoterol med knappt 25%. Båda dessa studier pågick under ett års tid. Från dessa studier framgår det klart att behandling med budesonid/formoterol har en exacerbationsförebyggande effekt och är indicerad vid KOL med exacerbationer. Behandlingen här liknar den som ges vid andra kroniska sjukdomar, det vill säga man påbörjar en långvarig förebyggande behandling vars effekt inte så lätt låter sig kontrolleras vid rutinbesök. Eventuella effekter på exacerbationsfrekvens kan inte upptäckas under en kort uppföljningstid. Behandlingen genomförs därför under lång tid ungefär på samma sätt som man genomför en blodtrycksbehandling.

Kombination har bäst effekt

Det är också klart från dessa studier att kombinationen steroid och långverkande b2-agonist tycks ha den bästa effekten. Den logiska slutsatsen av detta blir att patienter som skall behandlas med inhalationssteroider vid KOL direkt skall behandlas med kombinationen inhalationssteroid och långverkande b2-agonist som hade bättre effekt än inhalationssteroid ensamt respektive långverkande b2-agonist ensamt.

Det har också kommit studier av tiotropium med exacerbationer som primär effektvariabel [11] som visar att exacerbationsfrekvensen sjunker med i ungefär samma storleksordning efter behandling tiotropium som efter behandling med budesonid/formoterol. Analys av subgrupper i dessa studier antyder att den bästa exacerbationsförebyggande effekten av tiotropium iaktas hos dem som samtidigt står på inhalationssteroider. ■

Referenser:

1. Anthonisen NR, Skeans MA, Wise RA, Manfreda J, Kanner RE, Connett JE; for the Lung Health Study Research Group. The effects of a smoking cessation intervention on 14.5-year mortality: a randomized clinical trial. *Ann Intern Med* 2005;142:233–239.
2. Sin DD, Wu L, Anderson JA, Anthonisen NR, Buist AS, Burge PS, et al. Inhaled corticosteroids and mortality in chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* 2005;60:992–997.
3. Mapel DW, Hurley JS, Roblin D, Roberts M, Davis KJ, Schreiner R, et al. Survival of COPD patients using inhaled corticosteroids and long-acting beta-agonists. *Respir Med* 2006;100:595–609.
4. Soriano JB, Kiri VA, Pride NB, Vestbo J. Inhaled corticosteroids with/without long-acting beta-agonists reduce the risk of rehospitalization and death in COPD patients. *Am J Respir Med* 2003;2:67–74.
5. Soler-Cataluna JJ, Martinez-Garcia MA, Roman Sanchez P, Salcedo E, Navarro M, Ochando R. Severe acute exacerbations and mortality in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* 2005;60:925–931.
6. Szafranski W, Cukier A, Ramirez A, Menga G, Sansores R, Nahabedian S, et al. Efficacy and safety of budesonide/formoterol in the management of chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J* 2003;21:74–81.
7. Calverley PM, Boonsawat W, Cseke Z, Zhong N, Peterson S, Olsson H. Maintenance therapy with budesonide and formoterol in chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J* 2003;22:912–919.
8. Calverley P, Pauwels R, Vestbo J, Jones P, Pride N, Gulsvik A, et al; for the TRIal of Inhaled STeroids ANd long-acting β 2-agonists study group. Combined salmeterol and fluticasone in the treatment of chronic obstructive pulmonary disease: a randomised controlled trial. *Lancet* 2003;361:449–456. Erratum in: *Lancet* 2003;361:1660.
9. Vestbo J, The TORCH Study Group. The TORCH (Towards a revolution in COPD Health) survival study protocol. *Eur Respir J* 2004;24:206–210.
10. Jones P, Calverley P, Larsson T, Peterson S. St George's Respiratory Questionnaire (SGRQ) scores may help identify COPD patients at increased risk of death over 1 year. Poster presented at the fifth International Multidisciplinary Conference on Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPDV), Birmingham, UK, 28–30 June 2006.
11. Dusser et al, *ERJ* 2006;27:547, Niewoehner et al *Ann Int Med* 2005;143:317.

Samla pro Medico
i en snygg
och praktisk
pärm

Pro Medico gavs för första gången ut för 10 år sedan och det firar vi med att erbjuda dig en praktisk tidskriftsamlare.

Du har säkert hunnit samla på dig ett antal nummer så vi hoppas att denna pärm kan komma till användning.

Du beställer den via:
promedico@astrazeneca.com. ■



Skolidrotten är viktig för barn med astma

Barn med astma ska inte sitta på bänken och se på när kompisarna idrottar. Fysisk träning är extra viktigt för barn med astma. Men många av Sveriges idrottslärare känner att de kan för lite om sjukdomen. Därför genomför Astma- och Allergiförbundet, med stöd av AstraZeneca, en stor informationssatsning under hösten.

Text: Karin Rehn

Barnläkare Ted Jakobsson har bråda dagar. Han kommer med taxi till Malmö, där han under eftermiddagen skall lära idrottslärare och skolsköterskor mer om astma och gympa. Samma utbildning har han under förmiddagen hållit i Kristianstad, och senare bär det iväg till Helsingborg, Falun och Luleå. Budskapet är kristallklart:

– Idag är det, tack vare bra behandling, möjligt att leva ett normalt liv med astma.

Utopin har blivit verklig

Det som var en utopi för 30 år sedan är verklighet idag. En elev med astma ska kunna göra allt som kompisarna gör. Åtminstone enligt Läkemedelsverkets behandlingsmål, som bland annat innefattar symtomfrihet och ingen begränsning av dagliga aktiviteter.

Men vi vet också att astma är både underdiagnostiserat och underbehandlat i Sverige idag. Ted Jakobsson menar att här kan idrottsläraren hjälpa till.

Möjlighet att påverka

– Idrottslärare har en enorm möjlighet att påverka, eftersom de träffar människor så tidigt i livet. Bemötandet är viktigt; att betona fysisk aktivitet som något som ger glädje, livshälsa och skapar möjligheter istället för problem.

– Dessutom kan idrottsläraren vara den första som upptäcker symtomen på ansträngningsutlöst astma. Idrottsläraren kan i en sådan situation förmedla kontakt med skolhälsovården.

Astman har inte mig

Elever med astma kan riskera att hamna i en ond cirkel. Astman ger sämre ork, som gör att de motionerar mindre, vilket kan förvärra astman.

Rent statistiskt finns det 2-3 barn med astma i en normal skolklass. Det gäller att få dem att vara rädda om sig och samtidigt våga leva som andra. Eller annorlunda uttryckt: "I have asthma but asthma doesn't have me", som det står på en av Ted Jakobssons fina bilder föreställande engelska skolbarn.

Idrotten är viktig och kan stärka både fysik och självkänsla.

Elevens ansvar

– Det är mycket ovanligt att ett astmaanfall blir riktigt allvarligt i samband med skolidrotten, poängterar Ted Jakobsson.

– I de fall det händer kan det vara kopplat till en allergisk reaktion, till exempel att eleven tidigare under dagen har fått i sig nötter eller sojaprodukter, eller att man under vårens pollentider inte tillräckligt har behandlat sin astma.

Utan "den blå"

Om en elev får astmaproblem under idrottslektionen går det oftast över om han eller hon får vila en stund.

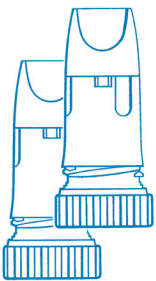
– Sätta sig, luta sig framåt, höja armarna så att bröstkorgen öppnas upp. Gärna dricka lite vatten, men inte för kallt.

Samt förstås puffa lite akutmedicin. Om den nu finns med...

– Har eleven inte med sin "blå" snabbverkande akutmedicin, bör man reda ut orsaken.

Utgå från barnets behov

Händer det en gång kan det vara så enkelt som att eleven bytt träningsväska. Händer det ett par, tre gånger kan det vara dags att sätta sig ned och prata med eleven och koppla in föräldrarna. Eleven behöver ibland bättre stöd för att komma ihåg medicinen. Och om det upprepas ytterligare är



det kanske så att eleven skäms. Särskilt om han eller hon har nått de känsliga tonåren.

– Det gäller att aldrig skuldbelägga en tonåring som tycker det är pinsamt. Prata och fokusera på möjligheterna. Vad vill just du kunna klara? När måste du må bra?

Det handlar inte om information på patofysiologisk cellnivå, det ska vara enkla praktiska råd.

Två sidor av myntet

– Doktors mål att behandla inflammationen och elevens mål att kunna spela en hel fotbollsmatch är två sidor av samma mynt. Utgå från barnets behov i samtalet.

Om eleverna har ökande besvär, om han/hon inte orkar som sina jämnåriga eller har besvär flera gånger i veckan, kanske det är dags att lägga till (eller öka en redan befintlig) förebyggande behandling med inhalationssteroider. Detta kan en elev då behöva prata med sina föräldrar om.

Faran i omklädningsrummet

Inte nog med att ansträngningen kan utlösa astma, faran lurar även i omklädningsrummet med alla dess deodoranter och sprayer. Och allergikomponenter förvärrar:

– Det kan vara knepigt, inte minst vid betygssättning. Det är inte riktigt rättvist att bedöma prestationen i kilometer-spåret hos en astmatiker med pollenallergi när björkarna precis har slagit ut.

Träningsråd:

- Motionera regelbundet
- Ta luftrörvidgande medicin minst 10 minuter innan träning
- Värm upp långsamt (10-15 minuter) och i intervallform
- Använd andningsfilter, köldskyddsmask med värmeväxlare alternativt ett specialgjort munstycke vid träning i kyla
- Vid astmasymtom, minska på tempot och/eller använd luftrörvidgande medicin
- Låt "dagsformen" bestämma träningens intensitet
- Träna i intervallform med inlagda vilopausar
- Drink mycket, motverkar uttorkning av luftvägarna. Gärna ljummet vatten så att inte luftvägarna kyls av.

Utnyttja refraktärperioderna

Vid tävlingsidrott kan dessutom utnyttjande av refraktärperioder vara ett tips:

• Då ansträngningsutlösta astmabesvär klingat av följer paradoxalt nog ofta en period då man åter tål ansträngning. Detta kallas refraktärperiod, och utnyttjades bland annat av skidåkaren Thomas Wassberg. Han visste exakt hur kroppen fungerade och kunde medvetet provocera fram lite astma under uppvärmning en god stund innan loppet. På så sätt slapp han astmabesvär under själva tävlingen.

Röster från några av deltagarna:

Susanne Wirén är själv astmatisk allergiker och uppväxt på den gamla, men inte så goda, tiden. Då fanns ingen tillräcklig behandling. Hon minns hur tråkigt det var att under rasten sitta kvar i klassrummet och se kompisarna hoppa hopprep på skolgården. Nu är hon förskollärare i Malmö och gympar med barnen varje vecka. Om hon upptäcker pipande väsende andning följer hon upp med samtal till föräldrarna. Det är inte ovanligt att det just är idrottslärarna som är de första att upptäcka astmatecken hos barnen.

Ulla Carlsson är idrottslärare på Withala skolan i Vetlanda. Hon har upplevt problem med att barnen påstår att föräldrarna inte vill att de ska medicinera "för det är ju farligt".

Detta måste tas ett steg längre, menar Ted Jakobsson. Man kan inte köra över rädslan, utan måste reda ut den bakomliggande problematiken. Träffas och prata tillsammans; föräldrar, barn, skolsköterska. Astmamediciner är INTE farliga - varför tror man det? Varifrån kommer oron? Är det farmor som är rädd efter att själv ha ätit kortison-tabletter i decennier för någon kronisk sjukdom? Då måste hon också förstå att dagens inhalerade kortisonpreparat är ofarliga. Information är nyckeln!

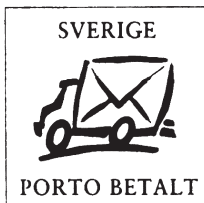
Viktoria Zander och **Hans Almström** är skolsköterska respektive idrottslärare på Husieskolan i Malmö.

– Eleverna med astma kommer ofta till mig för att de tror att ska slippa jympan, säger Viktoria. Men att inte idrotta är ju det sämsta de kan göra. Hans konstaterar: – Här får vi argument som vi kan ge tillbaka till eleverna. Vi måste förklara för dem varför det är så viktigt att röra sig! ■

Följande av AstraZeneca ägda varumärken är registrerade hos Svenska Patent-och registreringsverket och/eller hos utländska patentverk:

Bricanyl
Pulmicort
Oxis
Symbicort
Symbicort Singelterapi
Turbuhaler
AstmaKOL-Akademien

Åsikterna som framförs i artiklarna är författarnas egna och behöver därför inte delas av redaktionen eller AstraZeneca.

B

Försändelsen är utsänd med stöd av uppgifter ur Hälso & Sjukvårdens Adressregister, HSAR, av AstraZeneca AB, som är anslutet till Integritetsskyddsprogrammet för HSAR. Ytterligare information erhålls av CegeDIM AB, 08 - 633 76 80.

AstraZeneca Sverige AB, 151 85 Lund

pro Medico 1 • 2007

Stipendieannonsen

pro
Medico

ges ut av:
AstraZeneca Sverige AB
Terapiområde andningsvägar
151 85 Södertälje.
Tel: 08-553 260 00
Fax: 08-553 289 35
web: www.astma.com
www.levamedKOL.se
E-post: promedico@astrazeneca.com

Ansvarig utgivare:
Gunilla Lindberg

Redaktion:
Gunilla Lindberg
Marie Lindberg

Produktion:
Rehnskrivet i Väst AB

ISSN 1104-1749

Tryckt på miljövänligt papper på Elanders i Malmö.

Olika andningsövningar men lika bra effekt

Andningsövningar kan förbättra symtomen hos patienter med mild astma. En australiensisk studie av C Slader och medarbetare vid University of Sydney tyder dock på att det inte spelar så stor roll vilken typ av andningsteknik som används. I studien delades 57 patienter in i två grupper.

En grupp tränade en teknik med inandning genom näsan och långsam utandning genom munnen, medan den andra gruppen använde synkroniserad in- och utandning tillsammans med icke-specifik träning av överkroppen. Båda teknikerna övades två gånger dagligen med hjälp av instruktionsvideo. Behovet av kortverkande β 2-agonister sjönk under de första veckorna med över 80% hos båda grupperna och var bibehållet lågt under de åtta månader som studien pågick. ■

Thorax 2006; 61: 651-656

KOL-symtom olika för män och kvinnor

Den kliniska manifestationen av KOL kan skilja sig åt mellan könen. Detta har D Postma, University of Groningen, Nederländerna, kommit fram till. Han har tillsammans med sina kollegor undersökt 816 män och 312 kvinnor som slutfört 3-årsuppföljningen av the European Respiratory Society Study on COPD.

Under uppföljningstiden rapporterade en lika stor andel män som kvinnor symtom, men detaljerna skilde sig åt. Till exempel ledde en ökning av antalet cigaretter per dag till ökad risk för slembildning och rosslingar, men bara hos män. Männen behandlingssvar på budesonid var också bättre än kvinnornas. ■

Eur Respir J 2006;
28: 311-318

Fler nyheter på
www.az-air.com