

Høringssvar til DSAM vejledning fra medlemmer af astma-gruppen under DLS

Tak for muligheden for at kommentere på denne vejledning. Det er på mange måder en flot vejledning. Nedenstående har vi hver især i astma-gruppen under DLS budt ind med kommentarer til vejledningen

Mvh Anne Sofie Bjerrum

På vegne af astmagruppen under DLS

Input, Kjell Håkansson

- Steroidreversibilitet står som 2nd line for diagnostik - er det virkelig god stewardship for OCS? Bør de ikke henvises til prakt speciallæge eller ambulatorium for diagnostisk afklaring hvis de har relevante symptom og revers er negativ? Om noget skulle det vel være ICS-behandlingsforsøg, og ikke OCS? 375mg prednisolon er godt på vej til de 500mg som vi begynder at se skader ved.
- CAAT og/eller ACQ nævnes ikke.
- ICS/LABA pn er beskrevet som den "laveste behandling", hvilket vel er rigtigt nok men off label.
 - Brug af MART bør fremhæves yderligere som førstevalg.
 - SABA står som reliever hos anstrengelsesudløst astma behandlet med ICS/LABA - er det virkelig in line med anbefalinger?
 - Der står meget lidt om hvilke doser der skal bruges, og hvordan MART bedst bruges.
- Astma i exacerbation nævnes meget kort, og der står intet om at gentagne kure er et svært faresignal som bør lede til henvisning.
 - Dette står i kontrast til KOL hvor det står som KRITISK SYGDOM som skal tages dybt alvorligt allerede ved første episode.
- Inhalationssteroid står som ufarligt udover risiko for pneumoni. Her nævnes ikke noget om at højdosis bør være forbeholdt specialister, og kun bør bruges i kortere perioder feks ifm mildere exacerbationer.
 - Passende ref ville være NORDSTAR high dose.
 - Dette ville også aligne med hvordan vores egne guidelines nu er skrevet.
- Prednisolon står som at det i korte kure kun sjældent giver bivirkninger. Det tænker jeg der er rigeligt med evidens der viser det modsatte, og at effekten er kumulativ over et liv.
 - Hele afsnittet bør skrives om i min optik - men jeg er jo også skadet af steroidforskrækkelse.
 - Passende ref ville være Inge Skovs papers.

Input, Runa Poulsen

Jeg har ud over opbakning til Kjells kommentarer følgende ændringsforslag:

Figur 4a, 4b, 4c: Hos patienter med obstruktiv nedsat lungefunktion er forandringerne mere visuel på flow-volumen kurven end på volumen-tids kurven.

Side 13 "tolkning af spiometri" Angiv gerne også z-værdierne for de målte parametre, da det er mere akkurat angivelse af målingen sammenlignet med reference-værdi.

Side 17: I skriver "Den nye, som anføres af Dansk Lungefunktionsstandard, tilsiger, at testen er positiv, hvis FEV1% eller FVC% stiger ≥ 10 procentpoint (f.eks. fra 75 % til 85 %)."

Der er praksis der ikke får angivet FEV1 i % af forventet, men alene z-værdien, derfor kan I overveje at tilføje at $\text{præFEV1} - \text{postFEV1} \text{ divideret med forventet FEV1} \geq 10\%$

Side 17 og tabel 3 side 18: "bronkodilatatorer i de seneste 3 døgn". Det er langtidsvirkende bronkodilatatorer der skal være pauseret i 72 timer. SABA pauseret 8 timer, få steder anbefales der længere pause. Så slipper jeres personale for at aflyse LF på patienter der har taget et sug SABA f.eks. døgnet inden.

Side 18. I skriver:

"*Steroid-responstest*, Steroid-responstest anvendes, hvis der fortsat er mistanke om astma, og en positiv bronkodilatator-respons-test ikke kan opnås"

"fortsat er mistanke" bør ændres til " hvor der ud fra anamnesen vurderes stor sandsynlighed for astma"

Side 18: "*Steroid-responstest*". Effekt af per oral prednisolon som del af udredning for astma, bør ikke anbefales i alm.praksis.

Side 19: "Til gengæld kan PEF hos denne gruppe patienter være et redskab til at øve den forcerede expiration med målet om at skabe forudsætninger for spiometri af bedre teknisk kvalitet."

Er det korrekt?

Øverst side 20: "Tallet er ofte forhøjet eller højt i normalområdet både ved allergisk og ikke-allergisk astma." Det er ikke korrekt. EOS er ikke ofte forhøjet ved mild og moderat astma. Jeg vil anbefale at der i stedet for ofte skrives "kan være forhøjet"

Side 20 under "Undersøgelser som kan foretages på hospitalsafdelinger eller i lungemedicinsk speciallægepraksis " samt Eukapnisk Voluntær Hyperventilationstest (EVH)

Side 29: I skriver "Aerob træning har positiv effekt på astmakontrol og lungefunktion" Det er vildledende at angive at patienter kan træne sig til en bedre lungefunktion.

Side 43: I skriver " *Astma-COPD overlap* (ACO)" jeg vil foreslå "Patienter der både har en astma og KOL, tidligere kaldt *Astma-COPD overlap* (ACO)"

Input, Sofie Lock Johansson

- Side 17, ligesom Runa gør opmærksom på, synes jeg det med fordel kan anbefales, og som er i tråd med "danske/ERS/ATS lungefunktionsstandarder", at resultatet fra en bronkodilatortest defineres som: $BDR = (\text{post-bronkodilatorværdi} - \text{prebronkodilatorværdi}) / \text{forventet værdi}$, og at det er en 10 % stigning i denne værdi som anses som signifikant. Ikke 10 %-point stigning i FEV1 og/eller FVC.
- Side 20. Svær astma er et veldefineret begreb, (ukontrollerede symptomer på trods af GINA 4 - ATS/ERS definition), det anbefales at definitionerne svær astma og ukontrolleret astma bliver præciseret, så at det er klart hvornår behandling skal intensiveres, og hvornår det skal henvises videre pga ukontrolleret astma på trods af øgning af beh.
- Side 34. Anstrengelsesudløst astma. Vil foreslå at det nuanceres omkring begrebet. Det kan evt bruges EIB begrebet i stedet, og beskrives at mange patienter med astma har anstrengelsesudløst bronkokonstriktion (med underliggende T2 astma (fleste) eller nonT2 astma. Men at det også kan være EIB uden regelret astma, og at det i tillæg ses EIB hos sportsfolk, hvor skaden på epitelet er anderledes opstået og de inflammatoriske mekanismer synes anderledes end ved "klassisk astma". Det bliver måske for kringlet at få nuancerne med i en operationel instruks, men pointen er at det er vigtigt at afklare om det er en vedvarende inflammation (og her kunne det være relevant med eNO i praksis), det er jo en del patienter som bliver behandlet for anstrengelsesudløst astma, som har vedvarende inflammation i luftvejene men har underrapporterede symptomer i dagligdagen. (lidt ældre men mulig reference: [Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline: Exercise-induced Bronchoconstriction | American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine | Oxford Academic](#))
- Side 34: Står anført at graviditet ikke forværrer astma, det kan overvejes at nuancere til at astmasymptomer kan forværres ved graviditet. Studier viser at FeNO stiger under graviditet, hvilket tyder på at inflammationen kan forværres under graviditet.
- Side 43: Helt enig med Runa, vil også anbefale at det i stedet for ACO blev skrevet både astma og KOL, da det er 2 sygdomme med forskellig patofysiologi som ikke sjældent optræder konkomittant.

Generelt: Selv om langt overvejende del af astmapatienterne har mild-moderat sygdom, synes jeg (selvfølgelig noget farvet af at jeg til daglig primært beh. svær astma), at det med fordel kunne formuleres mere skarpt omkring svær astma, helt fra definitionen (se kommentar oven), til vigtigheden af at identificere patienter med flere exacerbationer (steroidbyrde, risiko for svær exacerbation, tabt arbejdsfortjeneste/undervisning osv.), så at det ikke kun er patienter med høj dagligdags symptombyrde som bliver henvist til sekundær sektor . Det er de færreste som skal have biologisk behandling, men for KOL er avanceret emfysembehandling og hjemme NIV nævnt som behandlingsmuligheder på sygehuset, medens biologisk behandling kun står i afsnittet om ACO.

Input, Celeste Porsbjerg

Jeg synes faktisk den er ret fint, og de ting vi kommer med er jo relativt små justeringer

For mig at se er det klart en udfordring at egen læg ikke kan henvise til en bronkial provokationstest. Reversibilitetstesten er meget lidt sensitiv - vi har fex tidl vist at kun 11% af alle nyhenviste, som viste sig at have astma, havde en positiv test

Men jeg synes også den pragmatiske tilgang med at 1) se på klinikken og 2) gøre et behandlingsforsøg med ICS, er klogt

Dette kunne dog med fordel være med et ICS/LABA fast + pn - således at man får et billede af både ICS effekt og beta-2 agonist - og en naturlig overgang til at være i denne behandling

OCS kur synes jeg også hører til i speciallæge regi

Man kunne sige at "Ukontrolleret ved medium-højdosering" - > Henvist til speciallæge, obs svær /kompleks astma

Ukontrolleret bør tydeligere beskrives jvf GINA som både symptomkontrol, LFU og exa tendens/risiko

IFT reverstest definitionen: Mig bekendt kører ERS/ATS og GINA stadig med 12% stigning - og vi har ikke indført 10% definitionen i DK endnu

Bør man ikke anbefale de 12% fortsat?

Det bliver noget rod at gøre een ting i DK og noget andet i resten af Europa

Ift svær astma kunne man anbefale et afsnit under "særlige grupper", som kort ridser op at svær astma rammer 5-10%, ofte sen debut, det skal mistænkes ved ukontrolleret astma trods højdosis ICS - og her henvise til specialist mhp vurdering i det der findes en række effektive biologiske behandling til de patienter der har exacerbationer

Det burde jo næsten være et flowchart der viste diagnostik (hvad/hos hvem) og behandling (hvad/hos hvem) - inkl henvisningskriterier. Således at man let kan se at der er to klassiske tidspunkter hvor specialisten bør se patienten 1) ifm diagnostik ved mildere asthma (usikker diagnose) og 2) mhp vurdering/behandling hos patienter der behøver højdosisbehandling

Kunne man foreslå det? Det ville være et fint afsæt for den forløbsbeskrivelse for astma, som vi ikke har i DK , men burde have.....

Input, Anne Sofie Bjerrum

Evidensgrundlaget:

Det vil være fint, hvis det er angivet hvilken version af de nationale retningslinjer fra Dansk Lungemedicinsk Selskab og hvilken version af GINA og GOLD der har dannet evidensgrundlag, da de løbende opdateres og ændres.

Hvad er astma og KOL:

Det vil være fint med mere klare definitioner. Kunne formuleres sådan for astma: relevante symptomer (pibende/hvæsende vejrtrækning, åndenød, hoste og trykkende fornemmelse i brystet), der varierer over tid og påvisning af reversibel luftvejsobstruktion. Lungefunktionen er typisk normal i symptomfri perioder.

Steroid-responstest (s 18)

Understrege at inhalationssteroid foretrækkes i steroid-responstest

Allergiudredning (s 19)

”Diagnosen baseres på patientens respons på allergisanering og provokation.” Måske kan det omformuleres til: allergidiagnosen baseres på relevante allergisymptomer ved eksponering for det pågældende allergen og påvisning af sensibilisering, enten som forhøjet specifik IgE i blodprøver eller som en positiv priktest.

Eosinofiltal i blodprøver (s 19):

Måske skal der skelnes mellem KOL og astma i dette afsnit? Jeg ville modificere nogle af de udsagn. Eosinofiltallet kan være forhøjet/højt i normalområdet (over 0,3) ved allergisk og eosinofil astma. Et højt eosinofiltal kan være tegn på utilstrækkelig astmakontrol, men andre årsager, heriblandt kronisk rhinosinuitis eller allergi, kan også være årsag

Diagnostik af astma: (s.20)

Definitionen af astma kunne med fordel gentages: Påvist reversibel luftvejsobstruktion og relevante symptomer.

Betegnelsen svær astma bør følge lungemedicineres definition af svær astma, så det ikke forveksles (se guidelines for svær astma i DLS regi og GINA guidelines)

Gravide: (s 34)

Nogle bliver mere ustabile under graviditet, og bør nok følges oftere end en gang årligt. Ref Charlotte Suppli Ulrik

Bivirkninger af kortikosteroid (s 41)

Bivirkninger til langvarig højdosis ICS behandling bør nævnes. Det bør understreges at Prednisolon har mange bivirkninger og påvirkninger af kroppen – se kommentar ved Kjell. DEXA scanning bør fremhæves i forhold til denne patientgruppe

Indikationer for henvisning (s 44):

Gentagne prednisolonkure