

CFAS Ambassadør Nyhedsbrev

Maj 2019

KOL patienters fysiske kapacitet

På CFAS forsøger vi i øjeblikket at blive klogere på, om det er lungefunktionen eller muskelfunktionen, der har størst betydning for den begrænsning i fysisk kapacitet, man observerer hos patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL).

KOL patienternes nedsatte evne til at udføre fysiske aktiviteter i dagligdagen er en af deres væsentligste begrænsninger, og det medfører forringet livskvalitet. De fysiske begrænsninger er dels relateret til nedsat lungefunktion, men skyldes i høj grad også dårligt fungerende muskler, såkaldt muskeldysfunktion. De to forhold i kombination kan medføre en ond cirkel af inaktivitet og deconditionering, som det også beskrives i denne artikel:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26509455>

Muskeldysfunktionen ved KOL ses på alle niveauer; objektivt kan der konstateres muskeltab og nedsat muskelstyrke; inde i selve musklen observeres nedsat evne til ilt forbrænding, anaerob fibersammensætning og dysfunktionelle mitokondrier. Endelig er blodgennemstrømning og iltleverance til den arbejdende muskulatur også nedsat ved KOL.

Det er fortsat uklart, hvilke mekanismer, der er ansvarlige for funktionstab i musklen hos KOL patienter. Det vi ved i dag er primært baseret på observationelle studier, men man har fundet en negativ lineær sammenhæng med lungefunktion og muskeldysfunktion. Det ses fx i dette studie:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17526675>

På basis af dette har vi for nylig lavet et træningsforsøg, hvor vi fandt, at 8 ugers cykel- eller gangtræning kunne forbedre muskelfibersammensætningen i musklen og øge blodgennemstrømningen til den arbejdende muskulatur. Se artiklen her:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27822028>

Træning modvirker altså muskeldysfunktionen ved KOL, samtidig med at livskvaliteten og den fysiske kapacitet forøges. Derfor anbefales træning til alle KOL patienter uanset sygdomsgrad. Tidligere anbefalede man ikke træning ved mild KOL, ud fra en forventning om, at denne patient kategori nok ikke ville opleve de store forbedringer. Men nu viser studier, at der ved mild KOL opnås relevante forbedringer efter 8-12 ugers træning. Her er et link til en såkaldt meta-analyse af de relevante studier på området:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25945044>

Patienter med KOL er mere udsatte for lungeinfektioner – de såkaldte forværringer. Disse forværringer kan medføre hospitalsindlæggelse og deraf følgende fysisk inaktivitet. Tidligere har man anbefalet, at patienter med KOL skulle hvile sig efter en forværring, men det viser sig faktisk, at fysisk træning i form af et struktureret lungerehabiliteringsforløb, nedsætter risikoen for genindlæggelse og død. Derfor anbefaler Sundhedsstyrelsen lungerehabilitering med træning som hovedelement til alle KOL patienter indenfor 4 uger efter en forværring. Anbefalingen er baseret på dette studie:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30219047>

I dag findes der utroligt mange forskellige træningsformer og KOL patienterne spørger os ofte, hvilken træning der er bedst. Vores råd lyder, at der er store forbedringer at hente ved både styrketræning og udholdenhedstræning. Der er ingen forskel på disse to træningsformer, hvad angår forbedring af livskvalitet og grad af åndenød. Man kan også kombinere de to træningsformer og her ses faktisk en øget muskelstyrke i benene sammenlignet med udholdenhedstræning alene. Dog er det usikkert, hvorvidt det har en stor betydning for patienterne at styrken i deres ben forbedres. Sundhedsstyrelsen anbefaler derfor de 2 træningsformer ligeværdigt og formentlig skal den enkelte patient opfordres til den træning, som vedkommende bedst kan gennemføre.

<https://sst.dk/da/Nyheder/2018/Rehabilitering-gavner-patienter-med-KOL>