

Effekt av lungerehabilitering ved parenkymatøse lungesykdommer?

Formidlet av Marita S. Fønhus og Ingeborg B. Lidal



Etter å ha gjennomgått 8-12 ukers lungerehabilitering får personer som har såkalte diffuse parenkymatøse lungesykdommer trolig bedre kapasitet til å være i fysisk aktivitet. Vi vet ikke om den positive effekten opprettholdes over lengre tid. Det viser en systematisk oversikt fra Cochrane-samarbeidet.

Diffuse parenkymatøse lungesykdommer (engelsk - 'Interstitial lung diseases') er en fellesbetegnelse på ulike tilstander hvor lungevevet rammes av betennelse og/eller arrdannelse. Flere av disse tilstandene kan medføre store begrensninger i daglige aktiviteter.

Tilliten vi har til resultatet kan være stor, middels, liten eller svært liten. Jo større tillit, desto sikrere kan vi være på at effekten av et tiltak er presist anslått. Man vurderer hvor stor tillit man bør ha til hvert enkelt resultat presentert.

Hva sier forskningen?

I systematiske oversikter samles og vurderes tilgjengelig forskning. I denne systematiske oversikten har forfatterne samlet informasjon om og vurdert effekt av lungerehabilitering sammenlignet med ingen lungerehabilitering hos personer med diffus parenkymatøs lungesykdom.

Forfatterne fant at de som deltar i lungerehabilitering:

- trolig øker sin gangdistanse (middels tillit til resultatet)
- trolig blir mindre tungpustne (middels tillit til resultatet)
- trolig bedrer livskvalitet (middels tillit til resultatet)
- muligens øker sin utholdenhet (liten tillit til resultatet)

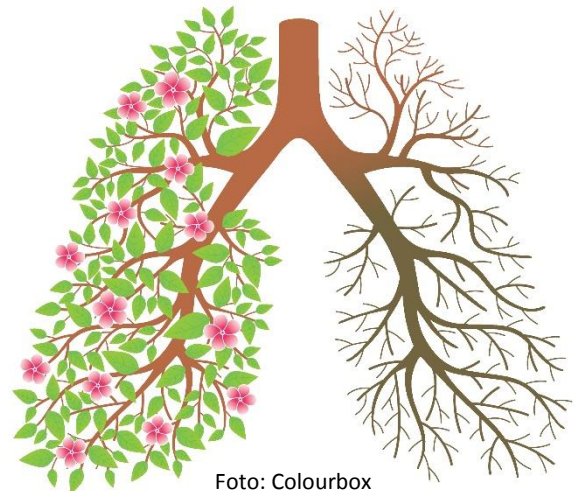










Foto: Colourbox

Resultattabell

Resultater: hva skjer?	Er forskjellen liten, moderat eller stor?	Tillit til resultatet	Hva er tallene bak?
Gangdistanse gangdistansen vil trolig økes da tilbakelagt lengde i en gangtest øker med 44 skritt	 Liten	 Middels	De går gjennomsnittlig 44 meter lengre (26 til 63 lengre)*
Pust man opplever trolig å være mindre tungpustet	 Moderat	 Middels ²	De har 0,66 SMD ¹ lavere hos dem som får lungerehabilitering (0,96 til 0,26 lavere)*
Livskvalitet livskvaliteten bedres trolig	 Liten	 Middels ²	De skårer gjennomsnittlig 8,9 poeng høyere på livskvalitet (3 til 14,8 høyere)*
Oksygenopptak utholdenheten vil muligens øke da maksimalt oksygenopptak øker i en kondisjonstest	 Liten	 Liten	De har gjennomsnittlig 1,24 ml/kg/min høyere oksygenopptak (0,46 til 2,03 mer)*

* Tallene i parentes viser en spennvidde for tiltakets effekt. Det er 95 % sannsynlig at effekten ligger et sted innenfor denne spennvidden. ¹ SMD (på engelsk Standardised Mean Difference - SMD) er brukt fordi studiene har målt resultatene på ulike måter. Når vi forenkler tolkningen av effekt i form av SMD sier vi at SMD på 0,2 er en liten effekt, SMD på 0,5 er en moderat effekt og SMD på 0,8 er en stor effekt ² Vår vurdering avviker fra Cochrane-forfatterens vurderinger. Vi har oppjustert fra lav til middels tillit (vi trekker ikke ned for risiko for skjevheter i inkluderte studier)

Bakgrunn

Lungerehabilitering handler om hvordan man kan oppnå best mulig livskvalitet og funksjonsnivå hos personer som har funksjonstap grunnet nedsatt lungefunksjon. I lungerehabilitering er man avhengig av et godt tverrfaglig samarbeid. Et team kan for eksempel bestå av fysioterapeut, ergoterapeut, lege, sykepleier, hjelpepleier, sosionom, psykolog og ernæringsfysiolog. Målene består blant annet i å bli mindre tungpustet, øke gangdistansen, bevare selvstendighet, hindre vektreduksjon ved undervekt og redusere angst og depresjon.

I Norge tilbys lungerehabilitering til personer som har pustebesvær eller blir hemmet i de daglige gjøremålene på grunn av kronisk lungesykdom. Du finner slike tilbud som polikliniske dagtilbud over en kortere eller lengre periode ved flere av landets sykehus. Tilbudene kan også bestå i et sammensatt opphold borte fra hjemmet, som ved en av klinikkene til Landsforeningen for hjerte- og lungesyke, LHL. Felles for tilbudene er at det foretas utredning, behandling og rehabilitering. Ved ulike lærings- og mestringssentre tilbys også kurs for pårørende til personer med langvarige helseutfordringer.

Hva er denne informasjonen basert på?

Forfatterne gjorde systematiske søk i flere databaser i juni 2014 og fant ni studier. I tre av disse studiene var kun personer med idiopatisk lungefibrose inkludert og i én studie kun personer med sarkoidose, mens det i de resterende fem studiene var en rekke ulike typer diffuse parenkymatøse lungesykdommer. I studiene varierte antall deltakere fra 21 til 99, og gjennomsnittsalderen varierte fra 36 til 71 år. Åtte av studiene undersøkte effekten av lungerehabilitering gjennomført ved poliklinikk mens i én studie var rehabiliteringen hjemmebasert. Lengden på rehabiliteringen varierte fra fem til tolv uker (for hjemmebasert rehabilitering var det

seks måneder). Tre studier undersøkte effekten av kondisjonstrening mens fire undersøkte effekten av en kombinasjon av kondisjonstrening og styrketrening. De resterende studiene beskrev ikke hvilken type trening de undersøkte. Fire studier undersøkte effekten av trening som eneste komponent i lungerehabiliteringen mens fire studier undersøkte effekten av trening pluss andre tiltak (som forelesning/opplæring, kostholdsråd, stressmestring, fysioterapi og psykososial støtte).

Alle studiene målte fysisk funksjon, hvor 6 minutters gangtest var mest brukt. Tre studier testet kondisjon (hjerte- og lungefunksjon). Livskvalitet ble målt i åtte studier ved bruk av Chronic Respiratory Disease Questionnaire, St. George's Respiratory Questionnaire eller WHO questionnaire. Hvor tungpustet personene var ble målt ved bruk av modifisert Medical Research Council Scale i fem studier, i én studie brukte man Baseline Dyspnoea, mens én studie brukte et uspesifisert måleinstrument. Fem av studiene, med til sammen 168 personer med diffuse parenkymøse lungesykdommer, ble inkludert i metaanalysene i den systematiske oversikten.

Vi vet ikke om de positive resultatene opprettholdes over tid, da målingene er foretatt rett etter endt lungerehabilitering.

Vi vet heller ikke om lungerehabilitering endrer evnen til utånding (et annet mål for lungefunksjon), om overlevelse påvirkes eller om tiltaket kan gi bivirkninger. Tilliten til disse tre resultatene er svært liten, noe som betyr at dette bør studeres pånytt med bedre metoder.

Kilde

Dowman L, Hill CJ, Holland AE. Pulmonary rehabilitation for interstitial lung disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 10. Art. No.: CD006322.

«At den gjennomsnittlige effekten for eksempel er vurdert til å være liten, utelukker ikke at den er av betydning. Effekten gjenspeiler gjennomsnittet og tar ikke hensyn til utgangspunktet til den enkelte»