

Lungesykdommer

Spesialiteten brystsykdommer, senere lungesykdommer og tuberkulose, ble opprettet i 1918 med krav om ett års vanlig praksis, minst fire måneder ved kirurgisk og indremedisinsk avdeling og to år ved tuberkulosepsykehus. I 1932 ble spesialitetskravet utvidet til ett år med indremedisin (1).

I 1981, like før Tidsskriftets 100-årsjubileum, var det 186 lungeleger ved sykehus, diagnosestasjoner og sanatorier. De behandlet pasienter med astma, kronisk obstruktiv lungesykdom/emfysem, respirasjonssvikt, pneumoni, tuberkulose og lungekreft, som i dag.

I 1984 ble lungesykdommer omgjort fra hovedspesialitet til indremedisinsk grenspesialitet. Over 15 nye lungeseksjoner er opprettet siden 1972, og lungespesialister er tilsatt ved ytterligere 10–12 lokalsykehus.

Status i dag

I 2005 var det registrert 212 spesialister i lungesykdommer, hvorav 160 yrkesaktive under 70 år. Kvinneandelen økte fra 6 % i 1982 til 20 % i 2005. En stor kohort lungespesialister er nå 55–64 år og nærmer seg pensjonsalderen. I 1995–2004 ble gjennomsnittlig 4,7 lungespesialister utdannet og 2,1 overført fra utlandet per år, mot et anslått årlig utdanningsbehov på 13–15. Følgelig er det gode muligheter for dem som vil satse på lungemedisin. Lungemedisin er et fag som også er egnet for privat praksis. I 2004 var det 15 praktiserende lungespesialister.

Lungefaget har vokst i bredde og volum. Akuttbehandlingen har økt, og lungeleger har tatt opp respiratorbehandling og ikke-invasiv ventilasjon ved obstruktive lungesykdommer. Flere steder driver lungeleger med hjemmerespiratorbehandling, for eksempel hos pasienter med nevrologiske sykdommer. Noen lungeleger utreder allergi og driver allergivaksinasjon ved uttalt insekt- eller pollenallergi.

Insidensen av lungekreft har økt betydelig, mens femårsoverlevelsen er nærmest uendret fra 1960. Krefttutredning med fiberbronkoskop ble vanlig fra midten av 1970-tallet, mens man tidligere kun benyttet stive bronkoskop. Moderne CT er uunnværlig i lungemedisinsk diagnostikk, f.eks. til stadieinndeling ved lungekreft og diagnostikk ved interstitielle lungesykdommer og lungeembolisme. Tuberkulose representerer nå en liten del av aktiviteten, men det finnes fortsatt verdifull kompetanse i fagmiljøet.

Omkring 1980 var innleggelse for akutt astmaanfall vanlig, og for noen krevdes intubasjon og respiratorbehandling. Etter introduksjonen av inhalasjonssteroider og bedret pasientopplæring har antall innleggelser for akutt astma falt dramatisk, og de fleste astmapasienter håndteres i dag av primærleger.

Mange respirasjonsfysiologiske undersøkelser gjøres nå i allmennpraksis, men var tidlig i 1970-årene kun tilgjengelig ved de største sykehusene. Dette har muliggjort tidligere diagnostikk ved astma og kronisk obstruktiv lungesykdom.

Obstruktivt søvnapné syndrom er en «ny sykdom» som ble kjent etter 1980 og affiserer omkring 1 % av befolkningen, eller 2–4 % av middelaldrende menn. Tilstanden behandles effektivt med nattlig kontinuerlig overtrykk (CPAP), som tilpasses av lungeleger og øre-nese-hals-leger over hele landet.

Lungeleger samarbeider særlig med radiologer, thoraxkirurger, onkologer, infeksjonsmedisinere, intensivmedisinere, kardiologer, øre-nese-hals-leger og yrkesmedisinere. Mange lungeavdelinger har tradisjonelt utført egne røntgenundersøkelser og diagnostiske prosedyrer som finnålsaspirasjon og prøvetaking under gjennomlysning eller ultralyd. Noen utfører også diagnostisk torakoskopi.

I mange yrker kan eksponering overfor røyk og gasser bidra til utvikling av astma, kronisk obstruktiv lungesykdom, lungekreft, mesoteliom eller interstitielle lungesykdommer. Eksponering står sentralt ved yrkessykdommene, som følgelig er forebyggbare. Prevensjon er også høyst relevant for andre lungesykdommer, f.eks. tiltak mot tobakksrøyking eller smitte. Lungemedisinske vurde-

ringer er ofte relevante ved vurdering av søknader om trygd eller erstatning fra forsikringsselskaper.

Forskningsaktiviteten i norsk lungemedisin har økt betydelig, og omkring 40 kandidater har disputert etter 1981. Spesielt har forskningsaktiviteten vært stor innen epidemiologi i Bergen. I 2003 hadde 15 % av yrkesaktive spesialister i lungemedisin doktorgrad, mot gjennomsnittlig 23 % i indremedisin.

Utviklingen de neste 25 årene

Lungefaget står overfor store utfordringer. Insidensen av kronisk obstruktiv lungesykdom, lungekreft og mesoteliom vil øke mot 2025, og kronisk obstruktiv lungesykdom alene forventes å bli den femte største årsaken til tapte uførhetsjusterte leveår (DALYs) i 2020 (2). Økte forventninger og aggressiv utredning og behandling av sykdommer der tilbudet tidligere var ekspektasjon og symptomrettet behandling, f.eks. ved ikke-småcellet lungekreft, idiopatisk lungefibrose og primær pulmonal hypertensjon, krever betydelige ressurser. Behandlingen av disse sykdommene forventes å bli mer effektiv i fremtiden.

Nye og forbedrede teknikker blir viktigere i diagnostikk, f.eks. CT, MR, PET og endoskopisk ultralyd. Intervensjoner via bronkoskop blir lettere tilgjengelig. Nye teknikker brukes til å følge sykdomsaktivitet eller behandlingseffekt, f.eks. måling av inflammasjonsmarkører i kondensat av ekspirasjonsluft, blod eller bronkial skyllevæske. Tidlig diagnostikk eller screening for lungecancer, f.eks. med autofluorescensbronkoskopi eller lavdose CT hos utvalgte populasjoner kan kanskje få sin definerte rolle.

Årlig utføres 15–20 lungetransplantasjoner i Norge. Volumet kan vanskelig økes uten økt overgang til enkeltlungetransplantasjoner, bedre tilgang på donorer, bedre organpreservering eller en realisering av xenotransplantasjon.

Lungerehabilitering med fysisk trening har godt dokumentert effekt på muskelstyrke, utholdenhet og livskvalitet og gjennomføres ambulant eller i institusjon. I fremtiden blir det en utfordring å utarbeide programmer for egentrening som kan opprettholde denne effekten over tid.

Fremtidig forskning vil utvikle metoder som kan skille bedre mellom arv eller miljø som sykdomsårsak, for eksempel ved livstilssykdommer med sammensatt etiologi. Økt kunnskap om samspill med miljøeksponeringer kan forventes. Fremskritt i farmakogenetikk vil påvise undergrupper av pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom, astma eller lungekreft som forventes å respondere på spesifikk behandling. Nye molekylærbiologiske metoder kommer i bruk i diagnostikk og behandling og til stratifisering med tanke på prognose.

Forskningskompetanse blir stadig viktigere for kritisk å kunne vurdere nye ressurskrevende behandlingstiltak. I lungemedisin er det mange «forskbare» problemstillinger, og det lungemedisinske fagmiljøet ser optimistisk på fremtiden.

Knut Stavem

knut.stavem@klinmed.uio.no
Medisinsk avdeling
Akershus universitetssykehus

Litteratur

1. Eilertsen E, Holten K, Kahrs O. 50 års jubileum for Norsk forening for lungemedisin. Deler av lungemedisins historie i Norge. Norsk forening for lungemedisin, 1986.
2. Murray CJ, Lopez AD. Evidence-based health policy—Lessons from the Global burden of disease study. *Science* 1996; 274: 740–3.