

COPD – eine Krankheit wandelt ihr Gesicht

COPD: In Deutschland sind ca. 6 Millionen Erkrankte bekannt, zu 90 % durch langjähriges Tabakrauchen. Es gibt etwa 40.000 vorzeitige Todesfälle pro Jahr. Therapie: Rauchstopp, Infektvermeidung (Impfungen), antiobstruktive inhalative Behandlung. Bei Exazerbationen Prednisolon bzw. eventuell Antibiotika... Soweit alles klar!? Das Bild wandelt sich neuerdings: Neue Erkenntnisse über den Phänotyp des *frequent exacerbators* finden Eingang in die Diagnostik, in die Schweregrad-Einteilung und Behandlung.

COPD diagnostizieren? Wer auf die Stichworte regelmäßiger Husten (eventuell produktiv) und schleichende Zunahme der Belastungsdyspnoe achtet und danach eine Spirometrie veranlasst, kommt unkompliziert zur Diagnose: Wenn FEV1 unter 80 % der Norm und das Verhältnis von FEV1 zur Vitalkapazität unter 70 % sind, haben Sie eine behandlungsbedürftige COPD gefunden.

Aber: Die therapeutischen Instrumente, die bislang zur Verfügung stehen, sind

überwiegend nicht zufriedenstellend. Die allerwichtigste Maßnahme, die Tabakentwöhnung, wird vom Gesetzgeber nach wie vor – und entgegen der klaren Evidenzlage als Lifestyle-Behandlung von der Erstattung – ausgegrenzt und in ihrer Bedeutung in den Augen von Patienten und Ärzten so überdies diskriminiert. Oft genug mit einem fatalen Ergebnis: ein stilles Bündnis zwischen Patient und Arzt, welches das Thema Rauchen ausklammert. Entscheidende Chancen der Prognose? Vertan!

Aber auch die antiobstruktive inhalative Therapie enttäuscht. Inhalative Medikamente, die beim Asthma bronchiale hervorragend die Lungenfunktion normalisieren, erreichen bei COPD gerade mal eine Teilreversibilität der Obstruktion um 10 bis 15 %. Das ist ja gerade das Unterscheidungsmerkmal zwischen Asthma und COPD: Die COPD-Obstruktion ist nur geringgradig reversibel, bei Asthma bronchiale ist eine volle Reversibilität in der großen Mehrzahl der Fälle mit einer Kombination von Betamimetikum/inhalativem Kortikosteroid erreichbar.

Luftnot-Wahrnehmung ist nicht gleich Schweregrad, Spirometrie-Einschränkung sagt nichts über Beschwerdebild!

Die Wahrnehmung des Belastungsluftmangels im Alltag ist außerordentlich unterschiedlich. Geradezu frappierend: Lungenfunktionseinschränkung und Einschränkung der atemungsbezogenen Lebensqualität (gemessen am St. George Respiratory Questionnaire – SGQR) hat keine Beziehung zu dem, was wir lungenfunktionell messen:

Die bereits in die Jahre gekommene Studie von Paul Jones öffnet uns die Augen. Eine reine Schweregradeinteilung nach lungenfunktioneller Einschränkung, wie sie bisher in den Leitlinien (GOLD-Leitlinie, DGP-Leitlinie) maßgeblich ist, wird der Beschreibung des tatsächlichen Krankheitsgeschehens in keiner Weise gerecht¹.

Die Eclipse-Studie² lehrt uns, dass sich hinter dem übergreifenden Akronym COPD ganz offensichtlich unterschiedliche Krankheitsausprägungen – Phänotypen – verbergen.

Bereits seit einigen Jahren wissen wir, dass Patienten mit häufigeren Exazerbationen eine weitaus schlechtere Überlebensprognose haben als solche mit seltenen Exazerbationen: Wer häufig und schwer exazerbiert, hat eine Fünfjahres-Überlebenswahrscheinlichkeit von nur etwa 20 %³.

In der zuvor erwähnten Eclipse-Studie wird nun zunehmend klar, dass der Phänotyp des *frequent exacerbators* ein eigener stabiler Phänotyp in der Gesamtkohorte der COPD-Erkrankten ist². Wer früher häufig exazerbierte, tut dies auch in den Folgejahren häufiger. Umgekehrt gibt es COPD-Erkrankte, in deren Krankheitsverlauf Exazerbationen eine untergeordnete Rolle spielen. Ihre Prognose ist deutlich besser.

Die Beurteilung des Schweregrades von der alleinigen Einstufung nach lungenfunktioneller Einschränkung wendet

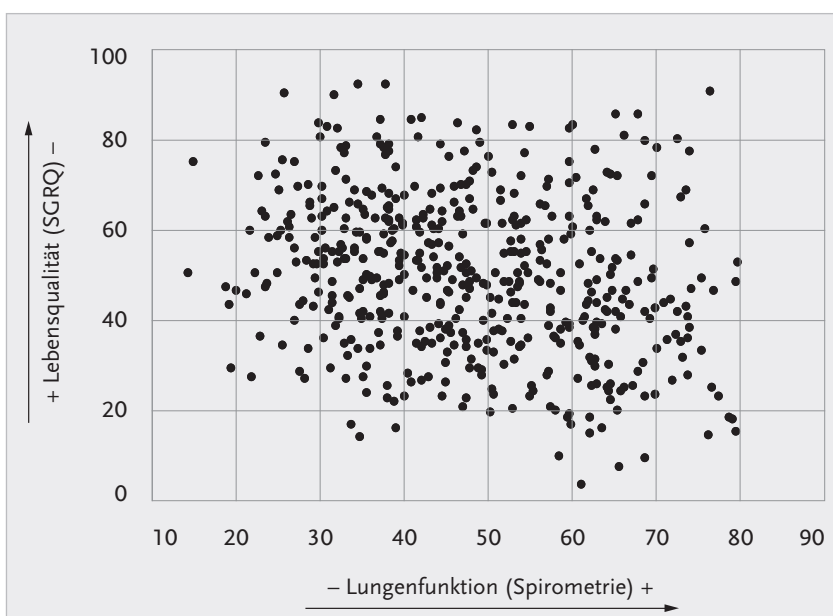


Abbildung 1 nach¹ – Zwischen Lungenfunktion und atemnotbezogener Lebensqualität gibt es keine Korrelation.



Fortsetzung von Seite 35

sich also hin zur Miteinbeziehung der Exazerbationshäufigkeit.

COPD-Diagnose-Arsenal – was gehört dazu?

Zur vollständigen Einstufung einer COPD gehört nach der Diagnosesicherung durch die Spirometrie die Bodyplethysmografie, die es erlaubt, den Überblähungsgrad (Residualvolumen/Emphysem) festzustellen. Bei jeder fortgeschrittenen Lungenfunktionseinschränkung wird eine Blutgasanalyse benötigt. Besteht bereits eine respiratorische Insuffizienz und eventuell bereits eine Hyperkapnie, die das Versagen der Atempumpe anzeigt?

Die DLCO – die Messung der Diffusionskapazität – ergänzt das Bild. Wenn sie eine erhebliche Einschränkung des Sauerstofftransfers signalisiert, wird ein CT des Thorax benötigt, das Aufschluss über den Verteilungscharakter des emphysematösen Umbaus gibt.

COPD-Therapie-Arsenal – was gehört dazu?

Auf der Basis der vollständigen lungenfunktionellen und bildgebenden Diagnostik kann über den Einsatz des therapeutischen Instrumentariums entschieden werden.

An erster Stelle – wenn noch geraucht wird: Unbedingt den Rauchstopp anstreben⁴. Wer diese Botschaft nicht klar und eindeutig und wiederholt an den noch rauchenden COPD-Patienten gibt, signalisiert ihm implizit das ärztliche Einverständnis mit dem Weiterrauchen. Das wäre ein Fehler, der unbedingt vermieden werden muss!

Der Einsatz der antiobstruktiven Medikation folgt einem einfachen Stufenschema. Wenn die Gabe der bedarfsorientierten inhalativen antiobstruktiven Medikation nicht mehr ausreicht, kommen langwirkende Betamimetika (Formoterol/Foradil® etc., Salmeterol/Serevent®, Indcaterol/

Häufigkeit und Schweregrad von Exazerbationen erhöht das Mortalitätsrisiko¹²

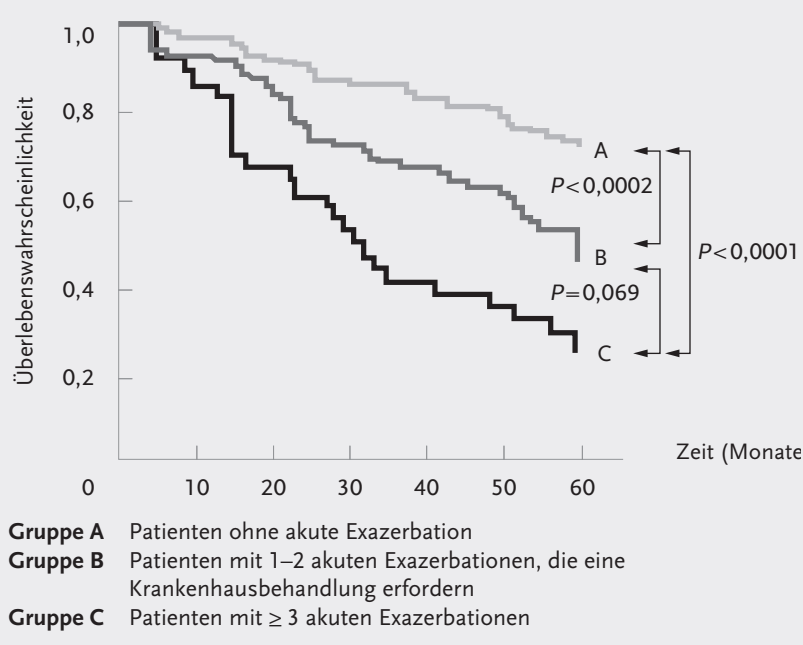


Abbildung 2 – Mortalität in Abhängigkeit der Exazerbationen, nach³

Onbrez®/Hirubrez®) bzw. Vagolytika (Tiotropiumpromid/Spiriva®) zum Einsatz. Bei Patienten mit einer eher „asthmoiden“ Krankheitskomponente sollen ab dem Schweregrad III (FEV1 unter 50 % der Norm) inhalative Steroide gegeben werden⁵.

Im Alltag ist an dieser Stelle aktuell problematisch: Das gerade erst neu eingeführte stark wirksame und lang wirksame Betamimetikum Inderkaterol (Onbrez®/Hirubrez®) ist zuzahlungspflichtig geworden. Patienten, die diese Versorgung wünschen, müssen ca. 1,00–1,30 Euro pro Tag aus der eigenen Tasche bezahlen.

Neu im therapeutischen Arsenal ist der erste nicht steroidale Entzündungshemmer Roflumilast (Daxas®). Haben Sie einen *frequent exacerbator* vor sich? Sind mehr als 2 Exazerbationen pro Jahr anamnestisch eruierbar? Bei diesem Patienten kommt ab Schweregrad III (FEV1 < 50 der Norm) die Gabe von Roflumilast infrage. Die Substanz verspricht, neben einem kleinen kurzfristigen Zugewinn der ventilatorischen Kapazität (etwa +50–80 ml FEV1), eine Herabsetzung der Exazerbationsrate. Hier besteht also ein Ansatzpunkt, bei Patienten mit besonders schlechter Prognose eine neue wirksame Therapie einzusetzen. Die Markteinführung gestaltet sich allerdings schleppend – und das ist leicht zu verstehen. Die Nebenwirkung kommt vor der Hauptwirkung. Patienten unter Roflumilast haben anfangs teils beträchtliche gastrointestinale Nebenwirkungen, die sie

naturgemäß stark erleben. Andererseits ist der künftige Benefit ein nicht sinnlich spürbarer. Er besteht in einer Prognosebesserung über die nächsten Jahre und Jahrzehnte durch ausbleibende oder seltenere Exazerbationen.

Das CT des Thorax hat große solitary Emphysemlasen gezeigt? Solche Blasen nehmen nur noch Platz weg, nehmen aber an der Atmung nicht teil. Sie behindern die übrigen noch funktionierenden Lungenanteile. Neuere Techniken der endobronchialen Ventil-Implantation erlauben es in sehr ausgewählten Fällen, solche großbullösen Lungenanteile schrittweise zu verkleinern und damit bei einzelnen ausgewählten Patienten die ventilatorisch-respiratorische Situation zu bessern. Noch ist allerdings Skepsis angebracht, da weder große Patientenzahlen noch eine Langzeiterfahrung vorliegen.

COPD-Versorgung – wer macht was?

Die Rolle des Hausarztes ist klar: Hinweisende anamnestische Signale erkennen, Spirometrie veranlassen. In der Mehrzahl der Fälle kann dann die inhalative Therapie begonnen werden.

Die differenzierte Diagnosesicherung wird in der lungenfachärztlichen Praxis mit Bodyplethysmografie, Diffusion (DLCO) und Blutgasanalyse, eventuell ergänzt durch Spiroergometrie, sowie bildgebende Verfahren durchgeführt.

Die Erfahrung zeigt, dass die Langzeit-Betreuung insbesondere höherer

Zuzahlungsfrei

Schweregrade eher in der Anbindung an die Lungenfacharztpraxis machbar ist. Die große Mehrzahl der Patienten mit COPD in unteren und mittleren Schweregraden ist – so auch im Disease-Management-Programm/DMP verankert – hausärztlich zu betreuen.

Was tun bei Exazerbation?

Grundsätzlich gilt: Je höher der Schweregrad, desto schneller muss beherrzt gehandelt werden! In aller Regel genügt ein einfaches absteigendes Prednisolon-Schema über etwa 1 bis 2 Wochen (beginnend bei 40 mg). Bestehen Anhaltspunkte für eine bakterielle Infektion (gelbgrünes Sputum), sollte mit der Gabe eines Antibiotikums nicht gezögert werden. Achtung: Die Resistenzlage in Berlin ist insbesondere für das preisgünstige und beliebte Roxithromycin schlecht.

Exazerbationen im Krankenhaus: Nicht selten tritt dort ein wiederkehrendes Problem auf. COPD-Patienten werden dort wegen anhaltend schlechter Spirometriewerte bzw. Blutgasanalyse-Werte prolongiert erfolglos in Richtung einer erwünschten Verbesserung therapiert. Tatsächlich sind solche Versuche bei einem Großteil von schwereren COPD-Patienten hoffnungslos, da diese längst an ihre schlechten Werte adaptiert

und nicht mehr normalisierbar sind. Ein Appell an Krankenhausärzte: Bitte beschaffen Sie sich aus den langfristig betreuenden Lungenfacharztpraxen die blutgasanalytischen und spirometrischen Vorbefunde. Wenn Sie diese individuelle „Benchmark“ des Patienten kennen, fällt bei klinischer Stabilisierung die Entlassung leichter!

Dr. med. Thomas Hering
Facharzt für Lungen- und
Bronchialheilkunde
13507 Berlin

1. Jones, P. W., et al., A self-complete measure of health status for chronic airflow limitation. *The St. George's Respiratory Questionnaire*. *Am Rev Respir Dis*, 1992. **145** (6): p. 1321–7.
2. Hurst, J. R., et al., Susceptibility to exacerbation in chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med*, 2010. **363** (12): p. 1128–38.
3. Soler-Catalana, J. J., et al., Severe acute exacerbations and mortality in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax*, 2005. **60** (11): p. 925–31.
4. Andreas, S., et al., Tabakentwöhnung bei COPD – S3 Leitlinie herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin [Guidelines for smoking cessation in patients with COPD issued by the Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin]. *Pneumologie*, 2008. **62** (5): p. 255–72.
5. Vogelmeier, C., et al., Leitlinie der Deutschen Atemwegsliga und der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit chronischer obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COPD) – [Guidelines for the Diagnosis and Therapy of COPD Issued by Deutsche Atemwegsliga and Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin]. *Pneumologie*, 2007. **61** (5): p. e1–e40.

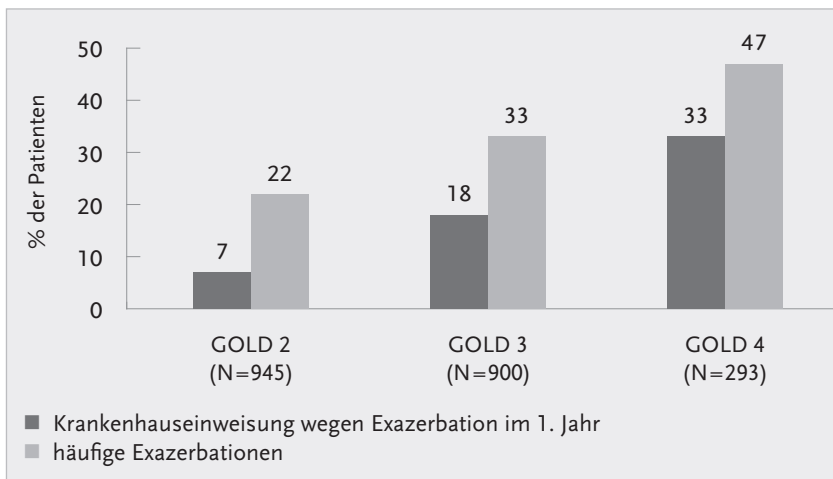


Abbildung 3 aus² – Häufigkeit von frequent exacerbators



OMRON CompAir C28

Große Leistung zum kleinen Preis

PZN 4635994



Schnullermaske PZN 7525740



Babymaske PZN 7525680

www.omron-medizintechnik.de

All for Healthcare