

COPD – mehr als eine Lungenerkrankung

DIE KOMPLEXITÄT der COPD geht weit über das Diagnostizieren und Behandeln mit entzündungshemmender und antiobstruktiver Pharmakotherapie hinaus. Mit dem Wissen um kardiovaskuläre Komorbiditäten, metabolisches Syndrom, Osteoporose, Myopathien, psychische Begleiterkrankungen und auch soziale Folgen, drohende Pflegebedürftigkeit oder die Arbeitsunfähigkeit bei COPD ist die pneumologische Rehabilitation zum Eckpfeiler einer evidenzbasierten ganzheitlichen Therapie geworden.

COPD ALS SYSTEMERKRANKUNG

Die chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD) ist eine chronisch-entzündliche Systemerkrankung. Eine Hypothese ist, dass diese Entzündungsreaktion in der Lunge eines Tages über das Gefäßsystem auf das kardio- und zerebrovaskuläre System übergreift und somit zu einer systemischen Inflammation führt. Ein nicht unbeträchtlicher Teil der COPD-Patienten leidet deshalb an der Folgen einer koronaren Herzkrankheit, einer Osteoporose, Myopathie, eines metabolischen Syndroms oder weiteren internistischen Erkrankungen (Abb. 1).

DIAGNOSTIK

Die Zahl der COPD-Patienten in Österreich liegt bei dokumentierten 400.000 Fällen, die Dunkelziffer dürfte jedoch deutlich höher liegen. Dies wissen wir erst seit wenigen Jahren, die Ursache der hohen Dunkelziffer liegt in der Tatsache, dass keine ausreichende Diagnostik erfolgt. Die Prävalenz der Menschen in Österreich über 40 liegt bei 25%! Es sollte also jeder Raucher, der mit Symptomen wie Husten, Sputum oder Atemnot zum Arzt kommt, einer Spirometrie zugeführt werden. Dies scheint in Österreich jedoch bei kaum 10% der Fall zu sein. Die Diagnose erfolgt durch den Nachweis der Obstruktion, der definiert ist als $FEV_1/FVC < 70\%$. Im Anschluss daran erfolgt eine Graduierung anhand der FEV_1 in die Stadien I°–IV°.

NEUE GOLD GUIDELINES

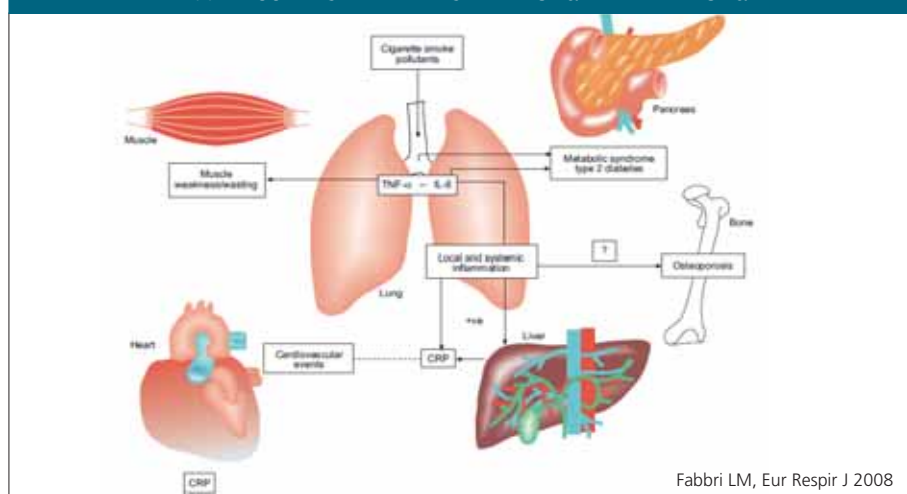
In den letzten Jahren wird zusätzlich der CAT-Score (BILD 2), der über www.catesonline.org in vielen Sprachen verfügbar ist, hinzugezogen, um die Beschwerden des Patienten miteinzubeziehen. Anhand des CAT-Scores kann die Stadieneinteilung in Patienten mit guter Lungenfunktion ($FEV_1 > 50\%$) erfolgen, die wenig (A) oder viel Beschwerden haben (B). Weiters werden jene mit schlechter Lungenfunktion ($FEV_1 < 50\%$) in die Gruppen C (CAT < 10) und D (CAT ≥ 10) eingeteilt. Um der Komplexität der COPD und der Bedeutung der Exazerbationen in Hinblick auf die Prognose der Patienten gerecht zu werden, wird auch die Exazerbationshäufigkeit mitberücksichtigt. Es hat sich herauskristall-

siert, dass der Phänotyp der „frequent exacerbators“, definiert als ≥ 2 Exazerbationen oder ein stationärer Aufenthalt im letzten Jahr, automatisch als Hochrisikopatient in die Gruppen C+D fallen (Abb. 3).

THERAPIE DER COPD

Aufgrund der oben genannten Komplexität der COPD ist ein integrativer Ansatz und eine ganzheitliche Therapie von COPD-Patienten unerlässlich. Der wichtigste Schritt ist die (Primär-)Prävention, die im Kindesalter beginnen sollte, der Schutz unserer Kinder und somit unserer Zukunft sollte der Gesellschaft ein Anliegen sein. Gerade hier versagt Österreich, wir liegen in europäischen Rankings seit Jahren an letzter Stelle, unsere Jugendlichen rauchen

Abb. 1: COPD IST MEHR ALS EINE LUNGENERKRANKUNG



Fabbri LM, Eur Respir J 2008

mehr als Jugendliche anderer europäischer Staaten, vor allem die Zahl junger rauchender Frauen ist alarmierend.

MEDIKAMENTÖSE THERAPIE

Der erste Schritt in der Therapie sollte die Nikotinersatztherapie und Raucherentwöhnung sein. Hier gibt es niederschwellige Angebote, wie das Rauchertelefon, aber auch strukturierte Raucherentwöhnung bei niedergelassenen Lungenspezialisten oder in Instituten. Der Rauchstopp hat den größten Effekt auf die Gesamtmortalität, neben dem auf Lungenerkrankungen auch auf die kardio- und zerebrovaskuläre Mortalität und auf rauchassoziierte Karzinome.

Tipp für die Praxis: Eine Kurzintervention im Sinne eines Gesprächs unter 3 Minuten führt bei 13% der Patienten zum Erfolg!

Als nächster Schritt sind Inhalativa zu nennen, hier unterscheidet man die Gruppe der Muskarinrezeptorantagonisten (LAMA) und langwirksamen β_2 -Mimetika (LABA). Eine rezente Studie konnte zeigen, dass beim primären Endpunkt – Zeit bis zur ersten Exazerbation – die LAMA überlegen waren, sodass ab dem Stadium II B diese Therapie Mittel der Wahl wäre. Hier haben sich neben Tiotropium in den letzten Jahren weitere Wirkstoffe etabliert (s. Tab.). Als Notfallmedikament sollten die Patienten durchwegs im Umgang mit kurzwirksamen Bronchodilatoren geschult werden. Falls der Patient weiter Beschwerden hat, so wäre als nächster Schritt die zusätzliche Gabe eines LABA indiziert, in weiterer Folge (ab Stadium III C) ein inhalatives Kortikosteroide (ICS). Die Entwicklung der Therapeutika verläuft rasant, die Tendenz geht hin zu Mehrfachkombinationen, die einmal täglich morgens inhaliert werden und 24 Stunden wirken. So haben wir seit kurzem eine Kombination aus LAMA/LABA (Ultibro®) und LAMA/ICS (Relvar®) auf dem Markt, LAMA/LABA/ICS-Kombinationen werden folgen. Man erhofft sich dadurch neben synergistischen Effekten in der Bronchodilatation auch Effekte in der Adhärenz der Patienten, die dann nur noch einmal täglich ein Medikament inhalieren müssen und ansonsten den „Notfallspray“ bei der Hand haben.

INHALATIVE KORTIKOSTEROIDE

Inhalative Kortikosteroide sind für Patienten ab COPD III C indiziert. In einigen

Abb. 2: CAT-TEST

1. kurz, validiert, einfach, schnell
 2. besteht aus **8 Fragen**
 3. Gesamtscore (0-40)
 4. **4 Grade der Beeinträchtigung:**
 1. < 10 gering
 2. 10 – 20 mittel
 3. 21 – 30 hoch
 4. 31 – 40 sehr hoch

Quelle: www.CATestonline.org, www.CATestonline.de

Abb. 3: DIE NEUE COPD-KLASSIFIKATION

Lungenfunktions Einschränkung (GOLD Satdli)	≥ 2	C	D
	< 2	A	B
		CAT < 10	CAT ≥ 10

Symptome (CAT Score)

entsprechend der **GOLD GUIDELINES 2014**
www.goldcopd.org



bildtext

Studien der letzten Jahre konnte ein Signal erkannt werden, dass Patienten mit COPD und Therapie mit inhalativen Steroiden ein erhöhtes Pneumonierisiko haben könnten. Eine rezente Studie konnte zeigen, dass eine Dosisreduktion von hochdosiertem auf

niedrigdosiertes Kortison keine Veränderungen in Hinblick auf FEV₁ und Exazerbationen nach sich zieht, sodass mit dem derzeitigen Wissensstand inhalative Corticosteroide bei Patienten mit hochgradiger COPD und rezidivierenden Exazerbationen

gerechtfertigt erscheint, dies jedoch in niedriger Dosierung. Auch Patienten mit Allergianamnese, Eosinophilie oder Asthma/COPD Overlap Syndrome (ACOS) könnten von dieser Therapie profitieren.

Darüber hinaus gibt es für spezielle Patientengruppen wie „blue bloater“, also bronchitische Patienten mit höherem BMI, eine antiinflammatorische Therapie mit Roflumilast (Daxas®). Wichtig für Patienten mit chronischen Erkrankungen, wie COPD, ist es, eine Influenza- und Pneumokokkenimpfung durchzuführen.

NICHTMEDIKAMENTÖSE THERAPIE

O₂-Therapie und nichtinvasive Beatmung: Patienten, die hypoxämisch werden (pO₂ < 50mmHg), profitieren von einer Langzeitsauerstofftherapie (LTOT). Diese sollte indiziert, entsprechend dosiert sein und auch kontrolliert werden. Der Sauerstoffbedarf sollte idealerweise in Ruhe, bei Belastung und in der Nacht evaluiert werden. Empfohlen wird eine LTOT-Dauer von >16 Stunden.

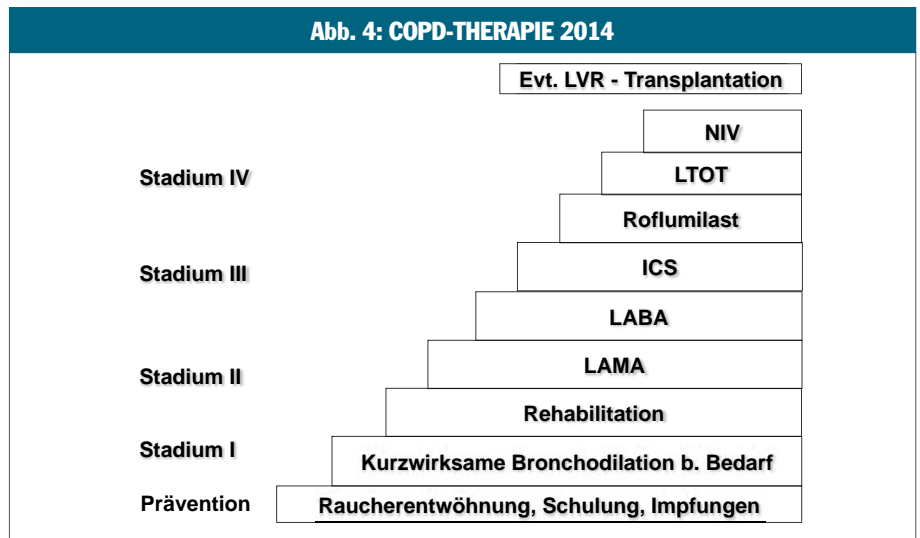
Patienten mit chronischer Hyperkapnie profitieren laut einer rezenten Studie von einer nichtinvasiven Maskenbeatmung (NIV). Dies sollte an entsprechenden Zentren erfolgen. Auch die nichtinvasive Beatmung bei akuter Dekompensation ist nicht mehr wegzudenken. Daneben muss beachtet werden, dass viele Patienten mit Lungen- oder kardiovaskulären Erkrankungen an schlafassoziierten Erkrankungen leiden und zunächst beim Lungenfacharzt mittels Screening und anschließend in einem Schlaflabor abgeklärt werden sollten. In wenigen Zentren erfolgen bei Patienten mit Emphysem endoskopische oder chirurgische Volumsreduktionen (LVR).

PNEUMOLOGISCHE REHABILITATION

Man muss zugeben, dass die Effektgrößen der pharmakologischen Therapie bei chronischen Erkrankungen ebenso wie bei COPD limitiert sind. Im Gegensatz dazu sind die Effekte der Rehabilitation, und hier im Speziellen der pneumologischen Rehabilitation, beachtenswert und kommen dem Ideal einer individualisierten ganzheitlichen Behandlung nahe.

VERBESSERUNG DER MORTALITÄT

Patienten mit COPD, die eine Rehabilitation durchführen, haben anschließend eine bessere körperliche Leistungsfähig-



Tab.: LANGWIRKSAME BRONCHODILATOREN UND KOMBINATIONEN

LAMA
• Tiotropium (Böhringer Ingelheim) – 24h wirksam
• Glycopyrronium (Novartis) – 24h wirksam
• Acclidiniumbromid (Forest/Almirall) – 12h wirksam
LAMA+LABA
• Glycopyrronium+Indacaterol (Novartis) – 24h wirksam
LABA+ICS
• Fluticason+Vilanterol (GSK) – 24h wirksam

keit, weniger Atemnot, eine verbesserte Lebensqualität und weniger Exazerbationen und Krankenhausaufenthalte. Entscheidend ist jedoch der Effekt auf den wichtigsten Endpunkt, die Mortalität. Physiologisch basiert dies auf einer Verbesserung der Sauerstoffaufnahme in den betroffenen Zellen, klinisch wissen wir um die Bedeutung der Exazerbationen auf die Verschlechterung der FEV₁ und die Prognose des Patienten. Die Rehabilitation als individualisierte ganzheitliche Therapie kann hier entgegenwirken. Dies ohne Nebenwirkungen!

BEHANDLUNG DER KOMORBIDITÄTEN

„Bitte behandeln Sie Ihren Patienten mit COPD so, als ob er keine COPD hätte.“ Diesen Lehrsatz eines Kollegen zitiere ich

bei der Frage, ob etwa Betablocker oder andere Medikamente bei COPD kontraindiziert sind. Im Gegenteil, retrospektive Datenanalysen haben gezeigt, dass Patienten mit COPD von ASS, β-Betablockern, ACE-Hemmern oder Statinen profitieren dürften. Ebenso wichtig ist die frühzeitige Diagnose und Therapie von Osteoporose, Diabetes Mellitus oder anderen internistischen Erkrankungen.

DIE OPTIMALE THERAPIE

Die optimale Therapie des Patienten mit COPD könnte die Kombination aus medikamentösen und nichtmedikamentösen Therapieoptionen zusammen mit rehabilitativen Maßnahmen sein, die dem Ideal einer ganzheitlichen individualisierten Therapie sehr nahe kommen.

OA Univ.-Lekt. Dr. RALF HARUN ZWICK
 Univ.-Klinik für Innere Medizin, Univ.-Klinikum Tulln
 Karl Landsteiner Privatuniversität
 Ärztlicher Leiter Ambulante Pneumologische Rehabilitation
 Therme Wien Med

