

DGP 2015

Auswirkungen der ambulanten pneumologischen Rehabilitation auf den COPD-Verlauf anhand des CAT-Scores

Es ist zu erwarten, dass die COPD im Jahr 2020^{1,2} bzw. 2030³ weltweit die dritthäufigste Todesursache sein wird und dies beträchtliche Kosten für das Gesundheitssystem zur Folge haben wird. Um dem entgegenzuwirken, erscheint es sinnvoll, Prävention und Rehabilitation als Basistherapie der COPD umzusetzen.



H. Zwick, Wien

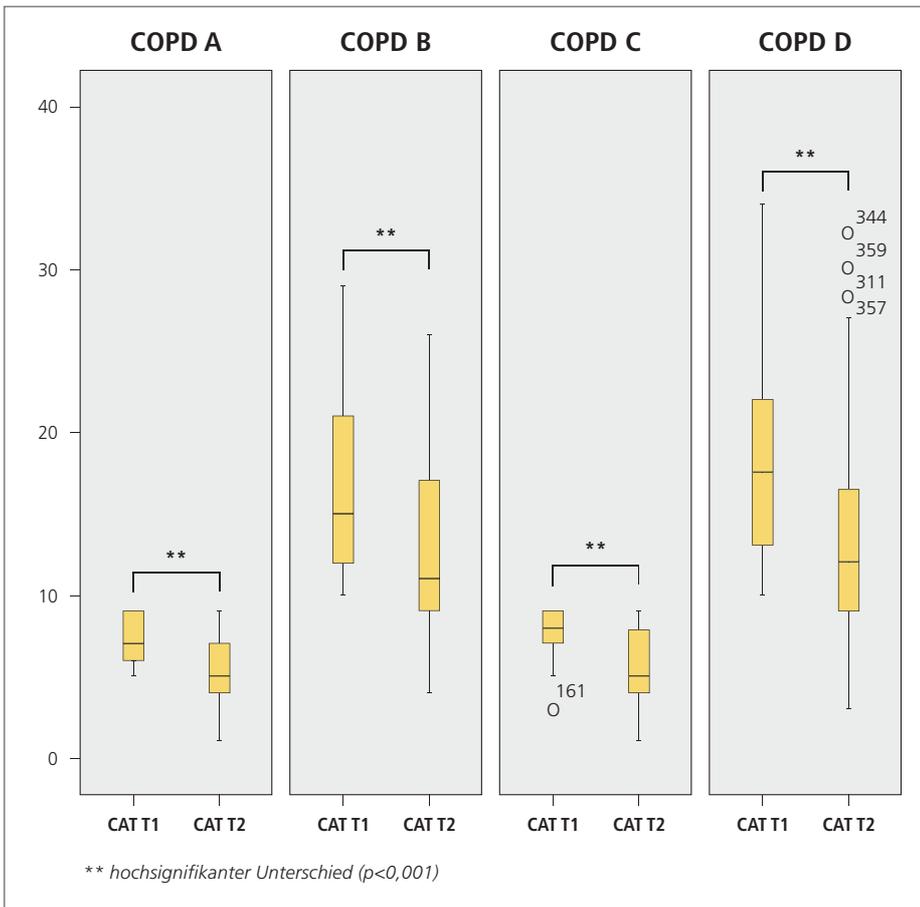
An der Therme Wien Med wird seit 2011 eine ambulante pneumologische Rehabilitation (PR) angeboten, dieses Angebot wird stetig erweitert. Kürzlich wurden die Daten der ersten Rehabilitanden mit COPD, die von Februar 2012 bis Februar 2014 an der Rehabilitation an der Therme Wien Med teilgenommen haben, im Zuge einer retrospektiven Kohortenstudie ausgewertet. Hintergrund für diese Studie war, dass bis 2013 die COPD anhand der FEV₁ (forcierte expiratorische Einsekundenkapazität) in die Stadien GOLD I–IV gegliedert wurde. Der CAT (COPD Assessment Test) ermöglicht eine komplexere Einteilung in die Stadien A–D, wodurch zwischen den Gruppen A und C mit wenig Symptomlast (CAT<10) und den Gruppen B und D mit hoher Symptomlast (CAT≥10) unterschieden werden kann. Bisher kam es durch PR nicht zur Verbesserung der COPD (Stadien GOLD I–IV), da die irreversible Obstruktion und somit die FEV₁ durch medikamentöse oder nicht medikamentöse Maßnahmen kaum beeinflusst wird. Zu Beginn der Studie war nicht bekannt, ob die ambulante PR bei COPD-Patienten Einfluss auf den CAT bzw. auf den Verlauf der COPD anhand der GOLD-Stadien A–D hat.

Ergebnisse

Patienten absolvieren im Rahmen der PR ein multidisziplinäres Rehabilitationsprogramm unter Supervision. Sie trainieren in der Phase II 60 und in der Phase III 45, 67,5 bzw. 90 Einheiten à 50 Minuten. Das Training umfasst wöchentlich – in der Phase II 3 Mal bzw. in der Phase III 2–3 Mal – 50 Minuten aerobes Ausdauertraining, 50 Minuten Krafttraining, 50 Minuten inspiratorisches Atemmuskultraining sowie 25 Minuten Koordinations- und Beweglichkeitsübungen. Überdies nehmen die Rehabilitanden an diversen strukturierten Schulungsprogrammen (Ernährungsberatung, Verhaltenstherapie, Selbstmanagement, Infektionsmanagement etc.) und an einem Rauchentwöhnungsprogramm teil.

Im Median lag der CAT aller Rehabilitanden zu Beginn der Rehabilitation (T1) bei 15,00 (Minimum=3; Maximum=34; n=170) und am Ende der Rehabilitation (T2) bei 10,00 (Minimum=1; Maximum=32; n=147). Das ergibt eine hochsignifikante Verbesserung des CAT bei 147 COPD-Patienten, bei denen die CAT-Werte zu beiden Zeitpunkten vorliegen, über

die Zeit im Median um –3 (Minimum=–26; Maximum=8; p=0,000) und im Mittel um –4,12 (±4,47) Einheiten. Bei einer MCID (minimal clinically important difference) von –2 ergibt sich eine hochgradig klinisch relevante Verbesserung des CAT. Sowohl in der Phase II (von 16,00 [Minimum=5; Maximum=34] auf 11,00 [Minimum=1; Maximum=30]) als auch in der Phase III (von 14,00 [Minimum=3; Maximum=29] auf 10,00 [Minimum=3; Maximum=32]) kam es zur hochsignifikanten Verbesserung des CAT (p=0,000). Außerdem kam es in allen COPD-Stadien (GOLD II–IV; COPD II von 13,94 [±7,07] auf 10,34 [±6,38], p<0,05; COPD III von 15,70 [±6,54] auf 11,16 [±6,43], p<0,05; COPD IV von 20,23 [±6,56] auf 15,32 [±6,81], p<0,05) zu einer signifikanten Verbesserung des CAT. Auch in den COPD-GOLD-Stadien A–D konnten klinisch relevante Änderungen des CAT verzeichnet werden (Abb. 1). Von 73 Personen mit Stadium D zum T1 konnten sich eine Person in Stadium A, zwei Personen in Stadium B und 21 Personen in Stadium C verbessern (Abb. 2). Insgesamt verbesserten 28% der Rehabilitanden ihr COPD-Stadium.



Interpretation

Die Ergebnisse zeigen, dass die ambulante pneumologische Rehabilitation in allen untersuchten Gruppen, nämlich sowohl in der Phase II als auch in der Phase III, in COPD-GOLD-Stadium II–IV, bei Frauen und Männern sowie bei Rauchern und Nichtrauchern, eine signifikante Verbesserung des CAT bewirkt. Es profitieren also alle Rehabilitanden unabhängig von ihrer Lungenfunktion, der Symptomlast oder der Exazerbationsanamnese von der ambulanten PR.

Weiters konnte erstmals gezeigt werden, dass durch ambulante pneumologische Rehabilitation das COPD-Stadium beeinflusst werden kann, es also zu einer Verbesserung der GOLD-Klassifikation A–D kommt. Dies geht mit einer Leistungssteigerung, Symptomreduktion und Lebensqualitätssteigerung einher und könnte eine Verminderung der medikamentösen Therapie zur Folge haben. ■

Abb. 1: CAT-Score in den COPD-GOLD-Stadien A–D zum T1 und T2

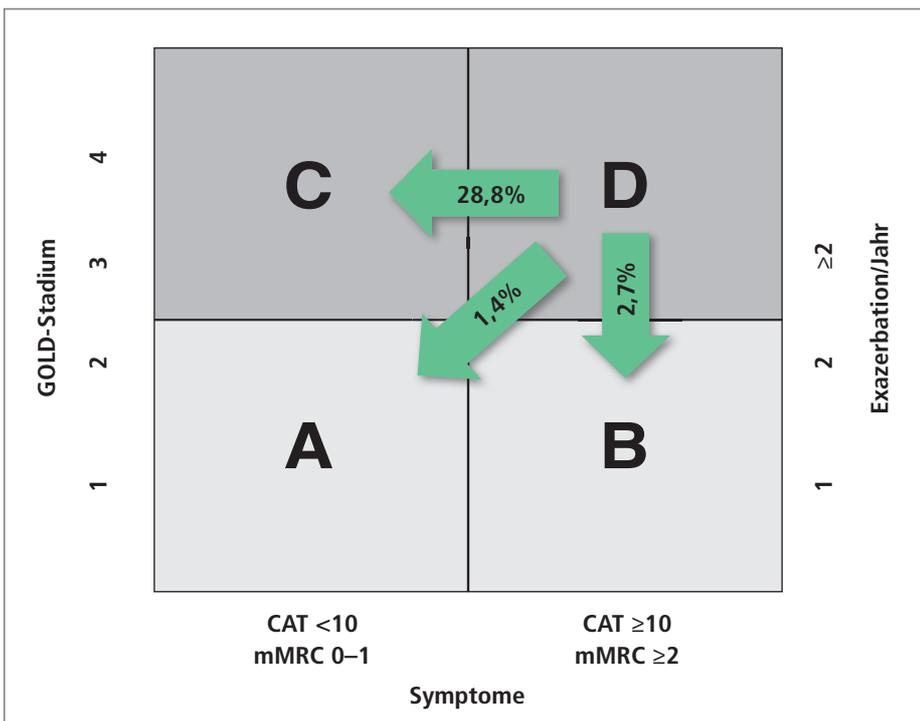


Abb. 2: Stadienverbesserung bei COPD-GOLD-D-Patienten

Literatur:

- ¹ GOLD-Report 2014: COPD DIAGNOSIS and Management At-A-Glance Desk Reference. Available from: URL: www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_AtAGlance_2014_Jun11.pdf
- ² Firlei N et al: Die Prävalenz der COPD in Österreich – die erwartete Entwicklung bis 2020. Wien Klin Wochenschr 2007; 119(17-18): 513-8
- ³ World health statistics 2008. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2008

Autor:
 OA Dr. Ralf Harun Zwick
 Ärztlicher Leiter
 Ambulante Pneumologische Rehabilitation
 Therme Wien Med
 E-Mail: info@thermewienmed.at

