

- ▶ Asthma und COPD sind bei 10–15 % der Patienten **schwer zu unterscheiden**.
- ▶ Die Einführung des Asthma-COPD-Overlap-Syndroms ist ein **pragmatischer Ansatz**, diese Patientengruppe zu charakterisieren.
- ▶ Im **GINA-Positionspapier 2014** wird erstmals versucht, den Begriff ACOS zu definieren.



## ACOS: Asthma-COPD-Overlap-Syndrom

**A**sthma und COPD sind präzise definierte chronisch entzündliche Erkrankungen der Lunge, die sich anhand vieler Merkmale klar unterscheiden lassen. Es gibt jedoch eine Gruppe von Patienten, die teilweise Kriterien beider Erkrankungen erfüllen und daher als Asthma-COPD-Overlap-Syndrom bezeichnet werden. Nun gilt es wie bei jeder neuen Begriffsdefinition, Klarheit zu schaffen und die diagnostischen Kriterien zu definieren.

Manche Pneumologen können sich an eine Zeit erinnern, in der es die „Dutch hypothesis“ gab. Der niederländische Pneumologe N. Gerardus hatte die Hypothese aufgestellt, dass Asthma und COPD unterschiedliche Erscheinungsformen einer Erkrankung sind. Dies ist in den darauffolgenden Jahrzehnten anhand klarer Unterscheidungskriterien, insbesondere die Ursache der Entzündung und das Ansprechen auf Kortison (**Tab. 1**), revidiert worden.

2014 erschien ein Positionspapier der internationalen Organisationen Global Initiative for Asthma (GINA) und Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), die erstmals eine Definition des Begriffs ACOS enthielt.

### Asthma

Bei Kindern und Jugendlichen ist die Differentialdiagnostik einfach, denn eine Dyspnoe oder Husten in Verbindung mit allergischer Rhinitis führt rasch zur Diagnose Asthma. Schwieriger wird es bei älteren Patienten, hier sind die Allergianamnese, die Variabilität der Beschwerden und die Diagnostik ausschlaggebend. Neben der lungenfunktionellen Reversibilität der Atemwegsobstruktion ist die bronchiale Hyperreagibilität ein entscheidendes Kriterium. Als weiteres Kriterium gilt das gute Ansprechen auf Kortikoide. Es handelt sich im Gegensatz zur COPD um eine eosinophile Entzündung.

In den letzten Jahren gab es Studien, die eine erweiterte Diagnostik mit exhalierendem NO beschrieben haben. Ebenso wegweisend ist eine Eosinophilie im Blut wie im Sputum, weiters besteht bei erhöhtem IgE eine diagnostische und therapeutische Option mit Omalizumab, weitere monoklonale Antikörper gegen IL-5, IL-4 und IL-13 werden folgen. Etabliert hat sich inhalativ das SMART-(Single-Inhaler-Maintenance-and-Reliever-Therapy-)Modell, in dem der Asthmatiker dasselbe ICS/LABA-Präparat zur Erhaltungs- und Bedarfstherapie verwendet. Darüber hinaus steht mit Tiotropium das erste langwirksame Anticholinergikum als Add-on-Therapie zur Verfügung.

### COPD

Bei Erwachsenen führen die Nikotinanamnese und die Leitsymptome Dyspnoe, Husten und

Sputum rasch zur Diagnose COPD. Lungenfunktionell ist sie definiert als eine irreversible Obstruktion, die langsam progredient voranschreitet. Hinzu kommen Patienten mit einem Emphysem, die klinisch, bodyplethysmographisch und radiologisch Zeichen der Überblähung aufweisen. Die eingeschränkte Wirkung kurzwirksamer Broncholytika ist ebenfalls pathognomonisch. Therapeutisch ist der Algorithmus dem des Asthmas entgegengesetzt, man beginnt mit einem langwirksamen Anticholinergikum und das inhalative Kortikoid steht an letzter Stelle!

### ACOS

Wie ist nun bei Patienten vorzugehen, die Kriterien beider Erkrankungen erfüllen? Es handelt sich beispielsweise um einen 50-jährigen Patienten, der schon als Kind oder Jugendlicher

**Tab. 1: Kriterien die eine Unterscheidung zwischen Asthma und COPD ermöglichen**

	ASTHMA	COPD
Alter bei Erstdiagnose	Kinder- oder Jugendalter	> 40
Symptome	Variabel, anfallsartig v. a. nächtlich induzierbar durch Belastung, Emotionen, Staub, Allergen	konstant anhaltend v. a. morgens chron. Husten und Sputum unabhängig von Triggern
Lungenfunktion	variabel	persistierend postbronchodilatatorisch $FEV_1/FVC < 70\%$
Lungenfunktion bei Symptombefreiheit	normal	pathologisch
Anamnese	Allergie, Rhinitis ...	Rauch oder Exposition einer Noxe
Verlauf	saisonale oder jahreszeitliche Verschlechterung spontane Besserung Ansprechen auf Kortikoide und Bronchodilatoren	langsame steigende Verschlechterung keine spontane Besserung eingeschränktes Ansprechen auf Bronchodilatoren
Röntgen	normal	Überblähung



**Tab. 2: Kriterien, die für ein ACOS sprechen**

1. Alter > 40, aber Symptome seit der Kindheit oder Jugend
2. Symptome mit wechselnder Ausprägung, darunter auch belastungsinduzierte Atemnot
3. Atemflusseinschränkung variabel, nicht voll reversibel
4. Anamnestisch Allergie, Asthma, familiäre Belastung, aber auch Exposition einer Noxe (Rauch)
5. Symptombesserung unter Therapie, jedoch Progression der Atemwegsobstruktion und hoher Medikamentenbedarf
6. Gehäufte Exazerbationen
7. Eosinophilie und/oder Neutrophilie im Sputum

Beschwerden wie Giemen und anfallsartige Atemnot hatte. Er hat als Jugendlicher mit dem Rauchen begonnen und nun die klassischen Symptome der COPD mit morgendlichem Auswurf. 10–15 % der Patienten mit Atemwegsobstruktion dürfte dies betreffen. Da es jedoch keine adäquate Anzahl an prospektiv randomisierten Studien zu ACOS gibt, muss betont werden, dass es sich hier um einen Expertenkonsens handelt! Die Autoren haben als Voraussetzung der Diagnose eine dauerhafte Atemwegsobstruktion

definiert, also schließt eine komplett reversible Atemwegsobstruktion ein ACOS aus. Ansonsten ist das Bild vage formuliert, es werden sowohl Kriterien für Asthma als auch für COPD genannt. Typischerweise ist der Patient älter als 40 mit wechselnden respiratorischen Symptomen und anamnestisch gehäuften Exazerbationen (**Tab. 2**).

Therapeutisch ist bei diesen Patienten so vorzugehen, dass die Therapie wie bei Asthmatikern begonnen werden und bei anhaltenden Beschwerden die maximale antiinflammatori-

sche und bronchodilatatorische Therapie erreicht werden sollte. Das beinhaltet die Triple-Therapie mit ICS + LABA + LAMA vor allem bei Patienten mit häufigen Exazerbationen. Bei Nichtansprechen wird eine erweiterte pneumologische und kardiovaskuläre Diagnostik auch in Hinblick auf eine pulmonale Hypertonie empfohlen. Dies scheint ein sehr pragmatischer Zugang zu sein.

## Fazit

Asthma und COPD sind bei 10–15 % der Patienten schwer zu unterscheiden, die Einführung des Begriff ACOS ist ein pragmatischer Ansatz und ein erster Versuch, diese Patientengruppe zu charakterisieren. Das GINA-Positionspapier versucht, die ersten Kriterien in Form eines Expertenkonsens zu definieren, es werden aber prospektiv randomisierte Studien vonnöten sein, um klare Empfehlungen und eindeutige differenzialdiagnostische Merkmale zu definieren. ■