

Modernes Management der COPD hat viele Facetten

Kooperative Patienten profitieren von umfassender Therapie

BASEL – Dem Rauchen als Hauptrisikofaktor der COPD muss der Kampf angesagt und alles daran gesetzt werden, COPD-Patienten für ein Stop-Smoking zu gewinnen. Überzeugte und engagierte Patienten können das umfassende Managementprogramm besser nutzen – für ein Leben mit weniger Atemnot, weniger Exazerbationen und besserer Lebensqualität.



Prof. Hans-Werner Duchna
Co-Chefarzt
Pneumologie,
Hochgebirgsklinik
Davos
Foto: zVg

An einer Webconfernce von Medical Tribune mit der freundlichen Unterstützung von Boehringer Ingelheim, präsentierte **Professor Dr. Hans-Werner Duchna**, Co-Chefarzt Pneumologie, Hochgebirgsklinik Davos, ein modernes Managementkonzept für Patienten mit COPD, das pharmakologische und nichtpharmakologische Massnahmen umfasst.

Trotz weltweit geschätzter 384 Millionen COPD-Patienten (2010) und weltweit jährlich drei Millionen COPD-bedingten Todesfällen – Tendenz steigend – ist die COPD unverändert viel zu wenig bekannt und zu wenig im Bewusstsein verankert. In der Schweiz rangiert die COPD auf den vorderen Plätzen der Todesursachenstatistik – rund 400 000 Menschen sind hierzulande betroffen. Viele kennen ihre Diagnose nicht und haben sich an ihren Raucherhusten gewöhnt.

Husten, Sputumproduktion und chronisch progrediente Dyspnoe sind die Kernsymptome der

MEDICAL TRIBUNE WEBINAR

COPD, häufig begleitet von typischen Komorbiditäten wie Müdigkeit, Gewichtsabnahme, Kachexie, Synkopen, Depressionen und Angstzuständen. Häufig wird der Verlauf durch Exazerbationen kompliziert, die mit einer signifikanten Erhöhung des Mortalitätsrisikos assoziiert sind.

Bei Patienten mit Husten, Auswurf, Dyspnoe mit oder ohne Exazerbationen und entsprechenden Expositionen wie Rauchen, Umweltschadstoffen oder anderen Risikofaktoren, sollte an eine COPD gedacht und eine Spirometrie durchgeführt resp. veranlasst werden, forderte Prof. Duchna. Von einer obstruktiven Ventilationsstörung muss immer dann ausgegangen werden, wenn der Quotient aus Sekunden- und Vitalkapazität < 0,7 ist. Nach Ausschluss relevanter Differenzialdiagnosen wie z.B. Asthma, Bronchiektasen, Herzinsuffizienz oder Lungenembolie, sollten die bereits erwähnten Komorbiditäten abgeklärt werden.

Abhängig vom spirometrisch ermittelten FEV₁ (in Prozent vom Sollwert) spricht man bei Werten von > 80 %, 50–70 %, 30–49 % resp. < 30 % von einem GOLD-Schweregrad 1, 2, 3 oder 4.

Therapie je nach Symptomen und Exazerbationen

Das therapeutische Management orientiert sich heute an den Symptomen (ermittelt mit Hilfe des CAT* oder mMRC**) und der Exazerbationsanamnese. Die Patienten werden den Kategorien A, B, C und D zugeordnet, mit zunehmender

Initiale pharmakologische Behandlung der COPD

≥ 2 moderate Exazerbationen oder ≥ 1 Exazerbation, die zur Spitaleinweisung führt	Gruppe C LAMA	Gruppe D LAMA oder LAMA + LABA* oder ICS + LABA**
0 oder 1 moderate Exazerbation (die nicht zur Spitaleinweisung führt)	Gruppe A ein Bronchodilatator	Gruppe B ein langwirksamer Bronchodilatator (LABA oder LAMA)
	mMRC 0–1 CAT < 10	mMRC ≥ 2 CAT ≥ 10

* in Betracht ziehen bei starker Symptomatik (z. B. CAT > 20)

** in Betracht ziehen, falls Eosinophile >300; CAT® = COPD Assessment Test; mMRC = modifizierte Medical Research Council dyspnea scale

Für die initiale Behandlung der COPD gelten die aktuellen Empfehlungen des GOLD-Report 2019.

Quelle: nach Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2019. <http://goldcopd.org>

der Behandlungsintensität. Patienten der Kategorien A und B haben vergleichsweise wenig Symptome, während jene in C und D schwer symptomatisch und aufgrund zunehmender Luftnot stark eingeschränkt sind (siehe Abb.).

In den Kategorien A und B kam es im vergangenen Jahr höchstens zu einer ambulant behandelbaren Exazerbation, während die Patienten in C und D von mehr als zwei Exazerbationen (ambulant) oder einer stationär behandelten Exazerbation betroffen waren. Ziel der Therapie ist es, die Symptome zu reduzieren, die Lebensqualität zu verbessern und das Risiko von Progression und Exazerbationen zu senken.

Je nach GOLD-Gruppe können initial raschwirksame Bronchodilatoren ausreichend sein (A), langwirksame Beta-Agonisten (LABA)

oder langwirksame Anticholinergika (LAMA) wie Olodaterol/Tiotropium (B), LAMA (C, D) oder Kombinationen aus LABA/LAMA und schliesslich kurzfristigen inhalativen Steroiden und LABA (D), sagte Prof. Duchna. Das GOLD-Schema (siehe Abb.) veranschaulicht die medikamentöse Therapie.

Der Erfolg der inhalativen COPD-Therapie wird nicht nur von den Bronchodilatoren per se bestimmt, sondern in erheblichem Mass auch vom Inhalationssystem, das auf die Bedürfnisse und motorischen wie auch kognitiven Fähigkeiten des einzelnen Patienten zugeschnitten sein muss. Entscheidend sind Koordination zwischen Auslösen und Einatmen sowie auch ein ausreichender inspiratorischer Atemfluss. Prof. Duchna schätzt die positiven Eigenschaften des Feuchtverneblers

(Respimat®), da er sowohl bei Patienten mit Koordinationsproblemen als auch bei jenen mit geringer inspiratorischer Kapazität erfolgreich eingesetzt werden kann.

Patienten, die das Selbstmanagement der COPD und eine einwandfreie Inhalationstechnik beherrschen, können das Potenzial moderner Therapieregime besser ausschöpfen. Atemphysiotherapie, pulmonale Rehabilitation, Lungensport und eine eventuelle Lungenvolumenreduktion runden das Angebot für diese Patienten ab.

Dr. Renate Weber

* CAT: COPD Assessment Test™, <https://www.catestonline.org/patient-site-test-page-german-germany.html>

** mMRC; Modified British Medical Research Council, <https://de.wikipedia.org/wiki/MMRC>

Weitere Webconferenzen zur COPD

COPD in der hausärztlichen Praxis erkennen, behandeln, managen

Drei weitere Experten referieren in den nächsten Wochen speziell für Hausärzte, worauf bei der Diagnose, der Therapie und dem Verlauf der COPD geachtet werden sollte. Dabei hat jeder Experte seinen eigenen Schwerpunkt. Teilnehmer können während der Live-Fortbildung Fragen an den Experten stellen. Wer die Live-Sendung verpasst hat, kann sie on-demand auf www.medical-tribune.ch anschauen.

Lernziele der Veranstaltung:

Im Anschluss an die Fortbildungen kennen die Teilnehmer die wesentlichen Neuerungen des GOLD-Report

2019, Daten zu den «real-life» Anwendung der diversen Medikamente und Inhalatoren. Die Teilnehmer haben die Indikation und Abgrenzung

von Mono-, dualen und Triple-Therapien, das Asthma COPD Overlap-Syndrom (ACO), die Bedeutung der Eosinophilie sowie die Grenzen der Behandlung mit inhalativen Kortikosteroiden (ICS) kennen gelernt und sind über das moderne Patientenmanagement durch den Hausarzt und Pneumologen informiert.

Diese Webconferenzen können wir dank der freundlichen Unterstützung

Dr. Thomas Rothe	Leitender Arzt Pneumologie/Schlafmedizin	KS Chur	23. August 2019; 18:00–19:00 Uhr
Prof. Dr. Martin Brutsche	Chefarzt Lungenzentrum	KS St. Gallen	18. September 2019; 18:00–19:00 Uhr
Prof. Dr. Jürg Leuppi	Chefarzt Innere Medizin	KS Baselland	31. Oktober 2019; 18:00–19:00 Uhr

der Firmen Boehringer Ingelheim (Schweiz) GmbH und UniMed-

Tec GmbH realisieren. Anmeldung: webinar@medical-tribune.ch

Gekürzte Fachinformation zur Anzeige auf Seite 1: Brintellix® (Vortioxetin). I: Behandlung von depressiven Episoden bei Erwachsenen („Major Depressive Episodes“) sowie anschliessende Erhaltungstherapie bei Patienten, deren depressive Symptomatik in der Akutbehandlung gut auf Brintellix angesprochen hat. D: Die empfohlene Dosierung ist 10 mg pro Tag für Erwachsene < 65 Jahren, mit oder ohne Nahrung eingenommen. Die Dosis kann auf max. 20 mg pro Tag oder auf min. 5 mg pro Tag eingestellt werden. KI: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der Hilfsstoffe. Gleichzeitige Anwendung mit nicht-selektiven Monoaminoxidase-Hemmern (MAO) oder selektiven MAO-A-Hemmern. VM: Kinder und Jugendliche, Suizidversuche/Suizidgedanken, Krampfanfälle, Serotonin-Syndrom oder Malignes Neuroleptisches Syndrom, Manie/Hypomanie, Hämorrhagie, Hyponatriämie, ältere Patienten, Patienten mit Nieren- oder Lebererkrankungen. IA: irreversible, nicht-selektive MAO-Hemmer, reversible, selektive MAO-A-Hemmer (Moclobemid), reversible, nicht-selektive MAO-Hemmer (Linezolid), irreversible, selektive MAO-B-Hemmer (Selegilin, Rasagilin), serotonerge Arzneimittel, Johanniskraut, Krampfschwellen-senkende Arzneimittel, Elektrokrampf-Therapie, Cytochrom P-450 Hemmer (starke CYP2D6-Hemmer (z.B. Bupropion, Chinidin, Fluoxetin, Paroxetin)), Cytochrom P-450 Induktoren (z.B. Rifampicin, Carbamazepin, Phenytoin), Antikoagulantien und Thrombozytenhemmer, Lithium, Tryptophan. SS/S: nicht empfohlen. UAW: sehr häufig: Nausea; häufig: abnormale Träume, Schwindel, Durchfall, Obstipation, Erbrechen, (generalisierter) Pruritus. P: Filmtabletten zu 5 mg: 28 [B], 10 mg und 20 mg: 28, 98 und Klinikpackung zu 9x7 [B]. Tropfen zum Einnehmen 20mg/ml (10.1% V/V Alkohol): 15 ml [B]. Zur Zeit nicht im Handel: Tabletten 15 mg: 28, 98. Kassenzulässig. Die vollständige Fachinformation ist unter www.swissmedinfo.ch publiziert. Lundbeck (Schweiz) AG, Opfikon, www.lundbeck.ch 20082018F1