

GINA und GOLD sollte jeder Hausarzt kennen

Therapie-Update Asthma und COPD

Obstruktive Atemwegserkrankungen wie Asthma und COPD gehören neben Herzinfarkt und Apoplex zu den führenden Volkskrankheiten. Trotz guter Behandlungsmöglichkeiten besteht mit unter 40 Prozent eine vergleichsweise schlechte Compliance. Dies gilt es dringend zu verbessern. Mit GINA (Asthma) und GOLD (COPD) stehen Leitlinien zur Verfügung, die eine individualisierte Therapie erlauben und eine gute Symptomkontrolle ermöglichen.

HARALD MITFESSEL

Asthma wird weiterhin oft übersehen oder Jahre zu spät diagnostiziert bei offenkundigen Defiziten in der Diagnostik. Die Lungenfunktion hat sich vergleichsweise zum EKG nach wie vor weder in der Klinik noch in der Praxis als routinemässige Basisuntersuchung durchgesetzt, wie dies in den Leitlinien zur Diagnostik obstruktiver Atemwegserkrankungen gefordert wird. Defizitär ist besonders die Diagnostik des kindlichen Asthmas einerseits aufgrund unterlassener Lungenfunktionsmessungen in diesem Alter, andererseits aufgrund der Angst der Eltern vor der Diagnose Asthma, sodass weiterhin der Begriff «spastische Bronchitis» (gleichbedeutend mit Asthma-Stadium III) bevorzugt wird.

Asthma ist kein einheitliches Krankheitsbild, sondern ein heterogenes klinisches Spektrum mit individuellen Risikofaktoren. Zudem sprechen die Patienten unterschiedlich auf eine therapeutische Intervention an. Daher sind die aktuellen GINA-Therapieleitlinien (Global Initiative for Asthma) so

angelegt, dass eine optimale individuelle Therapieeinstellung angestrebt wird. Ziel ist eine bestmögliche Asthmakontrolle durch Reduktion der asthmatischen Entzündung. Entzündungsmarker lassen sich durch Messungen des fraktionierten NO (Stickstoffmonoxid) in der Ausatemluft bestimmen = FENO (ppb).

Asthmakontrolle beurteilen

Patienten-Fragebögen zur Überprüfung der Asthmakontrolle (kontrolliert, teilweise kontrolliert oder unkontrolliert) haben sich in der Praxis bewährt. Sie bestehen aus fünf Fragen hinsichtlich Belastbarkeit, Dyspnoe, Symptomen, Notfallmedikation und Selbstkontrolle. Dieser ACT (Asthma-Control Test) ist auch im Internet abrufbar, zum Beispiel unter www.luft-zum-leben.de.

Die INSPIRE-Studie (International Asthma Patient Insight Research) hatte bei einer Umfrage bei 3415 Asthmapatienten ergeben, dass 84 Prozent der Patienten Asthmasymptome hatten und 74 Prozent täglich kurzwirksame Bronchodilatoren trotz regelmässig verordneter inhalativer Steroidtherapie benötigten. 73 Prozent der Patienten wollten eine Behandlung, die schnell Luft verschafft, 66 Prozent nahmen ihre Medikamente nur, wenn es notwendig war.

Zu ähnlichen Ergebnissen kam die AIRE-Befragung (Asthma Insights and Reality in Europe) in sieben europäischen Ländern. Danach hatten 15 Prozent der Erwachsenen tagsüber Symptome, 30 Prozent Schlafstörungen und jeweils über 50 Prozent der Kinder und Erwachsenen Asthmaanfälle, Notfallmedikation, Einschränkung bei Sport, Arbeit, Hobby. Bei 45 Prozent der Erwachsenen und 61 Prozent der Kinder wurde nie eine Lungenfunktion durchgeführt – in Deutschland bei 20 Prozent.

Asthmatherapie

Für die Asthmathherapie sind entzündungshemmende (Controller) Medikamente wie Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten, Cromoglycine und Kortison und zur bedarfsweisen Therapie atemwegserweiternde (Reliever) Medikamente wie kurz- und langwirksame Beta-Sympathomimetika und Xanthine empfohlen (Tabelle 1 und 2). Nach den GINA-Leitlinien erhalten Asthmatiker als Basistherapie Kurzzeit-Beta-Sympathomimetika und topische Steroide, ab GINA-Stadium III langwirksame Beta-Sympathomimetika (Salmeterol und Formoterol) zusammen mit topischen Steroiden, gegebenenfalls auch als fixe Kombinationen. Langzeit-Beta-Sympathomimetika sind beim Asthma ohne gleichzeitige topische Steroidtherapie obsolet.

Merksätze

- ❖ Die GINA-Therapieleitlinien haben das Ziel, eine bestmögliche Asthmakontrolle durch Reduktion der Entzündung zu erreichen.
 - ❖ Bei der Therapie der COPD spielen langwirksame Bronchodilatoren die bedeutendste Rolle.
-

Tabelle 1:
Therapieleitlinie Asthma für Erwachsene

	Bedarfsmedikation	Dauertherapie
Stufe 4: schwergradig persistierend	Erste Wahl: Inhalative raschwirkende β2-Sympathomimetika • Fenoterol	Inhalative Kortikosteroide (ICS) in hoher Dosis plus inhal. langwirkendes β2-Sympathomimetikum (ggf. als feste Kombination) und eine oder mehrere der zusätzlichen Optionen: ICS in hoher Dosis, Montelukast, retard. Theophyllin, orales β2-Sympathomimetikum
Stufe 3: mittelgradig persistierend	• Formoterol • Salbutamol • Terbutalin alternativ: u.a. Anticholinergikum*	ICS in niedriger bis mittlerer Dosis plus inhalativ lang wirkendes β2-Sympathomimetikum (ggf. als feste Kombination) alternativ: ICS in hoher Dosis, Montelukast, retardiertes Theophyllin, retardiertes orales β2-Sympathomimetikum
Stufe 2: geringgradig persistierend		ICS in niedriger Dosis
Stufe 1: intermittierendes Asthma	Wirkeintritt langsamer bzw. Wirkung schwächer gegenüber raschwirkenden β2-Mimetika	keine Dauertherapie

Tabelle 2:
Asthmakontrolle nach GINA

Charakteristika	kontrolliert	teilweise kontrolliert	unkontrolliert
Symptome tagsüber	keine (max. 2×/Wo.)	mehr als 2×/Wo.	3 oder mehr der unter «teilweise kontrolliert» aufgeführten Angaben im Verlauf einer Woche
eingeschränkte Belastbarkeit	keine	gelegentlich	
nächtliche Symptome/Erwachen	keine	gelegentlich	
Bedarf an β2-Agonisten/ Notfallmedikamenten	keine (max. 2×/Wo.)	mehr als 2×/Wo.	
Lungenfunktion (FEV ₁ /PEF)	normal	< 80 % Sollwert bzw. persönlicher Bestwert	
Exazerbationen	keine	1 oder mehr/Jahr	

COPD

Die Therapie der COPD richtet sich nach der Multimorbidität. Die GOLD-Leitlinien (Global Obstructive Lung Disease) empfehlen in Abhängigkeit von Lungenfunktion und Schweregrad allen Patienten Nikotinkarenz, Grippe- und Pneumokokken-Impfung und bedarfsweise Bronchodilatoren. Ab dem Stadium II wird eine Dauertherapie mit einem oder mehreren langwirksamen Bronchodilatoren empfohlen, zu denen die zwölf Stunden wirksamen LABA (Long Acting Beta Agonist) Salmeterol und Formoterol sowie das 2009 zugelassene, 24 Stunden wirksame LABA Indacaterol gehören. Des Weiteren wird frühe Rehabilitation empfohlen. Ab Stadium III werden inhalative Steroide nur dann empfohlen, wenn häufige Exazerbationen auftreten, die nachweislich nach einer dreimonatigen topischen Steroidtherapie reduziert werden können.

Ab 2010 sind ab Stadium III auch die PDE4-Inhibitoren Roflumilast für COPD-Patienten zugelassen, die primär entzündungstriggert hypersekretorisch sind. Eine orale Steroidtherapie wird bei Exazerbation mit 20 bis 40 mg über zehn Tage durchgeführt ohne stufenweise Dosisreduktion. Ab Stadium IV kommen neben Sauerstofflangzeittherapie (17–24 Std.) gegebenenfalls thoraxchirurgische Interventionen infrage (Tabelle 3). Im Gegensatz zum Asthma, bei dem inhalative Steroide die Basistherapie darstellen, kommt bei der COPD langwirksamen Bronchodilatoren die bedeutendste therapeutische Rolle zu. Theophylline werden wegen des hohen Nebenwirkungsspektrums (erhöhte allgemeine und kardiale Mortalität) in den Hintergrund gedrängt. Mukopharmaka haben keine evidenzbasierte Therapieeinsetzbarkeit.

Tabelle 3:

COPD-Schweregrad und Stufentherapie

Schweregrad	I: leicht	II: mittel	III: schwer	IV: sehr schwer
Charakteristik	<ul style="list-style-type: none"> • FEV₁/VC < 70% • FEV₁/VC ≥ 80% • mit/ohne Symptomatik 	<ul style="list-style-type: none"> • FEV₁/VC < 70% • 50% < FEV₁ < 80% • mit/ohne Symptomatik 	<ul style="list-style-type: none"> • FEV₁/VC < 70% • 30% < FEV₁ < 50% • mit/ohne Symptomatik 	<ul style="list-style-type: none"> • FEV₁/VC < 70% • FEV₁ 30% oder FEV₁ < 50% plus chronisch respiratorische Insuffizienz
Vermeidung von Risikofaktoren; Grippe- und Pneumokokken-Schutzimpfung; zusätzlich bei Bedarf kurzwirksamer Bronchodilatator				
		Zusätzlich Dauertherapie mit einem oder mehreren langwirksamen Bronchodilatoren; Rehabilitation		
			Zusätzlich inhalative Steroide bei wiederkehrenden Exazerbationen	
				Zusätzlich Sauerstofflangzeittherapie bei respiratorischer Insuffizienz; prüfen, ob chirurgische Behandlung angezeigt ist

Niedrige Compliance

Bei Patienten mit chronisch obstruktiven Atemwegserkrankungen (Asthma bronchiale, COPD, Lungenemphysem) ist die Compliance mit unter 40 Prozent besonders problematisch verglichen mit anderen Krankheiten wie Rheuma (50–70%), Diabetes (40–50%), Hypertonie (30–50%), Epilepsie (30–50%) und Osteoporose (> 50%). So nehmen nur ca. 30 Prozent aller Asthmapatienten regelmässig inhalative Steroide aus Angst vor Nebenwirkungen beziehungsweise wegen unzureichender Aufklärung.

Einflussfaktoren auf die Compliance haben:

- ❖ Medikamente (komplizierte Stufenschemata, schwierige Applikation, Einnahmehäufigkeit und -kontrolle, Geschmack, Nebenwirkungen, Preis)
- ❖ die Erkrankung selbst (chronisch, keine Heilung, schlechender Verlauf ohne Schmerzen)
- ❖ der Patient (Informationsmangel, Hoffnungslosigkeit, Angst, Rebellion gegen medizinische Anordnungen, Vergesslichkeit)
- ❖ und der Arzt (Zeitmangel, Unsicherheit bei Diagnose, Krankheitsschweregrad und Prognose-Einstufung, Angst vor Kosten und Nebenwirkungen, fehlende Partnerschaft).

Weitere Patienten-Einflussfaktoren sind kognitive (Bildung, Beruf, Ziele), sozioökonomische (Alter, Geschlecht, Wohnort), emotionale (Wünsche, Phantasien, Mode) und gesellschaftliche (Herkunft, Familie, Beruf) Ebenen.

Aufklärung ist weiterhin dringend gefordert, um die verfehlten Ziele in Europa nach den Vorgaben der GINA zu verbessern. Ziele sind Symptomfreiheit, minimaler Notfalltherapiebedarf, keine Einschränkung im täglichen Leben und normale Lungenfunktionswerte. ❖

Dr. med. Harald Mitfessel

Arzt für Lungen und Bronchialheilkunde
 Innere Medizin – Allergologie – Umweltmedizin
 Remscheid-Mitte
 Elberfelderstrasse 1
 D-42853 Remscheid
 E-Mail: hm@pulmo.de

Interessenkonflikte: keine deklariert

Diese Arbeit erschien zuerst in «Der Allgemeinarzt» 20/2010.
 Die Übernahme erfolgt mit freundlicher Genehmigung von Verlag und Autor.