

## Exazerbationen senken und Hospitalisation vermeiden

# COPD-Management in der Hausarztpraxis

Die COPD gehört zu den führenden Gesundheitsproblemen weltweit. Die Prävalenz in der Bevölkerung beträgt auch für die Schweiz rund 10%, und der Grossteil der Patienten wird in der Grundversorgung betreut. Damit gehört die COPD zu den häufigen chronischen Erkrankungen im ambulanten Krankengut.



PD Dr. med. Claudia Steurer-Stey  
Zürich

Die Folgen und Komplikationen der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) auf die Betroffenen und die Auswirkungen auf das Gesundheitssystem sind enorm. COPD ist eine häufige Ursache für Erwerbsausfall und der Verlust an Arbeitskraft beträgt in Europa jährlich insgesamt € 28.5 Milliarden. Ein grosser Anteil der Morbidität und der direkten Kosten bei COPD wird durch Exazerbationen und Hospitalisationen verursacht.

Eine nutzbringende Versorgung sollte daher Prozessabläufe und relevante klinische Endpunkte wie Lebensqualität, Exazerbationsrate und Ressourcenverbrauch verbessern. In der Stufentherapie der COPD (s. GOLD Guidelines, Abb. 1 <http://www.goldcopd.com/>). werden Patienten ab dem Schweregrad I kurzwirksame Bronchodilatoren bei Bedarf empfohlen (Akut- und Notfalltherapie). Langwirksame Bronchodilatoren kommen zusätzlich ab dem Schweregrad II zum Einsatz. Hier können langwirksame

Beta-2-Agonisten und Anticholinergika allein im Sinne einer Monotherapie oder bei zunehmendem Schweregrad zusammen im Rahmen einer Kombinationstherapie verwendet werden. Ab schwerer COPD GOLD III und bei gehäuften Exazerbationen sind zusätzlich topische Steroide indiziert.

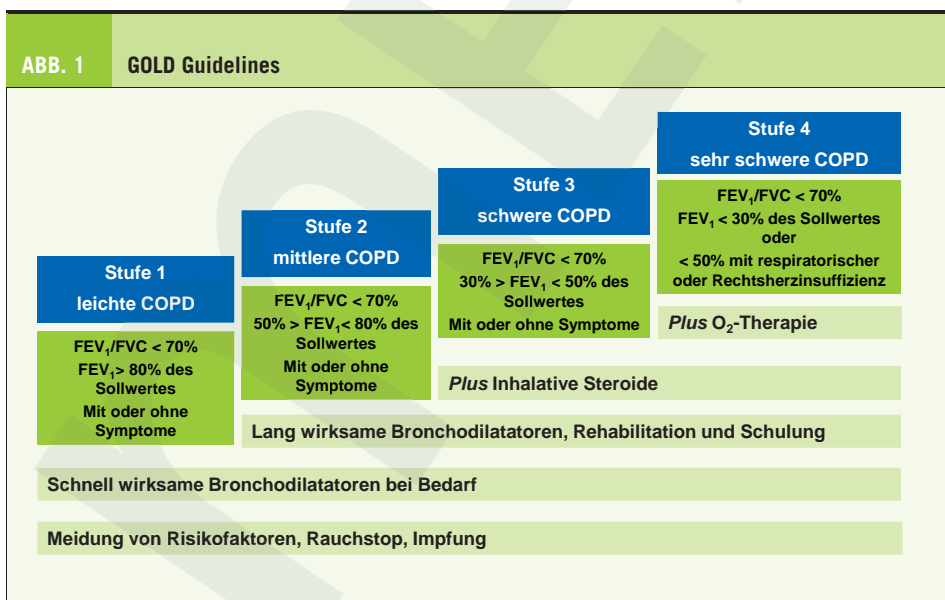
### Aktuelle Therapieoptionen

Das Ziel der Behandlung ist es, ein Fortschreiten der Krankheit zu mindern und die Lebensqualität des Patienten zu verbessern. Die wichtigste Voraussetzung dabei ist die Elimination schädlicher Einflüsse. Dazu gehören die Aufgabe des Rauchens und das Vermeiden von Passivrauchen, sowie die jährliche Grippeimpfung.

Die medikamentöse Behandlung erfolgt vor allem mit inhalierbaren Medikamenten, die als Aerosole oder Pulverinhalatoren verabreicht werden. Seltener kommen vernebelte Inhalationslösungen zur Anwendung.

Häufig verwendete Wirkstoffe sind beispielsweise Ipratropiumbromid (Atrovent®) und Tiotropiumbromid (Spiriva®) als kurz- und langwirksame Anticholinergika sowie kurzwirksame Beta-2-Agonisten (Salbutamol, Ventolin®) (Fenoterol (Berotec®) (Terbutalin Bricanyl®) und langwirksame Beta-2-Agonisten (sogenannte LABA) Formoterol (Oxis®) und Salmeterol (Servent®). Neu auf dem Markt ist ein schnell und ultralangwirksames Betamimetikum Indacaterol (Onbrez®)

Die Wahl des entsprechenden Medikaments hängt vom individuellen Ansprechen des Patienten, der Verträglichkeit sowie dem Schweregrad der COPD ab (Abbildung 2 Schweregradeinteilung)



## Prävention und Therapie von Exazerbationen

Tiotropium senkt die Wahrscheinlichkeit wegen einer Exazerbation hospitalisiert zu werden zu über einen Beobachtungszeitraum von einem Jahr um 16%. LABA reduzieren das Risiko für Exazerbationen um 21%. Inhalative Steroide reduzieren Exazerbationen ebenfalls um 20 bis 22%, dies vor allem bei schwerer COPD und gehäuften Exazerbationen (mehr als drei pro Jahr). Eine Behandlung mit der Kombination von inhalativen Steroiden und LABA ist Placebo überlegen, der Unterschied zwischen Einzel- und Kombinationstherapien kommt bei schwerer COPD (FEV1 <50%) mit gehäuften Exazerbationen zu tragen. Experten empfehlen ihren Einsatz daher bei Patienten mit schwerer COPD und zwei bis drei Exazerbationen pro Jahr. In der TORCH-Studie erzielte die Kombination Salmeterol\*/Fluticason\*(Axotide® 50/500 µg zweimal täglich bei Patienten mit schwerer COPD (FEV1 durchschnittlich 44 %) über drei Jahre im Vergleich zu Placebo eine Reduktion der Exazerbationsrate von 25%, der Gesundheitsstatus und FEV1 verbesserten sich.

In der UPLIFT-Studie erhielten Patienten, bei denen jede COPD Begleitmedikation erlaubt war (z.B. inhalative Steroide, LABA, aber keine Anticholinergika), zusätzlich einmal täglich Tiotropium während vier Jahren. Primärer Endpunkt war der jährliche Abfall der Lungenfunktion. Tiotropium führte während der Studie zu einer Verbesserung des FEV1 und zu einer Reduktion der Wahrscheinlichkeit einer Exazerbation, konnte aber einen FEV1-Verlust über die Zeit nicht verhindern.

Zur Prävention von Exazerbationen gehören unbedingt ein Nikotinstopp, Impfungen, sowie die pulmonale Rehabilitation und Schulung der Patienten. Letztere besteht aber nicht allein aus Patienteninformation und der Kontrolle, ob der Patient mit dem Gerät umgehen kann. Sondern der Patient sollte befähigt werden, eine Exazerbation frühzeitig zu erkennen und mit Hilfe eines Aktionsplans adäquat darauf reagieren zu lernen.

Bei der Behandlung einer Exazerbation sind im Gegensatz zur Basistherapie systemische Steroide indiziert. Im ambulanten Bereich empfiehlt sich als erster Schritt die Steigerung der Inhalationstherapie plus systemische Steroide 40 bis 50 mg über fünf bis zehn Tage. Bei der kurzen Dauer der Therapie braucht es kein Ausschleichen der Steroide. Es sei ausdrücklich gewarnt vor einer Langzeittherapie mit Steroiden, auch nicht low dose. Der Nutzen ist gering und die Nebenwirkungen sind gross.

Braucht es bei Exazerbationen immer Antibiotika? Die Studienlage zeigt, dass bei milden oder moderaten Exazerbationen, die ambulant in der Hausarztpraxis behandelt werden können, Antibiotika keinen wesentlichen Unterschied hinsichtlich Therapieversagen bringen. Bei schweren hospitalisationsbedürftigen Exazerbationen aber sehr wohl. Hier verringert der Einsatz von Antibiotika sogar die Mortalität. Für die Hausarztpraxis ist der Reflex „Exazerbation gleich Antibiotika“ allerdings fehl am Platz.

Bei Patienten mit schwerer COPD soll die Indikation für Dauersauerstoff-Therapie überprüft werden. Sie verlängert das Überleben und hat positive Auswirkungen auf Leistungsfähigkeit, Dyspnoe, Hämodynamik, Neuropsychologie und Schlaf. Indiziert ist eine Langzeitsauerstoff-Therapie (>15 Std/d) einerseits bei nicht

TAB. 2 COPD-Schweregradeinteilung				
Stadium		Symptome	Lungenfunktion	
Gold, 2003	Gold, 2001		FEV <sub>1</sub> /FVC	FEV <sub>1</sub> (% vorausgesagt)
Gefährdet	0	chronisch produktiver Husten	normal	normal
I: Mild	I	mit oder ohne Symptome	<70%	>80%
II: Moderat	IIA	mit oder ohne Symptome	<70%	50–80%
III: Schwer	IIB	mit oder ohne Symptome	<70%	30–50%
IV: Sehr Schwer	III	Dyspnoe, Husten, Sputum respiratorische Insuffizienz oder Rechtssherzinsuffizienz	<70%	*<30%

rauchenden Patienten mit schwerer COPD und einem pO<sub>2</sub> <7,3kPa (55 mmHg), andererseits bei Patienten mit pO<sub>2</sub>-Werten zwischen 7,3 und 8,0 kPa (55 bis 60 mmHg) beim Vorliegen von Ödemen oder einem Hämatokrit >55%.

### Konklusion

Die verantwortungsvolle Rolle des Hausarztes in der Betreuung von COPD Patienten muss betont werden. Die objektive Diagnosestellung mit Spirometrie, eine auf Evidenz gestützte Therapie und vor allem die Bemühungen um eine integrierte Betreuung mit Koordination, verbesserter Kommunikation und Kontinuität in der Betreuung sowie Unterstützung und Förderung der Patientenkompetenz, sind wichtige Eckpfeiler einer nutzbringenden Versorgung.

#### PD Dr. med. Claudia Steurer-Stey

Leiterin Chronic Care, FMH Innere Medizin, FMH Pneumologie  
 Institut für Hausarztmedizin UniversitätsSpital Zürich  
 Pestalozzistrasse 24, 8091 Zürich  
 claudia.stey@usz.ch

### Take-Home Message

- ◆ COPD ist eine verhinderbare und behandelbare chronische Erkrankung
- ◆ Erste Massnahmen sind Rauchstopp und das Vermeiden von Passivrauchen
- ◆ Die medikamentöse inhalative Behandlung lindert Symptome und vermindert Exazerbationen
- ◆ Die medikamentöse Therapie der COPD besteht aus kurz- und langwirkenden Bronchodilatoren (Anticholinergika und Beta-2-Agonisten) sowie antiinflammatorischer Therapie mit inhalativen Kortikosteroiden bei fortgeschrittener COPD mit gehäuften Exazerbationen
- ◆ Bei Exazerbation ist eine systemische Steroidtherapie mit 30-50mg über 7-10 Tage indiziert
- ◆ „Nicht jede Exazerbation braucht eine antibiotische Therapie“
- ◆ Instruktion und Begleitung des Patienten sind zentrale Aufgaben in einem erfolgreichen COPD-Management