

Pneumologie-Fortbildung des Lungenzentrums Klinik Hirslanden

Von Asthma, Rauchstopp, COPD und Bronchuskarzinom

Zwei bedeutende und zunehmende Erkrankungen und die wichtigste Einzelintervention kündigte die Moderatorin Frau Dr. med. Jeanne Fürst in ihren einleitenden Ausführungen an. Man durfte also auf interessante Präsentationen gespannt sein.

Asthma ist eine bedeutende chronische Erkrankung mit weltweit ca 300 Mio. Betroffenen, die in den letzten 20 Jahren stetig zunahm, vor allem bei Kindern, erklärte Dr. Jürg Barandun, Lungenzentrum Hirslanden Zürich, der Leiter und Initiant der Veranstaltung. Sie ist gekennzeichnet durch wiederholte Episoden von „wheezing“, Atemnot, thorakalem Engegefühl und Husten, saisonale Unterschiede, gleichzeitig Heuschnupfen, Ekzeme und familiäre Belastung. Auslöser sind Allergien, Luftschadstoffe, respiratorische Infekte, körperliche Anstrengung, Emotionen, Medikamente (Beta-Blocker, Aspirin). Asthma ist meist gut therapierbar. Ein erfolgreiches Leben ist durchaus möglich, wie das Beispiel von Olympia-Athleten, die an Asthma leiden, zeigt. Die Verdachts-symptome sind „wheezing“ bei Kindern, chronischer Husten, intermittierende Atemnot, intermittierende thorakale Enge, Symptome nachts, Patient erwacht!, saisonale Unterschiede, gleichzeitig Heuschnupfen, Ekzeme, fam. Belastung.

Die Asthmadagnostik umfasst einen Bereich für den Hausarzt und einen Bereich, der dem Pneumologen vorbehalten ist:

- Spirometrie (Hausarzt)
 - FEV₁ Anstieg: mind. 12% nach 2 Hüben Ventolin
 - Im Intervall oft normal!

- Broncho – Provokation: (Pneumologe)
 - Methacholin
 - Mannitol
 - Körperliche Anstrengung
- FeNO: Marker für die bronchiale eosinophile Entzündung (Pneumologe)
- Allergietestung auf die häufigsten (inhalativen) Allergene (Hausarzt, Pneumologe, Allergologe)
 - Hausstaubmilben
 - Tierhaare
 - Pollen
 - Pilzsporen
 - Mehlstaube
 - Latex

Die Therapie-Ziele sind kontrolliertes Asthma mit guter Lebensqualität, eine möglichst normale und stabile Lungenfunktion. Der Patient muss über Wirkungen und Nebenwirkungen der gewählten Therapie informiert sein (Asthma Schulung!). Die Inhalationstechnik muss genauestens instruiert und überprüft werden.

Asthma wird entsprechend den GINA Guidelines nach Kontrollstufen eingeteilt. Von kontrolliertem Asthma spricht man, wenn der Patient keine Symptome verspürt, in seinen Aktivitäten nicht eingeschränkt ist, nicht unter nächtlichem Erwachen leidet und eine normale Lungenfunktion hat. Zudem soll er höchstens 2 „Reliever“ (Medikament bei Bedarf) oder Notfall-Medikamente pro Woche einsetzen und er muss frei von Exazerbationen sein.

Teilweise kontrolliert ist das Asthma, wenn ein oder zwei der in der Tabelle 1 genannten Kriterien pro Woche erfüllt sind. Sind mehr als drei Kriterien pro Woche erfüllt oder erlitt der Patient unmittelbar eine Asthma-Exazerbation, dann ist das Asthma unkontrolliert. Die Behandlungsanweisungen richten sich nach den Kontrollstufen. Falls das Asthma kontrolliert ist, wird die Behandlung beibehalten und die niedrigste Therapiestufe zur Kontrolle gesucht. Bei teilweise kontrolliertem Asthma soll die Therapiestufe zur besseren Kontrolle erhöht werden. Bei unkontrolliertem Asthma Erhöhung der Therapiestufe(n) bis eine Kontrolle erreicht ist. Eine Exazerbation wird als solche behandelt (Abb. 1 auf Seite 44).

TAB. 1 GINA Guidelines: HA			
Kriterium	Kontrolliert Alle Kriterien erfüllt	Teilweise kontrolliert (1 oder 2 Kriterien innerhalb 1 Woche erfüllt)	Unkontrolliert
Symptome während des Tages	Keine (≤2/Woche)	> 2/Woche	≥3 Kriterien innerhalb 1 Woche erfüllt
Aktivitätseinschränkungen	Keine	Ja	
Nächtliche Symptome / Erwachen	Keine	Ja	
Benötigt Reliever- oder Rescue-Medikamente	Keine (≤2/Woche)	> 2/Woche	
Lungenfunktion ^a (PEF oder FEV ₁)	Normal	> 80% des Soll- oder des persönlichen Bestwertes	
Exazerbationen	Keine	≥1/Jahr ^b	
PEF = Maximaler expiratorischer Spitzenfluss (Peak Expiratory Flow) FEV ₁ = Forciertes expiratorisches Volumen in einer Sekunde a. Die Lungenfunktion bei Kinder unter 6 Jahren ist kein zuverlässiger Test b. Bei jeder Exazerbation sollte die Basis- oder Erhaltungstherapie überprüft werden um sicher zu gehen, dass diese auch adäquat ist c. Bei Definition zählt jede Woche mit einer Exazerbation als unkontrollierte Asthmawoche			

ABB. 1 Stufentherapie des Asthmas

	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5
	Patientenschulung & Umfeldkontrolle				
	Nach Bedarf: RABA				
Kontrollmöglichkeiten	Keine zusätzlichen	1 auswählen	1 auswählen	1 oder mehrere hinzufügen	1 oder beide hinzufügen
		Niedrigdosiertes ICS	Niedrigdosiertes ICS plus LABA	Mittel- oder hochdosiertes ICS plus LABA	Anti-IgE-Therapie (z. B. XOLAIR®)
		Leukotrien Modifizier ^d	Mittel- oder hochdosiertes ICS	Leukotrien Modifizier ^d	Orales Kortikosteroid (niedrigste Dosis)
			Niedrigdosiertes ICS plus Leukotrien Modifizier ^d	Retardiertes Theophyllin	
			Niedrigdosiertes ICS plus retardiertes Theophyllin		

ICS = Indikatives Kortikosteroid (z.B. Miflonide®)
d. = Rezeptorantagonist oder Synthesehemmer
RABA = Rasch-wirkender β_2 -Agonist (rapid acting β_2 -agonist, z.B. Foradil®)
LABA = Lang-wirkender β_2 -Agonist (long acting β_2 -agonist, z.B. Foradil®)
Alternative „Reliever“-Medikamente sind inhalative Anticholinergika, kurz-wirksame orale β_2 -Agonisten, einige lang-wirksame β_2 -Agonisten sowie kurz-wirksames Theophyllin. Regelmässige Verordnung von kurz- und lang-wirksamen β_2 -Agonisten ist nicht empfohlen, ausser in regelmässiger Kombination mit einem inhalierten Kortikosteroid.

Einsatz von Omalizumab (Pneumologe, Allergologie)

Omalizumab, ein rekombinanter humanisierter monoklonaler Antikörper gegen IgE. Es wird in Kombination mit anderen Asthma-therapien eingesetzt (Pneumologe, Allergologie). Die Indikationen sind:

- ▶ Schweres persistierendes allergisches Asthma (positiver Hauttest oder in vitro-Reaktivität gegen ein ganzjähriges auftretendes Aeroallergen)
- ▶ Reduzierte Lungfunktion (FEV1 <80%) trotz täglicher Therapie mit hoch dosierten inhalativen Kortikosteroiden und einem langwirksamen Beta2-Agonisten
- ▶ Erwachsene und Jugendliche (ab 12 Jahren)
- ▶ Häufige Symptome während dem Tag oder nächtliches Erwachen
- ▶ Anamnese von Asthma-Exazerbationen.

Die Dosierung richtet sich nach dem IgE-Basiswert und dem Körpergewicht.

Die Therapie der Exazerbationen richtet sich nach dem Schweregrad der Exazerbation. Bei mittelschwerer/schwerer Exazerbation 2 bis 4 Hube Ventolin alle 20 Min., Start Kombi Präparat 1 Hub, Start Prednisolon 1 mg/KG, O2 nasal, Ziel SaO2 95%, kein Theophyllin zusätzlich zu Betamimetica hochdosiert (kardiale NW), ev. Hospitalisation, Sedativa, Mucolytica, Physiotherapie, Antibiotica, Adrenalin (nur bei Anaphylaxie) vermeiden.

Bei 1/3 der schwangeren Asthmikerinnen wird Asthma schlechter! Wichtig ist, dass Inhalativa (auch Steroide!) weiter gegeben werden sollen. p.os. Medikamente sollten dagegen, wenn möglich gestoppt werden. Ein schlecht kontrollierter Zustand bedeutet ein Risiko für das Kind. Exazerbationen müssen zur Vermeidung einer fötalen Hyoxaemie aggressiv behandelt werden.

Rauchstopp – die wichtigste Einzelintervention in der Medizin

Dies der vielversprechende Titel des Referates von Dr. Klingler, Lungenzentrum Hirslanden und der Referent überzeugte die Zu-

hörer mit seinen Argumenten. Dr. Klingler erinnerte an die Machenschaften der Tabakindustrie, insbesondere an den ehemaligen Vizepräsidenten für Forschung der Firma Lucky Strike, der entlassen wurde, nachdem er sich geweigert hatte, das Suchtpotenzial von Zigaretten durch krebserregende Stoffe zu steigern, sowie an die Problematik der Werbung.

Dr. Klingler zeigte ferner die Bedeutung der sogenannten „gesunden“ Zigaretten („mild, light, superlight, ultra light“). Sie haben kleine Ventilationslöcher in den Filtern, die jedoch beim Rauchen zugeedrückt werden und deshalb wirkungslos sind. Der Teer- und der Nikotingehalt dieser Zigaretten sind gegenüber dem Aufdruck um das zehnfache höher, wenn die Ventilationslöcher zugeedrückt sind.

Dr. Klingler erwähnte auch den Skandal um den Genfer Professor R. Rylander. Seine epidemiologischen Studien über das Passivrauchen basierten auf Initiativen der Tabakindustrie, die im Einklang mit ihrer allgemeinen Strategie standen. Die Arbeiten wurden von Mitarbeitern der Tabakindustrie geschrieben und der Name des Professors darunter gesetzt.

Rauchen ist ein Risikofaktor für die verschiedensten Krankheiten, wie Herz-Kreislauf-Krankheiten, Krebs, Atemwegserkrankungen, Fortpflanzungsprobleme, Komplikationen nach Operationen/schlechte Wundheilung, Hüftfrakturen, Niedrige Knochendichte, Katarakt und Magengeschwür.

Risiko durch Passivrauchen

Bei einem Aufenthalt von einer Stunde pro Tag in einem Raum gemeinsam mit einem Raucher ist die Wahrscheinlichkeit von Lungenkrebs bei einem Nichtraucher um das Hundertfache höher als bei zwanzig Jahren Aufenthalt in einem Gebäude mit Asbest als Teil der Bausubstanz.“ (Sir Richard Doll).

Passivrauchen erhöht das Risiko für eine Herzkrankheit bei einem Nichtraucher um 25% und das Risiko für Lungenkrebs um 20–30%.

Den Nutzen einer Raucherentwöhnung fasst Dr. Klingler wie folgt zusammen:

- ▶ wenn ZWEI Raucher von einem Arzt von der Aufgabe des Rauchens überzeugt und dabei unterstützt werden, kann damit EIN vorzeitiger Tod verhindert werden.“
 - ▶ Der Gesundheitsnutzen einer Aufgabe des Rauchens stellt sich sofort ein
 - ▶ Aufgabe des Rauchens kann die Lebenserwartung in jedem Alter erhöhen
 - ▶ Das Risiko für Herz-Kreislaufkrankheiten wird durch Aufgabe des Rauchens reduziert
- Für die medikamentöse Therapie kommen die folgenden Medikamente in Frage:
- ▶ Nikotinersatztherapie (NRT)
 - ▶ Langwirkend: Pflaster
 - ▶ Kurzwirkend: Kaugummi, Inhalator, Nasalspray, Sublingualtabletten
 - ▶ Antidepressiva: Bupropion
 - ▶ Partielle nikotinerge Acetyl-Rezeptor-Agonisten: Vareniclin
- Es gibt keine Beweise dafür, dass eine NRT wirksamer als eine andere ist.

Die Chancen einer erfolgreichen Aufgabe des Rauchens (CHAMPIX) sind mit Vareniclin nahezu vierfach so hoch wie mit Placebo (Odds Ratio =3,85; p<0,001), nahezu doppelt so hoch wie mit Bupropion (Odds Ratio =1,93; 1,90; p<0,001), nahezu doppelt so hoch wie mit NRT (Odds Ratio =1,70; p<0,001).

COPD, Neues zu Diagnose und Therapie

Neues zur COPD, neue Guidelines, die nicht nur die Lungenfunktion sondern auch Symptome einschliessen, mit welcher Therapie beginnen? Und wie lange Steroide bei der Exazerbation geben? Dies waren die praktisch sehr wichtigen Themen die Prof. Dr. Jörg Leuppi, Basel behandelte. Jeder dritte Raucher ist ernsthaft krank, so kürzlich in 20 Minuten gelesen. Die Statistik ist ebenfalls ernüchternd. Bei 25'000 Messungen in 440 Hausarztpraxen (44.2% Frauen, 55.8% Männer, 60% (~15'000) verwertbar), wiesen 28.3% eine COPD auf, 10% eine leichte COPD, 17.2% eine mittelschwere bis schwere, 1.1% eine sehr schwere. Mit jeder schweren Exazerbation steigt die Mortalität. Die Exazerbationshäufigkeit nimmt mit abnehmendem FEV1 zu. Exazerbationen können aber bereits in frühen COPD-Stadien auftreten.

Die neue Einteilung der Patientengruppen basiert auf der Spirometrie, schliesst aber auch einen Symptomscore nach CAT (COPD Assessment Test) ein. Grad der Beschwerden:

- ▶ ≤ 10: leicht
- ▶ 11–20: mittel
- ▶ 21–30: schwer
- ▶ 31–40: sehr schwer

Wichtige Resultate in Bezug auf die Therapie der COPD mit Tiotropium oder mit Salmeterol ergaben sich aus der POET-COPD Studie. Tiotropium war Salmeterol konsistent überlegen und zwar

- ▶ im primären Endpunkt (Zeit bis zur 1. Exazerbation)
- ▶ in allen untersuchten Exazerbationsendpunkten
- ▶ unabhängig von Alter, Geschlecht, COPD-Schweregrad, Rauchen, BMI und vorbestehender ICS-Therapie.

Patienten unter Tiotropium brachen die Therapie seltener ab, als Patienten unter Salmeterol.

Systemische Steroide bei Exazerbation: Ja. Prof. Leuppi präsentierte dazu eine eigene Studie, die REDUCE-Studie. Die Konklusion aus dieser Studie ist: „In der Behandlung einer akuten COPD-Exazerbation ist eine 5-tägige, systemische Kortiko-Steroidbehandlung einer 14-tägigen Behandlung nicht unterlegen.“

Bronchuskarzinom: 10% Fünfjahresüberleben, Zeit zum Handeln

Die Fakten zum Bronchuskarzinom sind nach Prof. Dr. Schöb:

- ▶ Karzinom mit der höchsten Mortalität
- ▶ Mortalität in den letzten 30 Jahren unverändert
- ▶ 75% inoperabel
- ▶ Unbehandelt führt der Lungenkrebs immer zum Tod
- ▶ Hauptrisiko Rauchen

Es existiert keine Stadium-Symptom-Relation. Nur der asymptomatische Lungenkrebs ist wahrscheinlich noch heilbar!! Rauchen ist das wichtigste "Symptom" – Wo soll angesetzt werden? Bei der Prävention? der Verbesserung der chirurgischen Therapie? beim Ausbau der Systemtherapie und multimodaler Konzepte? Bei der Früherkennung und aktivem Screening?

Chirurgie und Radio/Chemotherapie sind teuer (Kosten in 30 Jahren verzehnfacht), nebenwirkungsreich, ineffizient (Mortalität unbeeinflusst). Frühzeitige Chirurgische Therapie wäre einzige wirksame Behandlung zur Senkung der Mortalität. Das Screening liefert zu 90% falsch positive Ergebnisse. Die Komplikationsrate der diagnostischen Evaluation beträgt 23%, mit MR 1–2%. Ein weiteres Problem stellen die Kosten dar.

Prof. Schöb schloss mit den folgenden Feststellungen: Der natürliche Verlauf eines Lungenkrebs führt unbehandelt unabhängig vom Tumorstadium zum Tod. Alle noch so modernen und multimodalen Therapiekonzepte konnten die Mortalität in den letzten 30 Jahren nicht senken. Die regelmässige Computertomographie bei Risikopersonen (Alter 55–74 Jahre) senkt die Mortalität um 20% nach 3 Untersuchungen im Abstand von einem Jahr (Frühergebnisse).

Das Symposium wurde abgerundet durch eine kurze Übersicht von Professor Felix Gutzwiller zum gegenwärtigen Stand der Initiative zur Managed Care und zum Präventionsgesetz.

▼ WFR

Quelle: Pneumologie, Symposium des Lungenzentrums der Hirslandenklinik Zürich, 17. April 2012

ANKÜNDIGUNG



Vol. 2 – Ausgabe 6 – Juni 2012

Was bietet Ihnen die nächste Ausgabe?

- | | |
|------------------------|------------------------|
| FORTBILDUNG ➔ | Diabetes |
| MEDIZIN FORUM | Parodontitis |
| | Nahrungsmittelallergie |
| GERIATRIE FORUM | Altershaut |
| KONGRESS | SGIM-Kongress Basel |