

Belastung durch die COPD weltweit unterschätzt und verkannt

Potenzial von Prävention und Therapie ist noch längst nicht ausgeschöpft

SAN DIEGO – Die weltweit zunehmenden COPD-Probleme machen auch vor der Schweiz nicht Halt – ganz im Gegenteil. Zahlen aus aktuellen Untersuchungen belegen, dass 28 % der Raucher – als Hauptrisikogruppe – eine COPD entwickeln. Die COPD wird häufig erst spät diagnostiziert, in einem Stadium mit deutlich eingeschränkter Lungenfunktion. Für diese verzögerte Diagnosestellung werden zwei Hauptursachen angeführt: Die Symptome entwickeln sich schleichend über Jahre und Jahrzehnte, und darüber hinaus konnte sich die Spirometrie bisher nicht als Routine-Untersuchung in der Hausarztpraxis etablieren.

Die COPD wird nach wie vor oft als Raucherhusten bagatellisiert; dass es sich um eine chronisch progrediente Lungenerkrankung handelt, die jedes Jahr Millionen von Menschenleben fordert, ist in der Öffent-



Professor Dr. Leonardo Fabbri

lichkeit viel zu wenig bekannt. Beim „Global Burden of COPD Summit“ im Rahmen der 102nd International Conference of the American Thoracic Society (ATS 2006) präsentierte Professor Dr. Leonardo Fabbri, Modena, Zahlen und Fakten zur COPD, welche die Dimension des Problems veranschaulichen können:

- weltweit leiden 600 Millionen Menschen an einer COPD
- jedes Jahr sterben mehr Menschen an den Folgen der COPD als an Lungenkrebs und Brustkrebs zusammen
- im Jahr 2000 hat die COPD weltweit 2,75 Millionen Menschenleben gefordert
- die COPD steht damit auf Platz fünf in der Todesursachenstatistik und wird – so die Befürchtungen der WHO – bis zum Jahr 2020 auf Platz drei vorrücken
- die COPD verursacht in Europa enorme Kosten: 7,6 Milliarden Euro entfielen im Jahr 2003 auf die ambulante und stationäre Behandlung, 2,7 Milliarden auf Medikamente
- trotz der steigenden Morbidität und Mortalität wird die COPD nicht angemessen wahrgenommen

Überlebenschancen bei COPD

Welche Einflussfaktoren sind relevant, welche lassen sich modifizieren?

In zahlreichen Studien wurden die Einflussfaktoren auf das Überleben von COPD-Patienten untersucht. Dass der konsequente Verzicht auf's Rauchen (je früher desto besser) sich positiv auf die Überlebenschancen auswirkt, ist erwiesen. Ebenso steht ausser Frage, dass die Sauerstofftherapie, die chirurgische Lungenvolumen-Reduktion und die gezielte pulmonale Rehabilitation einen Nutzen haben. Was bringen Medikamente, wenn man die COPD-Mortalität als harten Endpunkt wählt?

Der BODE-Index berücksichtigt vier einfach zu erfassende Kriterien (BMI, Obstruktion, Dyspnoe, Exercise), und erlaubt – über den Gesamt-Score – verlässliche Aussagen über die Prognose von COPD-

Patienten (Tabelle). Je höher der Score, desto höher ist die Mortalität.

Exazerbationen haben sich als prognostisch ungünstiger Faktor herausgestellt, wobei häufige und schwere Exazerbationen lebensbedrohlich sind. Darüber hinaus wird die systemische Entzündung als bedeutender Einflussfaktor bewertet: Erhöhtes CRP und proinflammatorische Zytokine könnten das Bindeglied darstellen zwischen COPD

Macht die Schweiz eine Ausnahme?

Am Raucher-Spirometrie-Screening-Projekt des Universitätsspitals Basel waren 25 000 aktive Raucher (44,2 % Frauen und 55,8 % Männer) über 40 Jahre beteiligt. 28 % wiesen aufgrund des spirometrischen Befunds eine COPD auf. Damit konnte die bisherige Annahme klar widerlegt werden, dass nur etwa 15 % der Zigarettenraucher eine obstruktive Ventilationsstörung haben.

Diese hohe Prävalenzrate wird durch Daten bestätigt, die anlässlich der Jahrestagung der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie (SGP 2006) erstmals präsentiert wurden¹: Die Prävalenz der COPD (Stadium 1+) lag bei 40–60 Jahre alten Rauchern (SAPALDIA-Kohorte) bei 18,7 % (Frauen) bzw. bei 24,6 % (Männer). Von den Rauchern mit der Diagnose „chronische Bronchitis“ (bei Erstuntersuchung) hatten 11 Jahre später 35,7 % der Frauen und 34,8 % der Männer eine manifeste COPD entwickelt. Allerdings waren nicht nur die Raucher betroffen: bei etwa 15 % der über 45 Jahre alten Männer, die nie geraucht hatten, fand man ebenfalls eine obstruktive Ventilationsstörung.

Exazerbationen nehmen im Verlauf zu

SAN DIEGO – Ein Blick in die Mortalitätsstatistik der WHO belegt, dass bei vielen chronischen Erkrankungen in den letzten Jahrzehnten enorme Erfolge verzeichnet werden konnten. So liess sich die Mortalität von Patienten mit koronarer Herzkrankheit und Schlaganfall zwischen 1965 und 1998 um 59 % bzw. 64 % senken. Anders bei der COPD: im selben Zeitraum kam es zu einem Anstieg um 163 %.

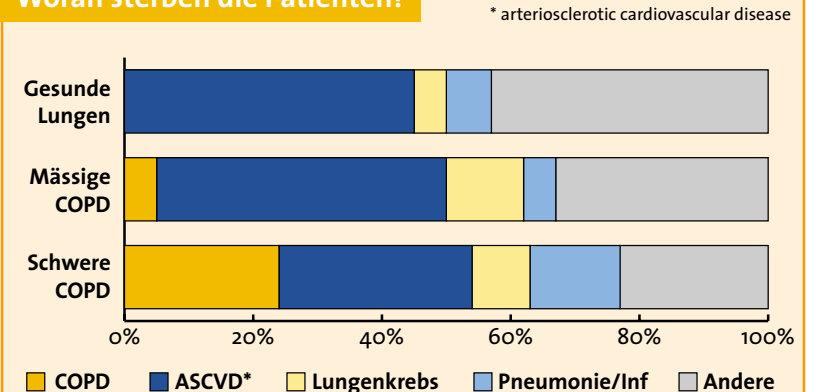


Professor Dr. Jorgen Vestbo

Bei einem von GlaxoSmithKline unterstützten Symposium im Rahmen des ATS 2006 berichtete Professor Dr. Jorgen Vestbo, Manchester, dass Häufigkeit und Schweregrad der Exazerbationen im Verlauf der COPD zunehmen, und schwere Exazerbationen das Mortalitätsrisiko deutlich erhöhen. Von den Patienten, die mit einer akuten

Exazerbation hospitalisiert werden müssen, sind nach einem Jahr bis zu 36 % verstorben. Eine besonders hohe Mortalitätsrate findet man bei männlichen COPD-Patienten mit mehr als einer Begleiterkrankung: 24 Monate nach dem Spitalaufenthalt wegen einer akuten Exazerbation waren nur noch 40 % am Leben, so Prof. Vestbo. Dies unterstreicht die Bedeutung des systemischen Aspekts der Multikomponenten-Erkrankung COPD, der zunehmend in den Vordergrund rückt. Neben den Atemwegen ist vor allem das kardiovaskuläre System und die Muskulatur betroffen². Die systemische Entzündung manifestiert sich unter anderem in erhöhten CRP-Spiegeln, die unter einer Therapie mit inhalativen Steroiden deutlich zurückgehen (von 6,3 mg/l auf 3,7 mg/l)³.

Woran sterben die Patienten?



Professor Dr. Erich Russi, Zürich, wies bei einem Symposium im Rahmen der SGP-Jahrestagung darauf hin, dass die Todesursachen bei COPD-Patienten vom Stadium und damit vom Schweregrad der Erkrankung abhängen: Während im Frühstadium die kardiovaskulären Erkrankungen und Krebs häufiger zum Tod führen als die respiratorische Insuffizienz, kehrt sich die Reihenfolge im Spätstadium um, und respiratorische Todesursachen liegen an erster Stelle⁴. Weiterhin betonte er, dass der Grad der Beeinträchtigung mit dem Überleben korreliert: Zur Prognoseabschätzung hat sich der BODE-Index bewährt.

inzwischen abgeschlossene, noch nicht publizierte TORCH-Studie⁸ (TOwards a Revolution in COPD Health) mit über 6 100 Patienten wird zeigen, ob und inwiefern sich Seretide[®] auf die Gesamtmortalität (primärer Endpunkt) von Patienten mit COPD (FEV₁ < 60 %, Indikation für Seretide[®]: ab FEV₁ < 50 %) auswirkt. Sollte sich aufgrund dieser prospektiven, randomisierten, Placebo-kontrollierten Doppelblindstudie über drei Jahre ein Überlebensvorteil bestätigen, wäre ein Paradigmenwechsel fällig.

Referenzen:

- ¹ Probst-Hensch et al. Prevalence and incidence of chronic obstructive pulmonary disease according to GOLD-stages in Swiss adults, the SAPALDIA Cohort. Oral presentation, SGP Basel, 9.6.2006
- ² Gillissen A. COPD. Frühjahrestagung der

- Rheinisch-Westfälischen Vereinigung für Lungen- und Bronchialheilkunde, Düsseldorf, 6.5.2006: "Trends in der Pneumologie"
- ³ Pinto-Plata V et al. C-reactive protein in patients with COPD, control smokers and non-smokers. Thorax 2006; 61: 23–28
- ⁴ Russi E Welche Faktoren beeinflussen die Mortalität? Satelliten-Symposium anlässlich der gemeinsamen Jahrestagung 2006 der SGP/SGK/SGT/SGI
- ⁵ Celli BR et al. The Body-Mass Index, Airflow Obstruction, Dyspnea, and Exercise Capacity Index in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. N Engl J Med 2004; 350: 1005–12
- ⁶ Soriano JB et al. Survival in COPD patients after regular use of fluticasone propionate and salmeterol in general practice. Eur Respir J 2002; 20: 819–825
- ⁷ Sin DD et al. Inhaled corticosteroids and mortality in chronic obstructive pulmonary disease. Thorax 2005; 60: 992–997
- ⁸ The TORCH Study Group. The TORCH (TOwards a Revolution in COPD Health) survival study protocol. Eur Respir J 2004; 24: 206–210

BODE-Index zur Ermittlung der Prognose bei COPD

Variable	Score			
	0	1	2	3
FEV ₁ (%)	≥ 65	50 – 64	36 – 49	≤ 35
6-Minuten-Gehtest (m)	≥ 350	250 – 349	150 – 249	≤ 149
MMRC* Dyspnoe Score	0-1	2	3	4
BMI	> 21	≤ 21		

*Modified Medical Research Council adaptiert nach Referenz 5

Seretide[®] Diskus[®] (Multidosen-Pulverinhalator), Dosier-Aerosol. W: Diskus: Salmeterol 50 µg, Fluticason-17-propionas 100, 250 und 500 µg. Dosier-Aerosol: Salmeterol 25 µg, Fluticason-17-propionas 50, 125 und 250 µg. I: Asthma bronchiale bei Erwachsenen und Kindern ab 4 Jahren, COPD (falls FEV₁-Verbesserung von >12 % und 200 ml innerhalb 6–12 Wochen oder bei FEV₁ < 50 % mit wiederholten Exazerbationen). D: Asthma bronchiale. Diskus: Erwachsene und Jugendliche ab 12 Jahren: 2 mal täglich 1 Einzeldosis Seretide[®] Diskus[®] 100, 250 oder 500. Kinder ab 4 Jahren: 2 mal täglich 1 Einzeldosis Seretide[®] Diskus[®] 100. Dosier-Aerosol: Erwachsene und Jugendliche ab 12 Jahren: 2 mal täglich 2 Stösse Seretide[®] Dosier-Aerosol 50, 125 oder 250. Kinder ab 4 Jahren: 2 mal täglich 2 Stösse Seretide[®] Dosier-Aerosol 50. COPD: Diskus: Erwachsene und Jugendliche ab 12 Jahren: 2 mal täglich 1 Einzeldosis Seretide[®] Diskus[®] 500. KI: Überempfindlichkeit gegenüber einem Inhaltsstoffes. VM: Beim akuten Asthma-Anfall ist ein kurzwirksamer β₂-Agonist mit raschem Wirkungseintritt zu verabreichen. Bei hohen Dosen über längere Zeit können systemische unerwünschte Wirkungen auftreten. UW: Tremor, Unruhe, Mundtrockenheit, Heiserkeit, Reizungen oder Candida albicans-Infektion der Mund- und Rachenschleimhaut, Herzklopfen, Überempfindlichkeitsreaktionen, paradoxer Bronchospasmus. IA: Nicht-selektive β-Blocker, Hemmer CYP3A4. (Liste B). Ausführliche Informationen sind dem Schweizerischen Arzneimittel-Kompodium zu entnehmen. www.documed.ch.

Idee und Konzeption:

INTER MEDICAL, Urs Graf-Strasse 8, Postfach 368, 4020 Basel
Information: GlaxoSmithKline AG
Redaktion: Dr. Renate Weber, Winfried Powollik
Layout: Patrik Brunner
Produktion: Patrik Brunner

© Nachdruck – auch auszugsweise – nur mit schriftlicher Genehmigung des Verlages.