

COPD auf den vorderen Plätzen der Todesursachenstatistik

Von Betroffenen verkannt, von Ärzten übersehen

STOCKHOLM – Am 12. Jahreskongress der European Respiratory Society (ERS) waren mehrere grosse Themenkomplexe der COPD gewidmet, deren Management nach wie vor als unbefriedigend bezeichnet werden muss. Die therapeutischen Interventionsmöglichkeiten im fortgeschrittenen Stadium sind limitiert, weshalb Prävention und Früherkennung eine hohe Priorität haben sollten. Die bisher kontrovers diskutierte Anwendung von inhalierbaren Kortikosteroiden (ICS) konnte inzwischen auf eine wissenschaftliche Basis gestellt werden, wie Professor Dr. Peter Calverley, University of Liverpool, anhand der Daten der TRISTAN-Studie¹ erläuterte. Diese 1-Jahres-Studie mit 1462 Patienten hat den Nutzen der kombinierten Anwendung von Salmeterol/Fluticason 50/500 µg (Seretide®) belegt.



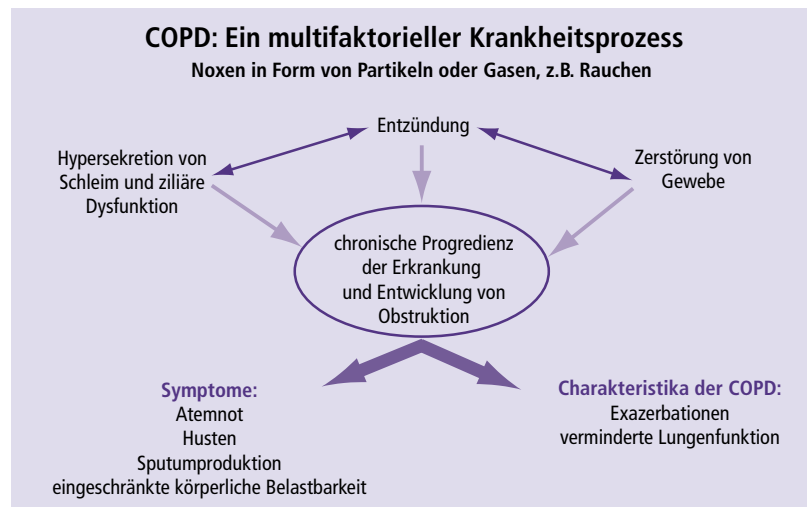
Professor Dr. Peter Calverley

viele Patienten erst als Notfall zum Arzt kommen, haben wir Möglichkeiten, die gefürchteten Exazerbationen zu verringern, die Symptome zu bessern und die Lebensqualität günstig zu beeinflussen.“

Wenn Lungenspezialisten mit grosser Selbstverständlichkeit über die COPD diskutieren, wird oft übersehen, dass viele Laien – selbst wenn sie zum Kreis der Betroffenen zählen – diesen Begriff nicht kennen. Das bestätigte eine am ERS vorgestellte Befragung²: Nur 11 % der im Durchschnitt 68 Jahre alten COPD-Patienten, die wegen einer Exazerbation hospitalisiert waren, konnten mit der Diagnose COPD etwas anfangen. Fast zwei Drittel hatten noch nie etwas von COPD gehört und ein Drittel gab an, dass sie niemals über ihre Erkrankung aufgeklärt wurden. Ebenso war die Hälfte der Befragten der Überzeugung, dass das Rauchen nichts mit den Symptomen zu tun habe. Hier scheint die Frage berechtigt, ob die laienhaften Diagnosen „Raucherhusten“, „Raucherbronchitis“ oder „Raucherasthma“ so schlecht waren?

Deutlich weniger Exazerbationen

Die COPD ist inzwischen als multifaktorielle Erkrankung anerkannt, mit chronisch-progredientem Verlauf und begleitet von Exazerbationen, welche die meist älteren Betroffenen über Wochen und Monate schwer beeinträchtigen können. Prof. Calverley veranschaulichte diese Zusammenhänge (Abb. 1) und zeigte sich optimistisch: „Auch wenn wir die COPD nicht heilen können, auch wenn



Im Rahmen einer multizentrischen, randomisierten, plazebo-kontrollierten Doppelblindstudie (TRISTAN) wurden mässig schwer bis schwer betroffene COPD-Patienten (<10 % Reversibilität und

Exazerbationen in der Anamnese) über 52 Wochen vier verschiedenen Therapieschemata zugeordnet. Sie wurden entweder mit Salmeterol/Fluticason 50/500 µg, Salmeterol 50 µg, Fluticason 500 µg oder

einem Plazebo behandelt. 949 Patienten hatten beim Einschluss in die Studie eine FEV1 <50 % und 513 eine FEV1 >50 % des Sollwertes.

Die Resultate fasste Prof. Calverley folgendermassen zusammen:

Wenn man COPD-Patienten mit der Kombination aus Salmeterol und Fluticason behandelt,

- verbessert man die Lungenfunktion,
- erreicht man eine signifikante Verminderung des Exazerbationsrisikos, insbesondere des Risikos schwerer Exazerbationen,
- verbessert man den Gesundheitszustand und damit die Lebensqualität,
- bessert man die Symptome.

Einen besonders bemerkenswerten Benefit zeigten Patienten mit schwerer COPD (FEV1 <50 %), so Prof. Calverley, bei denen die Exazerbationen mit der Notwendigkeit einer oralen Kortikoidtherapie um 43 % reduziert wurden, verglichen mit Plazebo.

¹ Pauwels et al.: Reduction of exacerbations with salmeterol/fluticasone combination 50/500 mcg bd in the treatment of COPD. ERS 2002, Stockholm
² Babores, M. Abstract 3881. ERS 2002, Stockholm

COPD in der Praxis

Interview mit Dr. Max Kuhn, Leitender Arzt Pneumologie, Kantonsspital Chur



Dr. Max Kuhn

? Die COPD wird unverändert nicht ernst genommen, zu spät diagnostiziert und inadäquat behandelt. Woran liegt das in der Schweiz?

Dr. Kuhn: Ich sehe darin ein generelles Problem. Die COPD wird vor allem deshalb so spät diagnostiziert, weil sich die Symptome schleichend über Jahre bis Jahrzehnte entwickeln. Da die Raucher häufig am Morgen ohnehin husten und Auswurf haben, wird übersehen, dass sich aus dem Raucherhusten längst eine COPD entwickelt hat.

? Wie überall in Europa wird auch in der Schweiz zu spät reagiert?

Dr. Kuhn: Das ist sicher auch in der Schweiz so: Die Lungenfunktion wird nicht geprüft, oft nicht einmal eine Spirometrie durchgeführt, um

den Funktionsausfall der Lunge zu objektivieren. Entscheidend ist für mich der schleichende Verlauf. Im Unterschied zur koronaren Herzkrankheit, die spektakulär verläuft – mit Thoraxschmerzen, Rhythmusstörungen, Infarkt – spielt sich bei der COPD alles eher im Zeitlupentempo ab.

? Wie könnte man erreichen, dass die Spirometrie zur Selbstverständlichkeit beim Check-up wird?

Dr. Kuhn: In der Grundversorgerpraxis sollte die Spirometrie zum Basisangebot gehören, wie die Blutdruckmessung. Generell sollte man bei allen rauchenden Patienten ab 45 Jahren eine Spirometrie machen, wie das in den Schweizer Manage-

ment-Richtlinien für die COPD empfohlen wird (siehe Kasten).

? Am ERS 2002 war die Anwendung topischer Steroide bei der COPD nicht mehr Thema kontroverser Debatten, sondern eine zunehmend etablierte therapeutische Option?

Dr. Kuhn: Die inhalierbaren Kortikosteroide (ICS) haben sich als Basistherapie bei Asthmatikern bewährt und die therapeutische Situation revolutioniert. Bei der COPD hat sich die Indikation bisher auf Patienten mit reversibler Obstruktion und auf solche mit schwerer COPD und häufigen Exazerbationen beschränkt. Die TRISTAN-Studie hat erstmals gezeigt, dass auch andere Patientengruppen

von der kombinierten Behandlung mit langwirkenden β_2 -Agonisten plus ICS profitieren. Obwohl bisher nur ein bescheidener Anstieg der Sekundenkapazität gefunden werden konnte, kam es zu einer signifikanten Verbesserung der Lebensqualität.

? Welche Erfahrungen haben Sie mit Salmeterol/Fluticason bei Ihren COPD-Patienten gemacht?

Dr. Kuhn: Bisher habe ich denjenigen Patienten zusätzlich topische Steroide verordnet, die eine reversible Obstruktion aufwiesen; aber auch bei fortgeschrittener COPD und wiederholten Exazerbationen mit der Notwendigkeit einer häufigen Antibiotikagabe wurde kombiniert behandelt.

? Welches Management propagieren Sie für rauchende COPD-Patienten?

Dr. Kuhn: Der Schwerpunkt der Behandlung liegt bei der Raucherentwöhnung, doch das ist erfahrungsgemäss ausserordentlich schwierig. Man darf nach einem Misserfolg der Stop-Smoking-Bemühungen nicht kapitulieren und muss dem Raucher immer wieder klar machen, dass er selbst den entscheidenden Beitrag leisten kann, damit er wieder leistungsfähiger wird – mit einer neuen Dimension an Lebensqualität.

Management der COPD

(Offizielle Guidelines der Swiss Respiratory Society)

Die Swiss Respiratory Society hat in diesem Jahr Richtlinien für die Klassifizierung, Diagnostik und Therapie der COPD publiziert: „Management of chronic obstructive pulmonary disease: the Swiss guidelines“ (SWISS MED WKLY 2002; 132: 67–78). An der Erarbeitung dieser aktuellen Empfehlungen war auch Dr. Kuhn vom Kantonsspital Chur beteiligt.

Seretide® Diskus® (Multidosen-Pulverinhalator), Dosier-Aerosol: Wirkstoffe: Diskus: Salmeterolum (ut Salmeteroli xinafoas) 50 µg, Fluticasonum (ut Fluticasoni-17-propionas) 100, 250 und 500 µg. **Dosier-Aerosol:** Salmeterolum (ut Salmeteroli xinafoas) 25 µg, Fluticasonum (ut Fluticasoni-17-propionas) 50, 125 und 250 µg. **Indikationen:** Langzeitbehandlung des Asthma bronchiale. Langzeitbehandlung der COPD, falls eine Kombinationstherapie gemäss aktuellen Richtlinien indiziert: spirometrisch dokumentierte Verbesserung des postbronchodilatatorischen FEV₁ von >15 % und 200ml innerhalb von 6–12 Wochen; Patienten mit schwerer COPD (FEV₁ <50 %) und wiederholten Exazerbationen, welche systemische Steroide und/oder Antibiotika bedurften. **Dosierung/Anwendung:** Seretide® wird inhalativ verabreicht. **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. **COPD:** Diskus: Erwachsene und Jugendliche ab 12 Jahren: 2 mal täglich 1 Einzeldosis Seretide® Diskus® 500. **Anwendungseinschränkungen:** **Kontraindikationen:** Überempfindlichkeit gegenüber einem Inhaltsstoffes von Seretide®. **Vorsichtsmassnahmen:** Vorsicht bei Patienten mit hohem Blutdruck, idiopathischer hypertrophischer Subaortenstenose, Herz-Kreislauf-Leiden mit Arrhythmie, frischem Herzinfarkt, Diabetes mellitus, Hyperthyreose, aktiver oder latenter Lungentuberkulose, Lungenmykosen oder Leberinsuffizienz. Beim akuten Asthma-Anfall ist ein kurzwirksamer β_2 -Agonist mit raschem Wirkungseintritt (z.B. Ventolin®) zu verabreichen. Schwangerschaftskategorie C. **Unerwünschte Wirkungen:** Tremor, Unruhe, Mundtrockenheit, Reizungen der Mund- und Rachenschleimhaut, Heiserkeit, lokalisierte Candida albicans-Infektion der Mund- und Rachenschleimhaut, Kopfschmerzen, Herzklopfen, Tachykardie, Muskelkrämpfe, Myalgien, Arthralgie, Überempfindlichkeitsreaktionen, paradoxer Bronchospasmus. **Interaktionen:** Nicht-selektive β -Blocker (z. B. Propranolol); Vorsicht bei kardioselektiven β -Blockern. Möglicherweise Interaktionen mit anderen β_2 -Stimulatoren oder Anticholinergika (additive Wirkung), mit Hemmern des Enzyms CYP3A4, MAO-Hemmern, trizyklischen Antidepressiva, L-Dopa, L-Thyroxin, Oxytocin, Xanthinen und z.T. auch Antiarrhythmika. Verkaufskategorie B. Ausführliche Informationen sind dem Schweizerischen Arzneimittel-Kompendium zu entnehmen. (Stand: März 2002)