

Gegründet von: H. Herxheimer, M. Schwab, H.-W. Spier

Herausgeber: D. von Herrath, W. Thimme

Schriftleitung: D. von Herrath, W.-D. Ludwig,
W. Oelkers, J. Schuler, W. Thimme

Mitarbeiter: A. Michalsen



Beirat: J. Bircher, Meikirch (Schweiz); H. Coper, Berlin; W. Creutzfeldt, Göttingen; M. Gregor, Tübingen; R. Gross, Köln; U. Hagemann, Berlin; H. Hahn, Berlin; H. Kewitz, Berlin; H. Kolbe, Hannover; J. Kotwas, Berlin; C. Lauritzen, Ulm; M. Rothmund, Marburg; T. Schaberg, Rotenburg/Wümme; W. Schwab, München; G. Stüttgen, Berlin; W. Thies, Berlin; H.-U. Wahn, Berlin; H. Zeidler, Hannover; M. Zeitz, Berlin

Schriftleitung: Potsdamer Straße 17, 12205 Berlin, Telefon (030) 84 3143 61, Fax (030) 84 3143 62, Internet: www.der-arzneimittelbrief.de · **Verlag:** Westkreuz-Verlag GmbH Berlin/Bonn, Töpchiner Weg 198/200, 12309 Berlin, Telefon (030) 745 20 47, Fax (030) 745 30 66, Internet: www.westkreuz.de, E-mail: vertrieb@westkreuz.de
Konto: Postbank Berlin 47428-101 (BLZ 10010010) · Jährlicher Bezugspreis für 12 Ausgaben inklusive Internetzugang inklusive Versandkosten im Inland 44 €, Preis des Jahresabonnements für Studenten 26,40 € · Erscheinungsweise monatlich · ISSN 1611-2733 · Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung der Herausgeber gestattet · Kündigung des Abonnements jeweils 3 Monate zum Jahresende · Gerichtsstand: Berlin

Jahrgang 37 · Nr. 2

Berlin

Februar 2003

Therapie der chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung (COPD).

Teil 1: Pharmakotherapie

Zusammenfassung: Die Pharmakotherapie der chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) orientiert sich am klinischen Schweregrad und erfolgt nach einem Stufenschema. Kurz- und langwirksame Beta₂-Mimetika, Anticholinergika und Theophyllin sind die primär anzuwendenden Bronchodilatoren. Inhalative Glukokortikosteroide haben nur bei Patienten mit höhergradig eingeschränkter Lungenfunktion einen Langzeiteffekt. Systemisch werden Steroide nur bei Exazerbationen und dann maximal zwei Wochen lang gegeben. Antibiotika sollten nur bei einer durch einen bakteriellen Infekt verursachten Exazerbation kalkuliert eingesetzt werden. Die potentiell schweren Nebenwirkungen der genannten Substanzgruppen und die Probleme einer richtigen Inhalationstherapie sind bei der Planung der Therapie zu bedenken. (Thema eines Vortrags vor der Berliner Medizinischen Gesellschaft im Oktober 2002).

Einleitung: Die Therapie der COPD umfaßt pharmakologische, ergänzende nicht-pharmakologische und prophylaktische Maßnahmen. Dabei muß zwischen stabilen Erkrankungsformen und Exazerbationen unterschieden werden, da Indikation und Effizienz der jeweiligen Therapie davon abhängen.

Pharmakotherapie der stabilen COPD: Die Pharmakotherapie wird mit zunehmendem Schweregrad der Erkrankung intensiviert (s. Tab. 1). Die medikamentöse Behandlung verhindert dennoch nicht, daß sich die Lungenfunktion im Laufe von Jahren verschlechtert. Deshalb dient sie primär dazu, die Symptome zu lindern, typische COPD-Komplikationen zu bessern und Exazerbationen zu vermeiden. Bronchodilatierende Medikamente – entweder bei Bedarf oder dauerhaft eingesetzt – sind die Basis dieser Pharmakotherapie. Dazu gehören kurz- und langwirksame Beta-2-Agonisten, Anticholinergika und Theophyllin. Risikopatienten (klinische Zeichen einer chronischen Bronchitis, Risikofaktoren wie z. B. Rauchen) ohne nachgewiesene Atemwegsobstruktion bedürfen keiner Pharmakotherapie. Das Vermeiden von Risikofaktoren, insbesondere die Abstinenz vom Rauchen, verbessert nicht nur die Lungenfunktion, sondern senkt auch die Letalität.

Stufentherapieplan (s. Tab. 1 und auch 22, 25)

- Stufe I: Patienten mit milder Erkrankungsform (FEV₁ = 80% des Sollwerts, FEV₁/VC < 70%, mit und ohne Sym-

Inhalt dieser Ausgabe

Therapie der chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung (COPD). Teil 1: Pharmakotherapie	9
Chlortalidon ist Amlodipin und Lisinopril bei der Behandlung des Bluthochdrucks überlegen. Ergebnisse der ALLHAT-Studie	12
ACE-Hemmer plus Angiotensin-II-Rezeptor-Blocker zur Verzögerung der Progression nichtdiabetischer chronischer Nierenerkrankungen?	13
Nochmals: Östrogene nach der Menopause und kardiovaskuläre Protektion	13
Vergleich von Caspofungin und Amphotericin B zur Behandlung von Patienten mit invasiver Candidiasis	14
Wie exakt werden die Empfehlungen des „International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)“ zu Verträgen zwischen medizinischen Hochschulen und Industrie in den USA beachtet?	15
Leserbriefe	
Bewertung der PROSPER-Studie	15
Nochmals: Krankenhausaufnahmen wegen UAW	16
<i>Dosisangaben ohne Gewähr!</i>	

ptome) werden mit inhalativen kurzwirksamen Bronchodilatoren bei Bedarf therapiert.

- Stufe II: Moderat erkrankte Patienten (FEV₁ < 80% des Sollwerts bis = 30%, FEV₁/VC < 70% mit und ohne Symptome) werden intensiviert mit einem oder mehreren Bronchodilatoren (kurz-/langwirksame Beta-2-Agonisten, Anticholinergika, Theophyllin) behandelt. Ergänzend sind rehabilitative Maßnahmen in den Stufen II und III indiziert (1). Inhalative Glukokortikosteroide können in den Stufen II und III eingesetzt werden, wenn dadurch individuell die klinischen Symptome (z. B. alle 3 Monate überprüft), die Parameter bei der Lungenfunktionsprüfung, die Lebensqualität oder die physische Leistungsfähigkeit gebessert werden können (2, 3). Inhalative Steroide haben auch bei langjährigem Einsatz nur einen geringen Effekt auf die sich typischerweise verschlechternde Lungenfunktion (4–8). In vielen Therapieempfehlungen wird eine orale Kortikosteroidtherapie zur Identifizierung von „Steroid-Respondern“ vorgeschlagen; sie wurde in den GOLD-Empfehlungen jedoch verlassen, da das Ergebnis eines