

# Die neuen COPD-Leitlinien der Atemwegsliga ...

... und die Monate danach

Erst vor wenigen Monaten sind die neuen COPD-Leitlinien der Atemwegsliga und der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie erschienen. Darin berücksichtigt wurden neue Erkenntnisse zu Diagnostik und Therapie bei chronisch obstruktiver Bronchitis. Doch seither hat sich schon wieder einiges getan: Drei Studien wurden ausgewertet, die es nötig machen, den Stellenwert von inhalativen Glukokortikoiden allein und in Kombination mit langwirksamen Beta-Mimetika zu überdenken.

Ralf Wettengel

Neue Erkenntnisse in Diagnostik und Therapie von Patienten mit COPD – Chronic Obstructive Pulmonary Disease – und Lungenemphysem haben eine Neufassung der Leitlinien der Deutschen Atemwegsliga und der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie notwendig gemacht. Die Diagnostik wurde spezifiziert, präventive Maßnahmen wurden stärker gewichtet. Die Therapie richtet sich auch weiterhin nach dem Schweregrad der Erkrankung und umfaßt medikamentöse und nicht-medikamentöse Maßnahmen. Beide Optionen sollten gleichwertig bedacht und im individuellen Therapieplan berücksichtigt werden.

Außerdem sollten in der Langzeitbehandlung bei stabiler COPD unter anderem diese Leitsätze beachtet werden:

- Schrittweise Erweiterung der Therapieoptionen in Abhängigkeit vom Schweregrad.
- Bronchodilatoren sind die Basismedikation zur Linderung der Beschwerden. Die Wahl des im Einzelfall am besten geeigneten Präparates und gegebenenfalls die Kombination mehrerer Substanzen hängt davon ab, wie der Patient auf sie anspricht. Hier muß individuell ermittelt werden: Also Therapie nach Maß!
- Eine Dauertherapie mit inhalativen Glukokortikoiden (iGk) kann bei denjenigen Patienten erfolgen, bei denen ein Therapieversuch über



Prof. Ralf Wettengel: Die Wahl des am besten geeigneten Präparates und gegebenenfalls die Kombination mehrerer Substanzen hängt davon ab, wie der Patient auf sie anspricht. Hier muß individuell ermittelt werden.

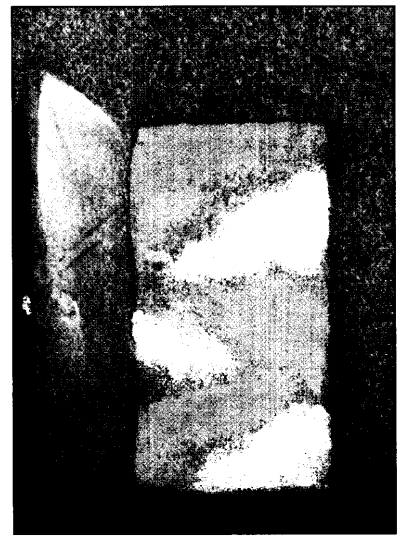
drei Monate zu einer Verringerung der Beschwerden und einer verbesserten Lungenfunktion geführt hat.

- Systemische Glukokortikoide, zum Beispiel Prednisolon (etwa Decortin®H) sind nur für ein bis zwei Wochen bei infektiobedingten Exazerbationen indiziert. Eine Langzeittherapie sollte wegen unerwünschter Effekte wie Myopathie oder Osteoporose vermieden werden.

Bronchodilatoren – als Basistherapie bei symptomatischen Patienten mit COPD – vermindern den Bronchialmuskeltonus, reduzieren den Atemwegswiderstand, die Lungenüberblähung und damit die Atemnot in Ruhe und bei Belastung. Die inhalative Applikation ist der systemischen vorzuziehen, da gleiche Effekte mit geringeren Dosen und daher mit weniger unerwünschten Wirkungen erreicht werden. In Frage kommen folgende Stoffklassen:

**Beta-2-Sympathomimetika.** Die Inhalation mittels Dosieraerosol oder Pulver muß von den Patienten geübt werden! Eine Dauermedikation mit kurzwirksamen Substanzen wie Fenoterol (Berotec®), Salbutamol (etwa Sultanol®) oder Terbutalin (etwa Bricanyl®, Aerodur® Turbohaler®) sollte viermal täglich erfolgen.

Langwirksame Beta-2-Sympathomimetika wie Formoterol (Foradil®, Oxis®) und Salmeterol (aeromax®, Serevent®) haben eine Wirkdauer von mindestens zwölf Stunden und müssen daher nur zweimal täglich appliziert werden.



## Aus dem Inhalt

### Ralf Wettengel:

Die neuen COPD-Leitlinien der Atemwegsliga ... **3**

### Peter Hannemann:

„Moderne Asthma-Therapie ist Maßarbeit“ **8**

Steroidfreie Therapieoptionen bei Neurodermitis **14**

### Ralph Mösges:

Heute allergische Rhinitis – morgen Asthma? **16**

**Berichte vom 44. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie in München** **19–22**

Neues aus den Fachzeitschriften / Service **23**