

Inhalativ verabreichte Anticholinergika und beta-adrenerege Agonisten sind bei einer COPD die wichtigsten, allerdings vorwiegend symptomatisch wirksamen Medikamente. Kombinationen sind manchmal sinnvoll. Kortikosteroide sollten nur zurückhaltend eingesetzt werden.

Update

Chronisch-obstruktive Lungenkrankheit

A. Röllin

Die chronisch-obstruktive Lungenkrankheit – landläufig COPD («Chronic Obstructive Pulmonary Disease») genannt – ist sowohl bei uns als auch weltweit eine häufige Invaliditäts- und Todesursache. Seitdem wir 1999 letztmalig eine Übersicht zur Behandlung der COPD veröffentlicht haben, hat die Schweizerische Gesellschaft für Pneumologie bereits zweimal neue Leitlinien dazu herausgegeben.¹

Die COPD ist charakterisiert durch eine chronische, nicht reversible obstruktive Ventilationsstörung, welche auf eine Kombination von entzündlichen Veränderungen der kleinen Atemwege (obstruktive Bronchiolitis) und des Lungenparenchyms (Emphysem) zurückzuführen ist. Diese entsteht aus einem Zusammenspiel von Umweltexposition und Veranlagung der betroffenen Personen. In industrialisierten Ländern stellt das Rauchen den wichtigsten externen Risikofaktor dar, weitere Faktoren sind eine berufliche Exposition gegenüber Stäuben und Dämpfen, Passivrauchen und Luftverschmutzung. Der Alpha-1-Antitrypsin-Mangel ist als monogen vererbte Erkrankung das Paradebeispiel für eine erhöhte Vulnerabilität, frühzeitig eine schwere COPD zu entwickeln. Allerdings ist dieser Gendefekt für weniger als 1% der COPD-Erkrankungen verantwortlich. Häufiger ist die Veranlagung polygenetisch vererbt, aber auch eine bronchiale Hyperreagibilität, ein Asthma oder häufige Lungeninfekte in der Kindheit (besonders durch Adenoviren) erhöhen das Risiko für eine COPD.

Aufgrund der geringen Sensitivität und Spezifität der klinischen Untersuchung zur Identifizierung von leichten bis mittelschweren COPD-Erkrankungen gilt die Lungenfunktionsprüfung mittels Spirometrie als Goldstandard der COPD-Diagnostik. Beim Vorliegen von typischen Symptomen (Auswurf, Husten, Atemnot) gilt ein Verhältnis von Erstsekundenvolumen (FEV₁) zu forcierter Vitalkapazität (FVC) von weniger als 0,70 als diagnostisch für eine COPD. Bei Personen

über 45 Jahren mit typischen Symptomen und/oder Risikofaktoren für eine COPD sollte eine Spirometrie durchgeführt werden, ein Screening der gesamten Bevölkerung wird jedoch nicht empfohlen.

Die Behandlung und langfristige Betreuung von COPD-Kranken sollte sich allerdings nicht einzig nach dem FEV₁-Wert richten, sondern weitere, für den Verlauf und die Prognose wichtige Faktoren miteinbeziehen. Dazu gehören das Ausmass der Symptome, die Häufigkeit von Exazerbationen, körperliche Leistungsfähigkeit, Körpergewicht bzw. Muskelmasse sowie das Vorliegen von Begleiterkrankungen.

Nicht-medikamentöse Massnahmen

Die einzige Massnahme, welche das Fortschreiten der Erkrankung aufhalten kann, ist das *Vermeiden der auslösenden Noxe*, was in unseren Breitengraden zumeist mit einem *Rauchstopp* gleichzusetzen ist. Ein solcher soll bei allen COPD-Kranken angestrebt werden, da damit auch in fortgeschrittenen Krankheitsstadien die Prognose verbessert wird. Bereits eine gezielte Kurzintervention von 3 bis 5 Minuten vermag die Rauchstopp-Rate messbar zu erhöhen (Abstinenzrate von 4-6% gegenüber 1-3% ohne jegliche Intervention). Ist die Motivation der betroffenen Person bereits genügend hoch, so lohnt sich eine aufwändigere, verhaltenstherapeutisch orientierte Rauchstoppberatung sowie medikamentöse Unterstützung. Mit einer Kombination beider Massnahmen konnten die höchsten Abstinenzraten erzielt werden (bis 34% nach 12 Monaten). Welches Medikament dabei zum Einsatz kommt, scheint bezüglich Erfolgsrate keinen Unterschied zu machen, so dass die Wahl aufgrund des Nebenwirkungsprofils, der persönlichen Vorlieben der Betroffenen und der Kosten getroffen werden kann.¹

Regelmässige körperliche Aktivität verbessert die Leistungstoleranz von COPD-Kranken. In den Anfangsstadien der Erkrankung sollten die Betroffenen dazu ermutigt werden, sich im Alltag genügend zu bewegen. In fortgeschrittenen Krankheitsstadien steigert eine *pulmonale Rehabilitation* die Leistungsfähigkeit, vermindert Dyspnoe sowie Exazerbationsrate und wirkt der zunehmenden Immobilität entgegen. Die Rehabilitation kann stationär oder ambulant durchgeführt werden.

Eine *Unterstützung von COPD-Kranken in ihrem Selbstmanagement*, die Aktionspläne zum rechtzeitigen Erkennen und adäquaten Behandeln von Exazerbationen sowie kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze zur Krankheitsbewältigung und Verhaltensänderung beinhalten sollte, wirkt sich günstig