



Therapie der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung anhand der GOLD-Klassifikation 2017 [CME]

Zusammenfassung: Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD = Chronic Obstructive Pulmonary Disease) ist eine Erkrankung mit stark zunehmender Inzidenz. Sie wird am häufigsten durch schädliche Partikel und Gase, vorwiegend Tabakrauch, verursacht. Leitsymptom ist die Dyspnoe durch bronchiale Obstruktion. Im aktuellen GOLD-Report (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) wird der Schweregrad der COPD mittels einer neuen Klassifikation ermittelt. Sie basiert auf der Kombination vom Schweregrad der spirometrischen Einschränkung des forcierten expiratorischen Volumens ($FEV_1/FVC < 0,7$; als Nachweis der Obstruktion), dem individuellen Exazerbationsrisiko (Zahl der Exazerbationen im Jahr zuvor) und dem Schweregrad der Symptome, ermittelt aus zwei Fragebögen (1). Aus der Einstufung ergeben sich Therapieempfehlungen für die stabile Erkrankung. Inhalative Glukokortikosteroide haben für die COPD wegen erhöhter Pneumoniegefahr an Bedeutung verloren. In der Prävention und Stabilisierung einer COPD bleibt Tabakkarenz die wichtigste Maßnahme. Eine pneumologische Rehabilitation wird empfohlen.

Die COPD ist heute bereits die vierthäufigste Todesursache weltweit (2) und wird nach Schätzungen bis zum Jahr 2020 die dritthäufigste sein. Mehr als 3 Mio. Menschen starben 2012 an einer COPD (3). Die bronchiale Obstruktion ist Folge einer individuell mehr oder weniger stark ausgeprägten kombinierten Schädigung der kleinen Atemwege sowie Destruktion des Lungenparenchyms mit zunehmender Emphysembildung. Wichtigster Risikofaktor für die Entwicklung einer COPD ist der Tabakkonsum. Die bisher niedrigere COPD-Prävalenz und -Letalität bei Frauen gleichen sich zunehmend der höheren bei Männern an. In Deutschland rauchen (noch) 31,4% der erwachsenen Männer und 23,9% der erwachsenen Frauen (4). Ein erhöhtes Risiko, eine COPD zu entwickeln, haben auch Patienten mit Asthma, hyperreagiblem Bronchialsystem, chronischer Bronchitis sowie rezidivierenden Atemwegsinfektionen. Ein Alpha-1-Antitrypsin-Mangel ist selten, sollte aber bei jüngeren Patienten mit COPD generell ausgeschlossen werden (5).

Während die COPD bis 2011 ausschließlich anhand der Lungenfunktion in die GOLD-Stadien I bis IV eingeteilt (vgl. 6) wurde, legt die GOLD-Klassifikation von 2017 (1) mehr Gewicht auf Symptome und Anamnese. Dabei wurden wichtige Ergebnisse der ECLIPSE-Studie zur Epidemiologie von Exazerbationen bei Patienten mit COPD (7) berücksichtigt. In die Einteilung 2011 wurden bereits Schweregrad der Symptome und Häufigkeit der Exazerbation einbezogen und eine neue Klassifikation mit den Stadien A bis D eingeführt

Inhalt

Therapie der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung anhand der GOLD-Klassifikation 2017	49
Infliximab versus Biosimilar CT-P13	53
Hohes Blutungsrisiko unter ASS bei alten Patienten . . .	54
Klinisch kein Vorteil durch Thyroxinsubstitution bei älteren Menschen mit subklinischer Hypothyreose . . .	55
Dengue-Fieber: Kein Nutzen prophylaktischer Thrombozytentransfusionen bei thrombozytopenischen Patienten	55

Dosisangaben ohne Gewähr.

(vgl. 8). Diese Stadieneinteilung hat sich in der praktischen Medizin jedoch nicht breit durchgesetzt.

Eine COPD sollte bei jedem Patienten erwogen werden, der Luftnot, chronischen Husten oder Auswurf und/oder Risikofaktoren in der Anamnese hat. Zur verlässlichen Diagnose einer COPD werden eine Kombination typischer Symptome, Risikofaktoren und eine spirometrisch nachgewiesene Atemwegobstruktion ($FEV_1/FVC < 0,7$) verlangt, auch nach Gabe eines Bronchodilatators. Grundsätzlich sind andere Ursachen für die Beschwerden differentialdiagnostisch zu bedenken und auszuschließen. Ein besonderes diagnostisches Problem besteht beispielsweise darin, dass sich allergisches Asthma und beginnende COPD (durch gleichzeitigen Tabakkonsum) überlappen und schwer zu differenzieren sind. Hierzu wurde eine neue Krankheitsentität, das Asthma COPD Overlap Syndrom (ACOS) international etabliert (9).

Zur Einteilung der COPD werden jetzt drei Bereiche herangezogen. Dabei wird anhand von Zahlen das *spirometrische Ausmaß der Obstruktion* berücksichtigt (GOLD 1 bis 4 = Graduierung des FEV_1 in Prozent des Sollwerts) und in Großbuchstaben (Gruppe A bis D) der *Schweregrad der Symptome* und die *Häufigkeit der Exazerbationen* (vgl. Abb. 1). Die Steuerung der medikamentösen Therapie in der stabilen Phase der Erkrankung erfolgt jetzt ausschließlich anhand der ermittelten Gruppen A bis D (s. Abb. 2). Eine Spirometrie ist bei akuten Exazerbationen auch häufig gar nicht möglich.

Im aktuellen GOLD-Report werden die *Spirometrie* und die Aussagekraft der wichtigsten Parameter ausführlich dargestellt. Die Messwerte werden in Relation zu Sollwerten gesetzt, wobei die ethnische Zugehörigkeit, Alter und Geschlecht sowie die natürliche Streubreite von Normalwerten einbezogen werden. In Deutschland sind die Global Lung Initiative (GLI)-Referenzwerte bereits in die aktuellen Empfehlungen zur spirometrischen Diagnostik aufgenommen (10, 11).