

## COPD im Griff?

# Husten gilt als viel zu normal

**H**usten haben nicht nur viele Patienten in der Praxis. Überall wird gehustet: im Theater, bei der Fortbildung, im Restaurant. Husten gilt in unserer Gesellschaft als viel zu normal, beklagt Professor Dr. Wolfgang Petro, Klinik Bad Reichenhall. Dies ist seiner Meinung nach einer der Hauptgründe, dass Patienten mit COPD – dazu zählen die chronisch obstruktive Bronchitis und das Lungenemphysem – häufig viel zu spät erkannt werden.

Die COPD ist eine der bedeutendsten Erkrankungen unserer Zeit. Im Jahr 1990 stand sie bereits auf dem sechsten Platz der häufigsten Todesursachen. Im Jahr 2020 wird COPD nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) auf den dritten Platz vorgerückt sein. Derzeit sterben weltweit jedes Jahr annähernd drei Millionen Menschen an den Folgen der langsam fortschreitenden chronischen Atemwegserkrankung.

Das Problem ist der schleichende Verlauf der Erkrankung, betont Professor Dr. Claus Vogelmeier von der Universität Marburg. Die Leitsymptome – Husten, Auswurf, Belastungsdyspnoe – sind unspezifisch. Auch wenn alle drei Symptome vorliegen, weist dies nicht spezifisch auf das Vorliegen einer COPD hin. Bis sich eine klinisch-manifeste Atemwegsobstruktion entwickelt, vergehen Jahre.

### GOLD – eine weltweite Aktion gegen COPD

Mit einer weltweiten Initiative, die kürzlich von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gestartet wurde, soll der COPD-Epidemie wirksam begegnet werden. Im Rahmen von GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) wurden Leitlinien zur Diagnostik und Management bei COPD sowie der Prävention der Erkrankung herausgegeben. Die Ziele: die Aufmerksamkeit für COPD

in der Bevölkerung wie auch unter Ärzten zu erhöhen, einheitliche Kriterien für die Definition der Erkrankung und für die Diagnostik zu schaffen sowie eine evidenzbasierte Therapie zu fördern.

Definiert wird COPD laut GOLD als „nicht vollreversible progressiv-obstruktive Atemflusseinschränkung“, die mit einer „abnormen Entzündungsantwort auf inhalative Noxen“, in erster Linie Zigarettenrauch, einhergeht. Wichtig für die Praxis ist vor allem die Differenzialdiagnose zwischen Asthma und COPD.

Nach ihrem FEV<sub>1</sub>-Wert werden die Patienten in verschiedene COPD-Schweregrade eingeteilt (Tabelle 1).

● Neu hat die WHO die Stufe 0 für Risikopersonen eingeführt: zum Beispiel Raucher mit Husten und Auswurf, aber noch einer normalen Lungenfunktion. Bei diesen Patienten wird noch keine Therapie empfohlen, aber sie sollten beobachtet werden.

● Bei Patienten mit milder COPD (FEV<sub>1</sub>-Wert > 80 %), mit oder ohne Symptomen, wird eine Behandlung nach Bedarf mit kurz wirkenden Beta-2-Sympathomimetika oder mit Anticholinergika empfohlen.

● Bei Patienten mit mittelgradiger COPD (FEV<sub>1</sub>-Werte zwischen 30 und 80 %)

Fortsetzung nächste Seite ►

### Raucherentwöhnung – das A & O

Das Zigarettenrauchen ist das Kardinalproblem bei der COPD. Bei 90 % der Patienten ist Rauchen die Ursache der Erkrankung. Die meisten Betroffenen schaffen es aber nicht, ihr Laster in den Griff zu bekommen. „Nikotin ist eine der Substanzen mit dem höchsten Suchtpotenzial überhaupt“, sagte Prof. Vogelmeier.

Mit dem Rauchen aufzuhören, hat für COPD-Patienten einen größeren Effekt als jede andere therapeutische Maßnahme. Die Lungenfunktion bessert sich bei den Patienten, die es schaffen aufzuhören, sprunghaft und fällt in den nächsten Jahren nur langsam ab, berichtete Prof. Vogelmeier. Bei COPD-Patienten, die weiterrauchen, fällt dagegen die Lungenfunktion jedes Jahr rapide ab (Abbildung 1).

Die Langzeiterfolge von Raucherentwöhnungsprogrammen sind jedoch nach wie vor unbefriedigend. Selbst bei Ausschöpfung aller Möglichkeiten und medikamentöse Unterstützung schaffen es zur Zeit maximal 25 bis 30 % der Patienten, langfristig abstinent zu bleiben. Ohne medikamentöse Unterstützung liegen die Erfolgsraten nur bei etwa 10 %.

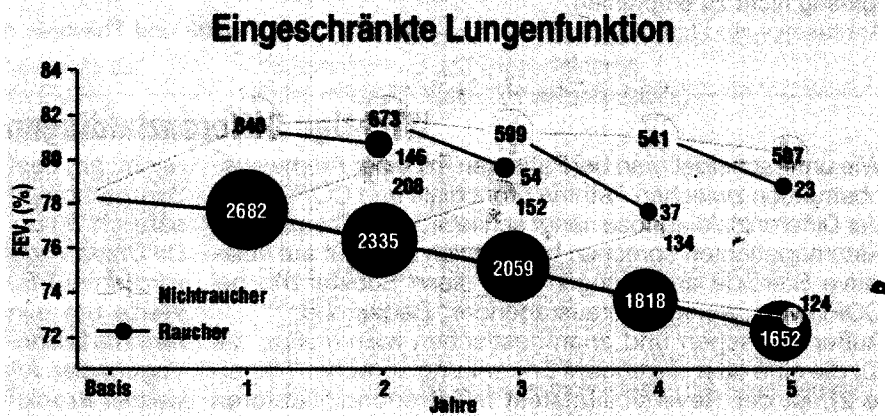


Abbildung 1: Einfluss des Rauchens auf die Lungenfunktion. nach Scanlon, 2000

26. Grünwalder Gespräche: „GlaxoSmithKline – Partner für Arzt und Patient bei COPD“, am 7. November 2001 in München; Veranstalter: GlaxoSmithKline Pharma Deutschland, München

20 B  
885/X  
-Bsp-  
ZB MED