

COPD Management 2023: Barrieren und Lösungsansätze

Zusammenfassung des Vortrags von Prim. Priv.-Doz. Dr. Georg-Christian Funk, Klinikum Ottakring, Wien

Das **Update der GOLD-Empfehlungen 2023**¹ zum Management der COPD hat einige praxisrelevante Änderungen gebracht.

- Die **Einteilung der COPD** erfolgt nun nach dem „ABE-Schema“, wobei die ehemaligen Gruppen C und D zur Gruppe E zusammengefasst wurden (Patienten mit ≥ 2 moderaten Exazerbationen oder ≥ 1 Exazerbation, die zu einer Spitalsaufnahme führte; unabhängig von der Ausprägung der Symptomatik). Siehe (**Abb. 1**).
- In der **initialen Pharmakotherapie der COPD** kommt die duale Bronchodilatation mit einem langwirksamen Muskarinantagonisten (LAMA) plus einem langwirksamen Betamimetikum (LABA) bei Patienten der Gruppe B von Beginn an zur Anwendung. Evidenz hierfür lieferte die EMAX Studie, welche bei ICS-naiven Patienten Vorteile der dualen Bronchodilatation Anoro Ellipta gegenüber Monotherapien in Hinblick auf Lungenfunktion, Symptomatik sowie Bedarf an Notfallmedikation zeigte.² Die Kombination ICS/LABA ist obsolet.¹ Eine Triple-Therapie (LAMA/LABA/ICS) als Erstlinientherapie bei COPD ist bei Patienten mit eosinophilem Phänotyp und häufigen Exazerbationen indiziert.¹ Bei diesen Patienten senkte die Triple-Therapie gegenüber einer dualen Bronchodilatation die Exazerbationsrate und die Mortalität, allerdings auf Kosten einer erhöhten Pneumonierate.³ **Abb. 2** bietet Hilfe bei der Indikationsstellung für ICS bei COPD.¹ Die Therapie sollte nach Möglichkeit mit einem einzigen Inhalator erfolgen. Evidenz hierzu liefert u.a. die INTREPID-Studie, welche eine signifikante Verbesserung der Symptomatik (CAT) sowie der Lungenfunktion durch die fixe Triplekombination Trelegy Ellipta gegenüber einer freien Triple-Therapie zeigte.⁴ Bei der **Therapieanpassung** gilt es das vorherrschende Merkmal, nämlich Dyspnoe oder Exazerbationen, zu identifizieren. Im ersten Fall sollten die Patienten möglichst früh einer dualen Bronchodilatation zugeführt werden. Daneben sollten ein Inhalatorwechsel überlegt, nicht-pharmakologische Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft und andere Ursachen für eine Dyspnoe überprüft werden.¹

Step-up, Step-down in der COPD-Therapie⁵

Das von Menarini unterstützte Projekt „STEP“, das Umstellungsarten- und Gründe der COPD-Therapie untersuchte, zeigte, dass in Österreich eine dynamische und personalisierte COPD-Therapie durchgeführt wird. Bei 59% der teilnehmenden Patienten wurde eine Therapieeskalation („Step-up“) durchgeführt, bei 19% eine Therapie-De-eskalation („Step-down“) und in 22% der Fälle wurde ein Wechsel des Inhalators vorgenommen. Hauptgründe für einen Step-up waren anhaltende Symptome (70%), gefolgt von Beschwerden im Alltag (52%) sowie einem Abfall der Lungenfunktion (39%). Die Hauptmotive für einen Step-down waren eine stabile oder gebesserte Lungenfunktion (72%), keine oder seltene Exazerbationen (57%) sowie fast keine Symptome (53%). Gründe für einen Device-Wechsel waren Handhabungsprobleme mit dem Inhalator (43%), eine Verminderung der Anzahl an Inhalatoren (34%) und eine suboptimale Therapieadhärenz (23%).⁵ In diesem Punkt dürften sich auch die GOLD-Empfehlungen niederschlagen, welche dem Single-Inhaler Therapiekonzept den Vorzug geben.

Verifizierung bzw. Ausschluss einer COPD-Exazerbation

Eine akute Atemkrise bei Menschen mit COPD muss nicht zwingend eine COPD-Exazerbation sein. Ereignisse bzw. Erkrankungen wie eine hypertensive Krise, Herzinsuffizienz, Pneumonie, akutes Koronarsyndrom, Pulmonalembolie oder Panikattacke können hinter einer vermuteten COPD-Exazerbation stecken.^{6,7,8} Anhand von körperlicher Untersuchung, EKG, Lungenröntgen, Echokardiographie, Biomarkern (NT-pro-BNP, CRP, ggf. Troponin und ggf. D-Dimer) sowie Thoraxsonographie ist meist eine zuverlässige Differenzierung zwischen COPD-Exazerbation, Herzinsuffizienz, Pneumonie, Embolie und Panikattacke möglich. Ein Lungenödem kann mit dem Lungenultraschall besser erkannt werden als mit einem Thoraxröntgen.⁹ Zur Erkennung einer Pneumonie ist die Computertomographie die sensitivste Methode (100%), gefolgt von der Thoraxsonographie (95%), der Auskultation (78%) und dem Lungenröntgen (77%).^{10,11}

COPD PatientInnen profitieren von Achtsamkeitsübungen

COPD ist häufig von Depressionen und Angststörungen begleitet. Die Kostenübernahme für psychiatrische oder psychologische Unterstützung ist in Österreich aber beschränkt. Die unter Beteiligung der Klinik Ottakring durchgeführte **SPIROMIND-Studie** zeigte, dass das **10- bis 15-minütige Üben von Achtsamkeit** zuhause mit dem Smartphone (z. B. bewusstes Wahrnehmen von Herzschlag oder Umgebungsgeräuschen) **positive Auswirkungen auf die psychische Gesundheit von Patienten mit COPD** hatte. Die meisten Patienten berichteten positive Effekte, die Drop-out-Rate lag bei lediglich 17%.¹²

COPD-Management 2023 Zusammenfassung:

GOLD-Empfehlungen 2023:

- Aus den Gruppen C und D wird Gruppe E.
- Alle Patienten mit COPD sollten eine duale Bronchodilatation erhalten (LAMA/LABA). Die Kombination ICS/LABA ist obsolet.
- Patienten der Gruppe E sollten bei Eosinophilen > 300/μl eine Tripletherapie als Initialtherapie erhalten.
- Möglichst wenige unterschiedliche Devices sollten verwendet werden

Exazerbationen

- Die Sonographie ist unter anderem ein sehr wertvolles Instrument zur Abgrenzung der Exazerbation von Pneumonie, Herzinsuffizienz und Embolie.

Angst und Depression

- verschlechtern den Outcome von Patienten mit COPD. Achtsamkeitsübungen können helfen.

Referenzen:

1. 2023 GOLD Report, <https://goldcopd.org/2023-gold-report-2/>.
2. Maltais F et al., Resp Research 2019; 20: 238
3. Koarai A et al., Respir Res 2021; 22:183
4. Halpin DMG et al., ERJ Open Res 2021; 7: 00950-2020
5. Wien Klin Wochenschr (2022) 134 :712–746; P 28: COPD treatment adjustments and corresponding reasons in pharmacologic maintenance therapy in an outpatient setting; verfügbar unter: <https://doi.org/10.1007/s00508-022-02086-z>
6. Divo M et al., Am J Respir Crit Care Med 2012; 186:155-161
7. McAllister DA et al., Eur Respir J 2012; 39:1097-1103
8. Couturaud F et al., JAMA. 2021; 325:59-68
9. Martindale JL et al., Acad Emerg Med 2016; 23:223-242
10. Ye X et al., PLoS One 2015; 10:e0130066
11. Gennis P et al., J Emerg Med 1989; 7:263-268
12. NCT04769505, aufgerufen am 06.09.2023 von <https://classic.clinicaltrials.gov/ct2/show/results/NCT04769505>

ABBILDUNGEN

Abb. 1 (Mod. nach 1)

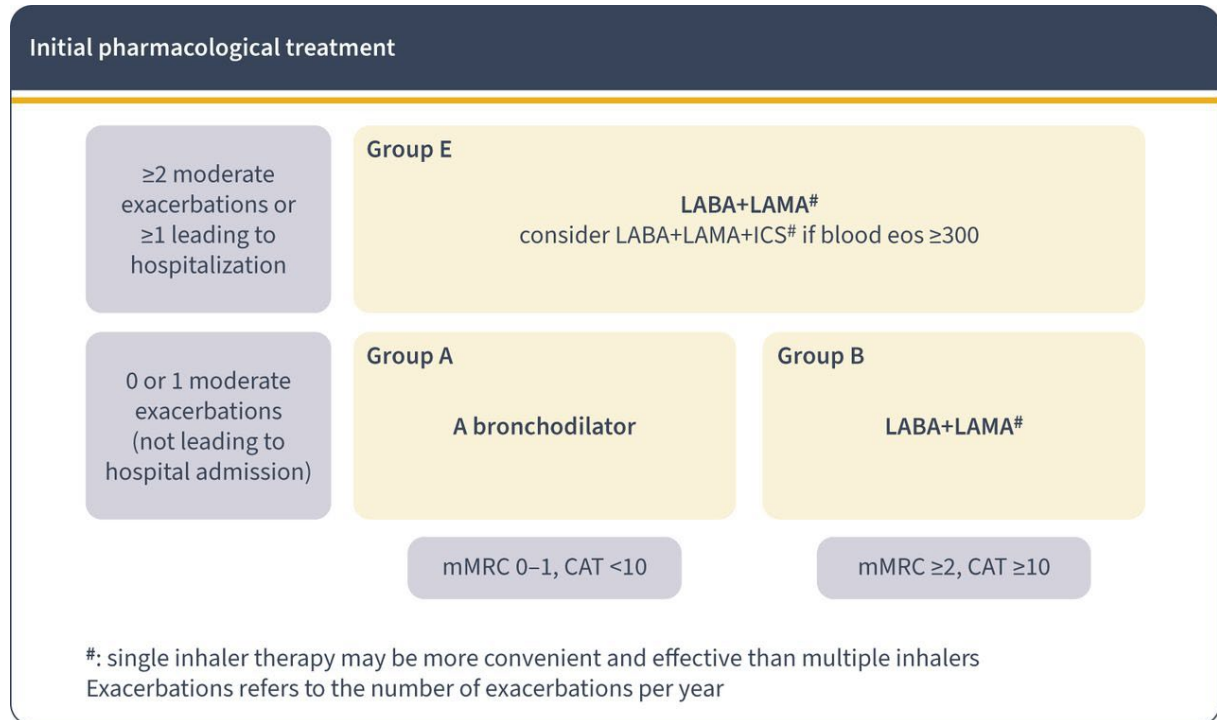


Abb. 2: Indikationshilfe: inhalative Kortikosteroide bei COPD (Mod. nach 1)

Verwendung stark favorisiert	Hospitalisation(en) wegen COPD-Exazerbation in der Anamnese* ≥ 2 mittelschwere COPD-Exazerbationen pro Jahr* Blut-Eosinophile ≥ 300 Zellen/μl Bestehendes Asthma oder Asthma in der Anamnese
Verwendung favorisiert	1 mittelschwere COPD-Exazerbationen pro Jahr* Blut-Eosinophile 100 bis < 300 Zellen/μl
Gegen die Anwendung	Wiederholte Pneumonien Blut-Eosinophile < 100 Zellen/μl Infektion mit Mykobakterien in der Anamnese

*trotz angemessener langwirksamer Bronchodilatator-Therapie