

Massgeschneiderte individuelle Behandlung für jeden COPD-Patienten

Guidelines für Grundversorgende: COPD

Amato Giani^a, Stefan Schäfer^a, Dieter Jaggi^{a,b}, Donat Gemisch^a, Thomas Limbach^a

^a mednet Bern; ^b beratender Pneumologe

Zur Vermeidung der COPD ist die Prävention essentiell. Die Motivation zu Rauchstopp, körperlicher Aktivität und Impfungen liegt in der Kompetenz des Hausarztes und sollte unbedingt stattfinden.

Ausgangslage, Zielsetzung, Fragestellung

Das Ärztenetzwerk *mednetbern* versucht, zwischen der realen Situation einer Gruppe erfahrener schweizerischer Grundversorger, und der idealen, von international bekannten Experten empfohlenen Vorgehensweise zum Management der COPD (ICD-10: «J44. Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit») im ambulanten Setting eine Brücke zu schlagen. Die Guidelines von GOLD (*Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*) [1], ERS (*European Respiratory Society*) [2] und SRS (*Swiss Respiratory Society*) [3] sind wegen ihres Umfangs oder speziellen Herangehensweisen nur be-

schränkt praxistauglich (GOLD 96 Seiten, ERS elfseitige Zusammenfassung von GOLD mit epidemiologischem Fokus auf Europa, SRS 15 Seiten, alle drei in englischer Sprache, ohne deutsche Übersetzung). Weder die ERS, noch die SRS empfehlen die Erfassung der vier Risikogruppen A, B, C, D, die in unserem hausärztlichen Assessment einen zentralen, therapierelevanten Platz einnimmt. Der therapeutische Wert der zahlreichen Medikamente, die besonders in den letzten Monaten und Jahren auf den Markt drängen, soll gewürdigt werden. Jedem Medikament wird sein spezieller Platz in der COPD-Therapie zugewiesen. Mit unserer Guideline soll jeder COPD-Patient eine massgeschneiderte individuelle Behandlung erhalten können.



Beschreibung, Methodik

Das vorliegende Projekt gründet auf unseren früheren Guideline-Projekten für Hausärzte [4–6]. Die vertikale Verbindlichkeit der Guidelines (global GOLD, kontinental ERS, national SRS) wird eingehalten und mit dem Wissens- und Erfahrungsschatz der 60 Netzwerkmitglieder aus 13 Qualitätszirkeln im Vernehmlassungsverfahren abgeglichen und ergänzt. Aufnahme in unsere Guideline finden nur Fakten, welche die Kriterien der evidenzbasierten Medizin (EBM) erfüllen (möglichst *level of evidence A, recommendation class 1*). Das Ergebnis ist eine Guideline in Form eines praktischen laminierten Faltblattes, neben einer allgemein und kostenlos zugänglichen elektronischen Version.

Nutzen, Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigen, dass sich die vom Ärztenetzwerk *mednetbern* entwickelte Methode zur Erarbeitung von Guidelines gut für Erkrankungen eignet, die von grosser gesundheitspolitischer und -ökonomischer Bedeutung sind und in die Domäne der Grundversorgung gehören. Die Erkenntnisse sind oft überraschend und können zur Vereinfachung der Guideline beitragen, ohne Abstriche an deren Korrektheit zu verursachen.

Wichtige praktische Ergebnisse sind unter anderem:

Definition

Definition der COPD kurz und präzise in einem Satz auf Deutsch: «Meist progrediente persistierende Einschränkung des Atemflusses mit verstärkter chronischer Entzündungsreaktion der Atemwege auf schädliche Partikel und Gase, welche zu Husten, Sputum und später Dyspnoe führt». Die chronische Bronchitis hingegen, definiert durch «produktiver Husten während mindestens je drei Monaten in zwei aufeinanderfolgenden Jahren», ist nicht notwendigerweise mit einer Einschränkung des Atemflusses verbunden, kann jedoch einer Atemflusseinschränkung vorausgehen oder folgen. Unsere Definition eignet sich besonders gut als Botschaft zur verständlichen Erklärung der Krankheit im Patientengespräch. Die bisherigen Guidelines tun sich schwer und integrieren schon bei der Definition (20–40 Zeilen) unnötig eine Fülle anatomischer, pathologischer und pathophysiologischer Details, und weisen bereits auf die Differentialdiagnosen und Komorbiditäten hin.

Anamnese

Anamnese, die beim Vorliegen von Risikofaktoren und Kardinalsymptomen das Screening mittels COPD-Assessment-Test (CAT) [7] zur Folge hat. Eine Fragebogen-

vorlage zum Gebrauch in der eigenen Praxis befindet sich im Anhang an die Online-Version dieses Artikels oder auf der Homepage von *mednetbern*: http://www.mednetbern.ch/fileadmin/user_upload/dokumente/Guideline_COPD_-_Update_2016.pdf.

Labor

Verzicht auf den routinemässigen Labortest auf Alpha-1-Antitrypsin-Mangel (in CH ca. 300 erfasste Patienten).

Spirometrie

Konsequenz bei auffälliger Anamnese ist immer die Spirometrie.

Differentialdiagnose

Bei pathologischer diagnostischer Spirometrie (Tiffeneau-Quotient $FEV_1/FVC < 0,7$ nach Bronchodilatation) muss die COPD klassifiziert werden. Ein spezieller Abschnitt unserer Guideline behandelt die Differentialdiagnose zum Asthma bronchiale.

Klassifikation

Das Ärztenetzwerk *mednetbern* bevorzugt die Klassierung der COPD in die vier Risikogruppen A, B, C und D, wie in der GOLD-Guideline empfohlen: Diese Klassifikation A–D ist eine Synthese, die das Ausmass der Symptome und Dyspnoe (CAT und mMRC-Fragebogen), der Obstruktion (FEV_1), sowie die Anzahl der Exazerbationen und Hospitalisierungen pro Jahr berücksichtigt. A und B: geringes Risiko, C und D: hohes Risiko für zukünftige Ereignisse (Exazerbationen, Hospitalisierungen, Tod).

4-Quadrantenschema (*quadrant management strategy tool*)

Durch die graphische Darstellung des gesundheitlichen Risikos in die vier Patientengruppen A–D in Form eines modifizierten kartesischen Koordinatensystems werden komplizierte, miteinander verknüpfte Sachverhalte übersichtlich und leicht verständlich dargestellt (Abb. 1). Die Zuteilung jedes COPD-Patienten in eine definierte Risikoklasse ist die Grundlage für unsere therapeutischen Entscheidungen.

Drei Schritte

Dieses kombinierte COPD-Assessment im 4-Quadrantenschema erfolgt in drei Schritten.

1. Schritt: Assessment der Symptome im CAT und mMRC (Einteilung links oder rechts im 4-Quadrantenschema: A/C versus B/D).
2. Schritt: GOLD-Schweregrad 1–4 anhand des post-

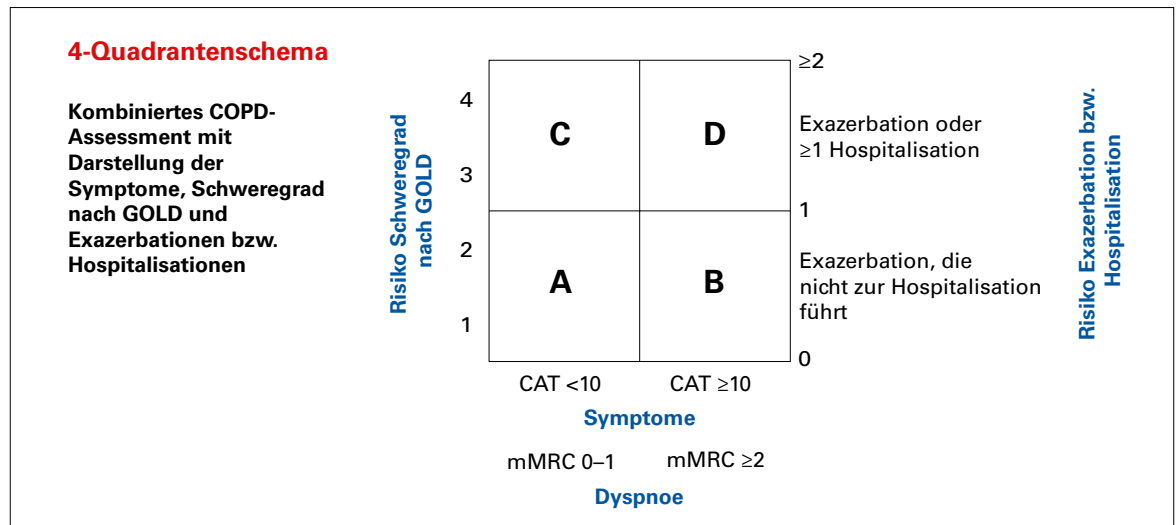


Abbildung 1: 4-Quadrantenschema (*quadrant management strategy tool*, deutsche Übersetzung gemäss Ärztenetzwerk *mednetbern*). Aus: Global Strategy for Diagnosis, Management and Prevention of COPD 2016, © Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), all rights reserved. Available from <http://www.goldcopd.org>. Nachdruck mit Genehmigung.

bronchodilatatorischen FEV₁ (Einteilung unten oder oben im 4-Quadrantenschema: A/B versus C/D).

3. Schritt: Anzahl Exazerbationen und Hospitalisationen im letzten Jahr (Wechsel von unten nach oben bzw. nach C/D im 4-Quadrantenschema).

Körperliche Leistungsfähigkeit

Zur Erfassung der körperlichen Leistungsfähigkeit empfehlen wir den sit-to-stand Test, der in der Praxis leicht durchführbar ist.

Unterschiedliche Einteilungen

Die ERS und die SRS bevorzugen in ihren Guidelines die Einteilung nur in GOLD Grad 1–4 (und nicht in Risikogruppen A–D), die sich einzig an der Spirometrie orientiert. Da wir wissen, dass das FEV₁ oft schlecht mit der Klinik korreliert, und der Krankheitsverlauf von Exazerbationen und Komorbiditäten abhängig ist, können wir vermeintlich leichtere Fälle der GOLD-Stadien 1 und 2 bei entsprechender Exazerbations- und Hospitalisationsanamnese in die Risikoklassen C und D umteilen. Eine solche Umteilung kann nur unidirektional von A/B nach C/D erfolgen. Allein der Umstand, dass ein Patient wenige Exazerbationen hat, führt nie zu einer Abnahme seines Risikos. Deshalb können Patienten der GOLD-Klassen 3 und 4 nie aufgrund von wenigen Exazerbationen in die Risikogruppen A und B umgeteilt werden. Jeder Hausarzt besitzt die Informationen für ein Assessment im 4-Quadrantenschema. Gewisse Patienten können dadurch von intensiveren Behandlungen profitieren.

Behandlungsstrategie

Die Behandlungsstrategie resultiert aus den Ergebnissen des Assessments und soll eine patientenspezifische Therapie ermöglichen, mit dem Ziel, das Fortschreiten der Erkrankung aufzuhalten, die Symptome und den Gesundheitszustand zu verbessern und das Risiko für Exazerbationen zu mindern.

Therapiemassnahmen

Therapiemassnahmen werden in nichtmedikamentöse Massnahmen, Impfungen und Pharmakotherapien unterteilt.

Nichtmedikamentöse Massnahmen: Rauchstopp ist bisher die einzige Intervention, welche die Prognose bezüglich Mortalität und langfristiger Abnahme des FEV₁ verbessert. Pulmonale Rehabilitation, körperliche Aktivität und Diätberatung sind evidenzbasierte Therapiemassnahmen. Leistungsfähigkeit und Lebensqualität werden durch pulmonale Rehabilitation und körperliche Aktivität verbessert. Lungenvolumenreduktion und pulmonale Rehabilitation können das Überleben verbessern.

Impfungen: Grippe-Impfung: Evidenz A. Pneumokokken-Impfung: Evidenz B.

Medikamente: Nur für das Medikament Tiotropium wurde in einer einzelnen Studie eine geringere Mortalität gefunden, wobei Mortalität in dieser Studie kein primärer Endpunkt war.

Fazit: Der Rauchstopp ist prioritär. Die Pharmakotherapie der COPD scheint bisher eine Palliativbehandlung zu sein.

Pharmakotherapie

Pharmakotherapie der stabilen COPD (1. Wahl): Für die Risikogruppe A besteht nur schwache Evidenz für die Wirksamkeit einer bedarfsorientierten Behandlung mit kurzwirksamen Bronchodilatoren. Für die Gruppen B, C und D ist die Behandlung mit den unterschiedlichen langwirksamen Bronchodilatoren sehr gut belegt (Evidenz A). Langwirksame Anticholinergika (LAMA) können hier als Monotherapie verwendet werden. Langwirksame Beta-2-Mimetika (LABA) werden nur in Gruppe B als Monotherapie eingesetzt. In den Gruppen C und D werden oft Kombinationen von LABA mit inhalierbaren Kortikosteroiden (ICS) verwendet. Situationsabhängig wird in Gruppe D auch eine Dreierkombination mit ICS/LABA/LAMA notwendig. Möglicherweise werden die Kombinationen von ICS/LABA mit der Zeit durch Kombinationen von LAMA/LABA abgelöst werden [8]. ICS werden in Zukunft wohl zurückhaltender eingesetzt werden und haben ihren Platz vor allem bei der Behandlung von Patienten mit asthmatischer Komponente und ACOS (Asthma-COPD-Overlap-Syndrome: persistierende Obstruktion mit klinischen Zeichen sowohl von Asthma als auch von COPD).

Exazerbation

Akute Zunahme der COPD-Symptome, die über die normalen Tagesschwankungen hinausgeht und eine Therapieänderung, gegebenenfalls eine Hospitalisation bedingt. Prednison 40 mg für fünf Tage, Antibiotika bei bakteriellem Infekt. Bei Möglichkeit zusätzlich Feuchtinhalationen.

Medikationstrend

Trend zu einmal täglichen Applikationen. Bei geschwächten Patienten (mit niedrigem inspiratorischem Atemfluss) sind Dosieraerosole (mit Vorschaltkammer) den Pulverinhalatoren vorzuziehen. Nennenswerte Preisunterschiede zwischen den Medikamenten bestehen kaum, pro Tag ist je nach Kombination mit 2 bis 5 CHF an Medikamentenkosten zu rechnen. In der Exazerbation mit bakteriellem Infekt beschränken wir uns neben dem Prednison auf Amoxicillin/Clavulansäure oder Clarithromycin. Das hochpotente Moxifloxacin soll aus fundamentalen Überlegungen (Hinauszögern der Resistenzentwicklung) äusserst sparsam eingesetzt werden.

Schlussfolgerung, Ausblick

Nicht zufriedenstellend ist die Tatsache, dass wir den Patienten mit den Medikamenten nur das Leben ein wenig angenehmer machen können, jedoch den Lang-

zeitabfall der Lungenfunktion und die Mortalität durch diese nicht beeinflussen. Nur der Rauchstopp beeinflusst die Mortalität mit Sicherheit positiv – aber die Erfolgsquote der Raucherentwöhnung ist bekanntlich insgesamt eher enttäuschend. Der Grund für das verlängerte Überleben nach Rauchstopp ist wohl multifaktoriell bedingt (langsames Fortschreiten der COPD, geringere Tumorinzidenz, weniger kardiovaskuläre Probleme oder Schlaganfälle).

Essentiell zur Vermeidung der COPD ist also die Prävention. Die Motivation zu Rauchstopp, körperlicher Aktivität und Impfungen ist eine Kernkompetenz des Hausarztes. Die Tatsache, dass die Betroffenen häufig an zahlreichen Komorbiditäten leiden, führt bei äusserst komplexen Krankheitsfällen zu einer grossen Menge an notwendigen Medikamenten und Interventionen mit sehr hohen Kosten, die der intensiven interdisziplinären Betreuung bedürfen.

Bei der Auswahl der Medikamente lassen wir unseren Mitgliedern sehr grossen Spielraum. Das könnte in dem Sinn missverstanden werden, dass jeder tun kann, was er gerade will. Dem ist aber nicht so, denn innerhalb der unterschiedlichen Risikogruppen sollen die Medikamentengruppen der ersten Wahl (nach GOLD) berücksichtigt werden. Es ist noch zu früh, um sagen zu können, welche der zahlreichen Präparate und Devices sich längerfristig durchsetzen.

Hinweis

Die Guideline COPD von *mednetbern* befindet sich im Anhang des Online-Artikels unter www.primary-hospital-care.ch

Bildnachweis

Werner Graf, 2013. Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Künstlers.

Referenzen

- 1 Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease GOLD 2015. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Updated 2015.
- 2 ERS European Respiratory Society. European Lung White Book. Chronic obstructive pulmonary disease.
- 3 Diagnosis and Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. The Swiss Guidelines. Official Guidelines of the Swiss Respiratory Society.
- 4 Giani A, et al. Qualitätsarbeit in einem Ärztenetzwerk – die Erarbeitung von Guidelines. <http://www.primary-care.ch/docs/primarycare/archiv/de/2011/2011-16/2011-16-207.PDF>
- 5 Giani A, et al. Qualitätsarbeit in einem Ärztenetzwerk – neue Erkenntnisse bei der Erarbeitung einer Guideline zur Hyperlipidämie. <http://www.primary-care.ch/docs/primarycare/2014/01/de/pc-d00553.pdf>
- 6 Giani A, et al. Qualitätsarbeit in einem Ärztenetzwerk: Neue Erkenntnisse bei der Erarbeitung einer Guideline zum Diabetes mellitus Typ 2. <http://www.primary-care.ch/docs/primary-care/2014/17/de/pc-d-00757.pdf>
- 7 http://www.catestonline.org/english/index_German.htm.
- 8 Wedzicha JA, Banerji D, Chapman KR, Vestbo J, Roche N, Ayers RT, et al. Indacaterol-Glycopyrronium versus Salmeterol-Fluticasone for COPD. *N Engl J Med*. 2016 Jun 9;374(23):2222-34. doi: 10.1056/NEJMoa1516385.

Korrespondenz:
Dr. med. Amato Giani
Spécialiste en médecine
interne générale
Sidlerstrasse 4
CH-3012 Bern
[amato.giani\[at\]hin.ch](mailto:amato.giani[at]hin.ch)