

Exazerbierte COPD (I)

Statine sind mit niedrigem Exazerbationsrisiko assoziiert

Statine beeinflussen nicht nur die Serum-Cholesterinkonzentrationen positiv, ihnen wird auch eine Reihe antiinflammatorischer Wirkungen zugeschrieben. Ob auch Patienten mit COPD von Statinen profitieren können, war bislang unklar. Ein dänisches Team hat nun die Daten einer großangelegten Populationsstudie ausgewertet.

Thorax 2015; 70: 33–40

Die Wissenschaftler analysierten die Daten von 5794 Teilnehmern der Copenhagen General Population Study, die über 40 Jahre alt waren und bei denen eine COPD gesichert war. Über eine Beobachtungszeit von 3 Jahren dokumentierten die Autoren zunächst die Häufigkeit von Exazerbationen, hier definiert als eine Klinikaufnahme oder Gabe oraler Kortikosteroide.

Anschließend wurde in einer Fall-Kontroll-Studie beurteilt, ob Patienten mit Exazerbationen genauso oft Statine einnahmen wie Patienten ohne Exazerbationen. Die Gruppen von Fällen (Exazerbationen; n=530) und Kontrollen (keine Exazerbation; n=1016) waren dabei im Hinblick auf Alter, Geschlecht, Raucherstatus, Schweregrad der COPD und Begleiterkrankungen vergleichbar.

Bei COPD-Patienten, die Statine einnahmen, war das Risiko für eine Exazerbation um etwa ein Drittel vermindert. Das galt auch nach Adjustierung für mehrere Störfaktoren, wie z. B. allgemein gesundheitsbewusstes Verhalten und sonstige COPD-Medikation (Odds Ratio [OR] 0,67). Bei Patienten mit schwerster COPD und ohne kardiovaskuläre Begleiterkrankungen (89 Fälle, 168 Kontrollen), verschwand dieser Effekt (OR 1,1).

Fazit

Die Einnahme von Statinen geht bei COPD mit selteneren Exazerbationen einher, aber nicht bei Patienten mit schwerster COPD und ohne gleichzeitige kardiovaskuläre Erkrankungen. Eine Erklärungsmöglichkeit hierfür, so die Autoren, sei das Zusammenwirken pulmonaler und kardiovaskulärer Entzündungen. Wenn diese fehlen, könnten Statine auch nicht davor schützen. Aus diesen Beobachtungen möchten die Autoren aber keine kausalen Zusammenhänge herleiten.

Dr. Elke Ruchalla, Trossingen

Exazerbierte COPD (II)

Schneller aus der Klinik bei nicht-invasiver Beatmung

Bei COPD-Exazerbationen kann eine nicht-invasive Beatmung die Sterblichkeit um bis zu 55 % reduzieren, vermutlich weil so seltener Pneumonien auftreten. Allerdings ist noch wenig über die Effektivität der nicht-invasiven Beatmung in der täglichen klinischen Praxis bekannt. Eine retrospektive Kohortenstudie hat nun die Krankheitsverläufe nach Beatmung verglichen.

JAMA Intern Med 2014; 174: 1982–1993

Für die Untersuchung wurden die Daten von insgesamt 25 628 Patienten mit COPD aus 420 US-amerikanischen Kliniken ausgewertet. Die Patienten wurden entweder nicht-invasiv (NIV) oder invasiv durch eine endotracheale Intubation beatmet. Die Endpunkte waren:

- ▶ Sterblichkeit während des Klinikaufenthaltes
- ▶ Auftreten einer nosokomialen Pneumonie

- ▶ Dauer des stationären Aufenthaltes
- ▶ Kosten
- ▶ Rate an stationären Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen

17 978 Patienten (70%) wurden innerhalb der ersten beiden Tage nach Klinikaufnahme nicht-invasiv beatmet. Diese Patientengruppe war älter, hatte weniger Komorbiditäten und hatte seltener eine Begleitpneumonie bei Klinikaufnahme

als die invasiv beatmeten Patienten. Die NIV war mit einer niedrigeren Sterblichkeit assoziiert als die invasive Beatmung (Odds Ratio [OR] 0,54; 95%-Konfidenzintervall [KI] 0,48–0,61). Auch traten nosokomiale Pneumonien bei NIV seltener auf (OR 0,53; 95%-KI 0,44–0,64). Die nicht-invasive Beatmung war kostengünstiger und mit kürzeren stationären Aufenthalten assoziiert (OR 0,81; 95%-KI 0,79–0,82). Stationäre Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen waren in beiden Gruppen gleich häufig: Das galt sowohl für Wiederaufnahmen jeglicher Ursache (OR 1,04; 95%-KI 0,94–1,15) als auch spezifisch für Wiederaufnahmen aufgrund der COPD.

Fazit

COPD-Patienten, die nicht-invasiv beatmet wurden, hatten eine bessere Prognose als invasiv beatmete. Weitere Studien seien notwendig, um den Einfluss von Komorbiditäten auf die Langzeitprognose zu untersuchen, so die Autoren.

Dr. Markus Escher, Leonberg