

Überarbeitete Leitlinien für das COPD-Management

Vogelmeier CF et al. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease 2017 Report: GOLD Executive Summary. Eur Respir J 2017; 49: 1700214

Bei der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) liegen eine Erkrankung der kleinen Atemwege und eine Parenchymdestruktion vor, deren Anteile neben anderen Einflussfaktoren individuell unterschiedlich sind. In einem „Task Force Report“ stellt die internationale Arbeitsgruppe Neuerungen und Änderungen im Behandlungsfahrplan vor. Diese betreffen das Assessment, Therapieeskalation und Deeskalation, nicht pharmakologische Behandlungen und die Komorbidität.

Der neue GOLD-Report 2017 (Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of COPD basiert auf 339 Publikationen bis Oktober 2016, die als Kreuzgutachten einfließen. Eine diagnostische Neuerung stellt die Klassifikation dar. Bislang erfolgte eine zusammengefasste Beurteilung des Schweregrades aus Lungenfunktionsprüfung, Symptomen und Exazerbationen. Das daraus resultierende Stadium I-IV/A-D konnte besonders in der D-Gruppe irreführend sein und zu falschen Therapieimplikationen führen. Deshalb empfehlen die Autoren die gleichen Kriterien zu berücksichtigen, aber die spirometrischen Daten und den klinischen Befund getrennt zu betrachten. Demnach sind für die therapierelevante Eingruppierung in A-D nur die individuellen Symptome und die Exazerbationsrate maßgebend. Grundlage sind die Resultate im COPD Assessment Test (CAT) oder modifizierten Medical Research Council (mMRC).

Frühere GOLD-Berichte enthielten ausführliche Empfehlungen für die Initialtherapie. Jetzt fügten die Autoren medikamentöse Eskalationsstrategien für Patienten mit persistierenden Symptomen hinzu. Dabei erläutern sie insbesondere den modifizierten Einsatz von LABA (langwirksame β -2-Agonisten), LAMA (langwirksame Anticholinergika) und inhalativen Kortikosteroiden (ICS).

- Gruppe A: LABA oder LAMA, LABA + LAMA bei Symptompersistenz, evt. ICS bei häufigen Exazerbationen.
- Gruppe B: wie Gruppe A, bei initial schwerer Atemnot mit LABA + LAMA beginnen.
- Gruppe C: LAMA, LAMA + LABA oder LABA/ICS bei Symptompersistenz.
- Gruppe D: LABA/LAMA, LABA/ICS bei ausgeprägter Eosinophilie, Asthma-Overlap, LABA/ICS oder LABA/LAMA/ICS bei zusätzlichen Exazerbationen, Roflumilast (FEV1 < 50%, chronische Bronchitis)/Makrolid (frühere Raucher)/Stopp ICS bei weiter anhaltenden Exazerbationen.

Auch wenn klinisch selten möglich, sollte ggf. eine Deeskalation vorgenommen werden. Die Leitlinien führen umfangreich nicht medikamentöse Therapieoptionen auf. Diese schließen neben dem Rauchstopp Rehabilitationsmaßnahmen, Sport, Aufklärung, Selbst-Management, integrierte Versorgungsprogramme und die Palliativbehandlung ein. Eine Sauerstofftherapie > 15 h/d verlängerte nur bei Patienten mit chronischer Ateminsuffizienz und schwerer Ruhedyspnoe das Überleben. Eine häusliche nicht invasive Beatmung mit positivem Druck (NPPV) wird kontrovers diskutiert und nur für Patienten mit gleichzeitiger obstruktiver Schlafapnoe (OSAS) empfohlen. Chirurgische Interventionen bei Emphysemen/Bullae und Lungentransplantationen müssten individuell erwogen werden.

FAZIT

Neben den methodischen Änderungen und Eskalationsempfehlungen betonen die Autoren die gesteigerte Komorbidität. Die arterielle Hypertonie steht dabei an erster Stelle. Aber auch andere kardiovaskuläre Krankheiten, Osteoporose, Depressionen und Angsterkrankungen, metabolisches Syndrom, OSAS und Osteoporose kommen gehäuft vor und müssen bei der Therapieeinstellung berücksichtigt werden. Die Assoziation mit Bronchialkarzinomen lege bei Patienten mit COPD ein Low-Dose-CT-Screening nahe.

Dr. med. Susanne Krome, Melle