Effektive Therapien gegen COPD

Bronchodilatation ist die Basis der Behandlung

Immer mehr Menschen erkranken an COPD, und immer mehr Menschen sterben an der obstruktiven Lungenerkrankung. Es gibt jedoch effektive Therapien.

COPD-Patienten mit starken Beschwerden kann die duale Bronchodilatation Linderung bringen.

An einer COPD sind im Jahr 2011 laut dem aktuellen „Weißbuch Lunge“ in Deutschland 14.970 Männer und 11.048 Frauen gestorben. Damit lag die Zahl der Todesfälle um fast 25% über der aus dem Jahr 2005. Exakte Aussagen zur Häufigkeit der COPD sind schwieriger zu treffen. Zwar sind im „Weißbuch Lunge“ fünf Prävalenzstudien aufgeführt, aber mit unterschiedlichen Diagnosekriterien und heterogenen Ergebnissen. Prof. Dr. Tobias Welte, Hannover, geht davon aus, dass von den über 40-Jährigen 10–12% betroffen sind. Diese Größenordnung ergab sich in einer Studie, in der per Lungenfunktionstest auf eine COPD untersucht wurde.

Früher Symptombeginn

Auch wenn die spirometrischen Kriterien für eine COPD noch nicht erfüllt sind, lassen sich bei Rauchern oder Ex-Rauchern bereits klinische und radiologische Hinweise für eine rauchassozierte Lungenerkrankung im Sinne einer COPD

nachweisen, sagte Prof. Dr. Claus Vogelmeier, Uniklinik Gießen und Marburg, beim Pneumo Update in Wiesbaden. Eine Studie ergab, dass trotz eines FEV1/FVC-Verhältnisses von $> 0,7$ Raucher und Ex-Raucher eine schlechtere Lebensqualität als Nie-Raucher aufweisen und die 6-Minuten-Gehstrecke verringert ist [1].

Die COPD-Therapie richtet sich nach dem Schweregrad der Erkrankung. Dieser wird nach der GOLD-Leitlinie nach der Lungenfunktion, den Symptomen und der Zahl der Exazerbationen beurteilt. Inhalative Bronchodilatoren sind die Basis der Pharmakotherapie. Kurz wirksame Formulierungen zur bedarfsweisen Therapie werden nur für Patienten der Gruppe A ($FEV_1 > 50\%$, wenig Symptome und höchstens eine Exazerbation pro Jahr) empfohlen.

In Gruppe B bis D sind lang wirksame Bronchodilatoren angezeigt. Optionen aus der Klasse der lang wirksamen Muskarinrezeptor-Antagonisten (LAMA) sind: Tiotropium (Spiriva®), Glycopyrronium

(Seebri® Breezhaler®), Umeclidinium (Incruse® Ellipta®) sowie Acclidinium (Bretaris® Genuair®, Eklira® Genuair®). Alternativen sind die lang wirksamen Beta-2-Mimetika (LABA) Formoterol, Salmeterol, Indacaterol (Onbrez® Breezhaler®) und Olodaterol (Striverdi® Respimat®).

Fixkombis mit LAMA/LABA

Bereits ab dem Stadium B (COPD-Kranke mit vermehrten Beschwerden) kann, falls eine Monotherapie keine ausreichende Besserung bringt, eine Kombination von LAMA und LABA gegeben werden. Hierzu gibt es inzwischen mehrere Fixkombis: Indacaterol/Glycopyrronium (Ultibro® Breezhaler®, Ulunar® Breezhaler®), Umeclidinium/Vilanterol (Anoro® Ellipta®) und Tiotropium/Olodaterol (Spiolto® Respimat®) – zur einmal täglichen Inhalation – sowie Acclidinium/Formoterol (Brimica® Genuair®, Duaklir® Genuair®) – zur zweimal täglichen Inhalation.

Inhalative Kortikoide (ICS) sollten laut GOLD nur Patienten erhalten, die trotz Dauertherapie mit Bronchodilatoren an schwerer Atemwegsobstruktion und häufigen Exazerbationen leiden. Der Zusatz von ICS beeinflusst zwar Symptome, Lungenfunktion und Exazerbationen günstig, das Pneumonierisiko steigt aber.

Inzwischen gibt es Hinweise, dass duale Bronchodilatation bei schwerer COPD besser vor Exazerbationen schützt als ICS plus LABA. Ergeben hat das die direkte Vergleichsstudie FLAME. 3362 COPD-Patienten mit mindestens einer Exazerbation im Vorjahr erhielten über 52 Wochen Indacaterol plus Glycopyrronium oder Fluticason plus Salmeterol [2].

Bei Bedarf scheint die Dreierkombi LABA/ICS/LAMA zusätzlichen Nutzen zu bringen. Alternativ zum ICS kann das ebenfalls antientzündlich wirkende Roflumilast (Daxas®) eingesetzt werden.

(Ingrid Kreutz)

1. JAMA Intern Med 2015; 175: 1539-1549

2. NEJM 2016; 374: 2222-2234