

Die chronisch obstruktive Atemwegserkrankung im Wandel

„COPD wird jünger und weiblicher“

Der Phosphodiesterase-(PDE-4-)Hemmer Roflumilast wird demnächst die Therapieoptionen bei COPD erweitern. Was man sich im Praxisalltag von dem neuen Wirkprinzip erhofft und warum bei der Erkrankung Vieles im Wandel ist, erläutert Dr. Mathias Rolke, niedergelassener Pneumologe aus Aschaffenburg.



Dr. Mathias Rolke

„Wir werden seit vielen Jahren erstmals wieder ein wirklich neues Behandlungsprinzip bei COPD erhalten und setzen große Hoffnungen darauf.“

? Wie muss man sich heute einen typischen COPD-Patienten in der Praxis vorstellen?

Rolke: Bis vor einigen Jahren waren vor allem ältere Männer und in erster Linie Raucher von COPD betroffen. Das hat sich grundlegend geändert: Wir sehen im Praxisalltag zunehmend jüngere Patienten. Es ist keine Rarität, wenn wir bei einem 40-Jährigen, der uns wegen eines hartnäckigen Hustens aufsucht, eine COPD, also einen irreversiblen Lungenschaden, diagnostizieren. Es stellen sich auch immer mehr Frauen mit COPD vor. Man kann sagen, dass das „Gesicht“ der Krankheit jünger und weiblicher wird.

? Was ist die Ursache dieser Entwicklung?

Rolke: Sie dürfte in dem veränderten Rauchverhalten liegen. Bei Männern nimmt die Rate an Rauchern ab, bei Jugendlichen und vor allem bei den Frauen aber nimmt sie weiterhin zu. Eine Grund für die steigende Zahl rauchender Frauen könnte darin liegen, dass sich viele eine erleichterte Gewichtskontrolle versprechen, wenn sie zur Zigarette statt zur Schokolade greifen.

? Welche Konsequenzen hat das?

Rolke: Man muss bei Rauchern unabhängig von Geschlecht und Alter besonders „hellhörig“ im Hinblick auf eine mögliche COPD sein. Man muss auf Warnsignale achten, um frühzeitig die richtige Diagnose zu stellen. Das gilt nicht nur bei einem hartnäckigen Husten, denn es gibt mehr und mehr Patienten, die sich nicht primär wegen eines Hustens, sondern aufgrund einer Atemnot vorstellen. Generell muss man sich bewusst sein, dass das Rauchen zwar der wichtigste Risikofaktor für COPD ist, dass aber rund 20% der Betroffenen nie geraucht haben oder zumindest seit Jahrzehnten nicht mehr rauchen. Es muss neben dem Rauchen und

seltenen Ursachen wie einer Ziliendyskinesie weitere ursächliche Faktoren geben, über die wir aber noch zu wenig wissen.

? Was ließe sich diagnostisch verbessern?

Rolke: Es wäre sinnvoll, wenn die Lungenfunktion häufiger als bisher geprüft würde. Wobei wir als Pneumologen prinzipiell der Ansicht sind, dass eine Lungenfunktionsmessung ebenso zu den Routinetests gehören müsste wie ein EKG. Die Untersuchung sollte schon in der Hausarztpraxis selbstverständlich werden, um bei COPD frühzeitig effektiv behandeln zu können.

? Warum ist das wichtig, und wie geht man therapeutisch vor?

Rolke: Wenn wir die Patienten früher sehen, kann die Behandlung effektiver erfolgen. Wir können frühzeitig darauf hinwirken, dass das Rauchen eingestellt wird, und haben mit den bereits irreversiblen Lungenveränderungen gute Argumente. Die Schädigung wird fortschreiten, wenn weiter geraucht wird. Leider ist bisher keine kausale Therapie bei COPD möglich. Aber wir können Einfluss auf den Verlauf nehmen und diesen verlangsamten, wenn wir die Patienten zum Rauchverzicht bewegen. Durch flankierende Maßnahmen wie eine Grippe- sowie Pneumokokken-Schutzimpfung können wir die Betroffenen vor weiteren damit verbundenen Lungenschädigungen bewahren. Bei den Arzneien setzen wir auf Bronchodilatoren und inhalative Kortikosteroide.

? Wie bewerten Sie den PDE-4-Hemmer Roflumilast, der zur Zulassung ansteht?

Rolke: Wir werden damit seit vielen Jahren erstmals wieder ein wirklich neues Behandlungsprinzip bei COPD erhalten und setzen große Hoffnungen darauf. Diese sind wohl

berechtigt, da die Studien hoffnungsvolle Ergebnisse haben. Roflumilast besitzt offenbar bronchodilatatorische und antientzündliche Effekte. Die Studien belegen, dass es die Lungenfunktion signifikant bessert und die Exazerbationsrate signifikant senkt. Das ist sehr wichtig, da vor allem Exazerbationen die Progression der COPD triggern. In den Studien traten erfreulicherweise keine schwerwiegenden Nebeneffekte auf, besonders keine auf kardiovaskuläre Parameter, was hinsichtlich der meist vorliegenden Komorbidität bei COPD bedeutsam ist.

? Was erwarten Sie von Roflumilast?

Rolke: Wir erwarten im Praxisalltag eine verbesserte Symptomkontrolle, eine Steigerung der Belastbarkeit sowie einen Rückgang der Exazerbationshäufigkeit bei den Patienten, was günstige Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf haben dürfte.

? Was ist allgemein noch zu erwarten?

Rolke: Wir werden die COPD künftig wohl stärker nach Symptomatik und Verlauf differenzieren. So gibt es Patienten mit eher chronisch bronchitischem Verlauf, bei denen Husten und Auswurf im Vordergrund stehen. Sie wurden früher als „Blue Bloater“ bezeichnet. Andere husten weniger, entwickeln aber eher ein Emphysem. Es steht also weniger eine Obstruktion, eher der Parenchymverlust im Vordergrund. Wir werden möglicherweise für diese beiden Gruppen künftig unterschiedliche Therapieschwerpunkte setzen müssen.

Interview: Christine Vetter