

Vorsicht vor vorschneller Diagnose!

Tipps zur COPD-Diagnostik

Viele COPD-Patienten werden als solche gar nicht erkannt, bei anderen wird die Diagnose vorschnell gefällt. In der neuen deutschen COPD-Leitlinie hat es wichtige Neuerungen für eine sichere Diagnostik sowie grundlegende Änderungen für eine effektive Therapie gegeben.

Blaue Lippen, Husten, kommt kurzatmig die Treppe hoch? Raucht? – Muss eine COPD sein! Wirklich? Ohne Lungenfunktionsmessung und ohne Nachweis der unvollständig reversiblen Atemwegsobstruktion stehe das nicht fest, betont Prof. Carl-Peter Criée. Ansonsten bekämen Menschen die Diagnose COPD, die sie gar nicht hätten. Und das sei keinesfalls selten, so der Pneumologe.

Andererseits wissen viele COPD-Patienten nichts von ihrer Krankheit, weil die Diagnose nie gestellt worden ist. Das kann man deutlich besser machen, sagten sich die deutschen und österreichischen Pneumologen, als sie Anfang 2018 ihre aktualisierte Leitlinie zur Diagnostik und Therapie bei COPD auf die Schiene gesetzt haben.

Empfehlungen zur Spirometrie

„Wir haben uns große Mühe gegeben in der Leitlinie den Wert der Lungenfunktionsbestimmung herauszustellen, nicht nur was die Spirometrie angeht, sondern auch die Bodyplethysmografie und die Messung der Diffusionskapazität.“

Denn mit letzteren Methoden darf die Diagnose COPD ebenfalls gesichert werden. Etwa 80% der Hausärzte in Deutschland verfügen über Spirometrie-Geräte. Und diese gilt es, in Verbindung mit der Anamnese, richtig einzusetzen.

Wichtig: Bei alten Menschen ist ein Tiffeneau-Index [forcierte Einsekundenkapazität (FEV₁)/forcierte Vitalkapazität (FVC)] von unter 0,7 womöglich noch normal. Denn der Wert ist unter anderem alters- und geschlechtsabhängig. So nimmt die FEV₁ physiologischerweise mit dem Alter nichtlinear ab. Mit softwarebasierten

Kalkulatoren ist anhand der Messwerte rasch herauszubekommen, ob der Wert pathologisch ist oder nicht (zum Beispiel auf: www.lungfunction.org).

Der CAT hilft bei der Beurteilung

Eine Hilfe bei der Beurteilung der Symptomatik ist der COPD-Assessment-Test (CAT): Acht Fragen auf einem Bogen zum Ankreuzen. Jedermanns Sache ist das nicht, eine effektive Hilfestellung für die Anamnese ist der CAT jedoch allemal: Weniger als 10 Punkte gelten als gering symptomatisch [GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease)-Gruppe A], 10 Punkte oder mehr als stark symptomatisch (GOLD-Gruppe B).

Punkte oder nicht, natürlich lässt sich die subjektive Komponente dieser Art der Anamnese damit nur bedingt ausschalten. Das gilt ebenso für die Frage nach Exazerbationen im Laufe des vergangenen Jahres.

Mehr als eine Exazerbation pro Jahr oder eine einzelne Exazerbation mit Hospitalisierung bedeutet die Einordnung in die GOLD-Gruppen C oder D und damit ein erhöhtes Risiko für weitere Exazerbationen – auch das hat Konsequenzen für die Behandlung.

Was die Therapie angeht, haben die Pneumologen einen Paradigmenwechsel vollzogen: Sie setzen nun vorwiegend auf die Bronchodilatation.

Jeder dritte COPD-Patient erhält ICS

Die inhalativen Kortikosteroide (ICS) sind jenen Patienten vorbehalten, die trotz dualer Bronchodilatation weiter exazerbieren. Stellt sich heraus, dass mit ICS die Exazerbationsfrequenz nicht gesenkt werden kann, sollen sie wieder abgesetzt werden.

Aus dem deutschen COPD-Register DACCORD wisse man, dass etwa jeder dritte COPD-Patient derzeit ICS als Dauertherapie bekomme, sagt Criée. Ein beträchtlicher Teil ist auf Dreifachtherapien mit einem langwirksamen Muskarinrezeptor-Antagonist (LAMA), einem langwirksamen Beta-2-Adrenozeptor-Agonist (LABA) und einem ICS eingestellt.

Dabei exazerbieren nur 20–25% aller COPD-Patienten überhaupt. Soll heißen: Zu viele Patienten erhalten derzeit ICS. Das wiederum kann vermehrt Pneumonien zur Folge haben.

Patienten, die jahrelang – womöglich als Fixkombination – ICS genommen haben, dieses nun wieder zu entziehen, ist eventuell nicht ganz einfach. Keinesfalls dürfe es abrupt abgesetzt werden, warnt Criée. Denn das kann vermehrt Exazerbationen zur Folge haben.

Er rät zu einem sukzessiven Ausschleichen des ICS über drei Monate, evidenzbasiert sei das aber nicht. Unter Umständen muss der bislang auf eine Fixkombination eingestellte Patient dann in dieser

Zeit wieder zwei Inhalatoren benutzen. Andererseits gibt es jene COPD-Patienten, die von der Dauertherapie mit ICS profitieren, etwa aufgrund einer asthmatischen Komponente der Lungenerkrankung. Bei solchen Patienten lässt sich mit ICS tatsächlich die Exazerbationsfrequenz senken.

Dr. Thomas Meißner

Literaturliste beim Verlag

