

Unsere Experten beraten Sie bei kniffligen medizinischen Fragestellungen aus Ihrer Praxis.

Hier erhalten Sie Rat binnen 48 Stunden:  
[www.springermedizin.de/mmw-sprechstunde](http://www.springermedizin.de/mmw-sprechstunde)

Prof. Dr. med. Hermann S. Füeßl  
 Internist, München



Dr. med. Peter Stiefelhagen  
 Internist, Hachenburg



## Exazerbationsprophylaxe und -therapie

# Erkältete COPD-Patienten sicher behandeln

**?** Anonym gestellte Frage: *Welches Vorgehen empfehlen Sie, wenn COPD-Patienten sich erkälten? Hat sich in den neuen Leitlinien etwas bezüglich Prophylaxe und Therapie von Exazerbationen verändert?*

**!** MMW-Experte Stiefelhagen: Jede COPD-Exazerbation verschlechtert die Lungenfunktion dauerhaft, erhöht das Risiko für erneute Exazerbationen und verkürzt das Überleben. Der beste Schutz ist die optimale Therapie mit langwirksamen  $\beta_2$ -Agonisten (LABA)

und langwirksamen Muskarinantagonisten (LAMA). Bei rezidivierenden Exazerbationen ist zusätzlich ein inhalatives Kortikosteroid (ICS) sinnvoll.

Die prophylaktische oder therapeutische Antibiotikagabe wird bei Exazerbationen nicht empfohlen. In Beobachtungsreihen und einigen randomisierten, kontrollierten Studien profitierte davon nur jeder zehnte Patient. Zudem sind Erkältungen meist nicht bakteriell, sondern viral bedingt.

Die Standardtherapie bei einer COPD-Exazerbation ist der Kortisonstoß, der in drei randomisierten Studien auch bei beatmeten Patienten überzeugen konnte. Eine Therapie über fünf Tage ist ausreichend, da eine Verlängerung auf 14 Tage keinen besseren Effekt zeigt. Empfehlenswert ist eine tägliche Dosis zwischen 30 und 50 mg Prednison-Äquivalent. Dann ist auch kein Ausschleichen erforderlich.

Trotzdem kann ein Antibiotikum bei einer Exazerbation sinnvoll oder sogar notwendig sein. Zeichen dafür sind eine Zunahme der Dyspnoe bzw. des Sputumvolumens, aber auch eine Sputumpurulenz, obwohl letzteres vom Patienten meist nicht zuverlässig erkannt wird. Auch bei einem auf das 8- bis 10-Fache der Norm erhöhten CRP-Wert und bei bekannter chronischer Atemwegsinfektion mit einem pathogenen Erreger, v. a. *Pseudomonas*, ist eine Antibiotikagabe indiziert. Das gleiche gilt bei klinischem oder radiologischem Verdacht auf eine Pneumonie und bei Beatmungs- oder Intensivbehandlungspflichtigkeit.

Die Wahl des Antibiotikums orientiert sich an den Empfehlungen für die Therapie der ambulant erworbenen Pneumonie. Vorrangig sollte also eine Monotherapie mit einem  $\beta$ -Lactam-Antibiotikum über fünf, maximal sieben Tage durchgeführt werden.

**!** MMW-Experte Füeßl: Im Fall einer akuten Exazerbation der COPD sollte die laufende Therapie mit Bronchodilatoren intensiviert werden, z. B. initial ein bis zwei Hübe eines raschwirksamen  $\beta_2$ -Sympathomimetikums und zwei Hübe eines raschwirksamen Anticholinergikums. Zugelassene Dosen können im Einzelfall situationsabhängig unter Beachtung der kardialen Vorerkrankungen überschritten werden.

Die nächste Stufe wären 20–40 mg/d Prednisolon-Äquivalent über maximal 14 Tage, das dann ohne Ausschleichen abgesetzt werden kann. Theophyllin ist weit nach hinten gerückt und sollte erst danach erwogen werden.

Antibiotika sollten zurückhaltend eingesetzt werden, da es sich meist um virale Infekte handelt. Sputumfarbe und -volumen, ein 10-fach über die Norm erhöhter CRP-Wert, Fieber und Allgemeinzustand sollten bei der Entscheidung für ein  $\beta$ -Lactam-Antibiotikum über maximal fünf Tage herangezogen werden. Ältere Patienten mit schwerer Atemnot, schlechtem Allgemeinzustand, rascher Symptomenprogredienz, Zyanose, Ödemen oder Bewusstseinstörung sollten umgehend stationär eingewiesen werden. ■



Bei COPD sollte es erst gar nicht zu Exazerbationen kommen.