

COPD

Ganzheitliche Therapie punktet

— Die langwirksame duale Bronchodilatation gilt jetzt auch im GOLD-Positionspapier (Update 2017) als Grundpfeiler der COPD-Dauertherapie und als Mittel der Wahl bei Patienten mit COPD aller Schweregrade. Zusammen mit nicht-medikamentösen Begleitmaßnahmen ist sie der Schlüssel zum Behandlungserfolg.

Die in Studien belegte Verbesserung der Lungenfunktion und Abnahme der Atemnot, die durch eine duale maximale Bronchodilatation mit Tiotropium/Olodaterol (Spiolto® Respimat®) erreicht werden kann, schafft optimale Voraussetzungen für die notwendige Aktivierung der Patienten, erläuterte Prof. Michael Dreher, Leiter der Sektion Pneumologie an der Universitätsklinik RWTH Aachen.

Wie im umfassenden Studienprogramm TOviTO mit über 15.000 Patienten belegt werden konnte, zeigt Tiotro-

pium/Olodaterol eine konsistente Überlegenheit bei patientenrelevanten Endpunkten gegenüber einer Tiotropium-Monotherapie. Die Kombination verbesserte signifikant die Lungenfunktion (Trough FEV₁), am ausgeprägtesten bei Patienten im frühen COPD-Stadium und bei Patienten, die zuvor noch keine Dauertherapie erhalten hatten (148 ml vs. 72 ml).

Atemnot wird reduziert

Tiotropium/Olodaterol reduzierte zudem die Atemnot, führte zu einem geringeren Verbrauch an Notfallmedikation und verbesserte deutlich die Lebensqualität im Vergleich zu einer Tiotropium-Monotherapie (57,5 vs. 48,7% Responderrate).

Die Linderung der Luftnot ermöglicht den Patienten, einen aktiven Lebensstil zu führen, so Dr. Marc Spielmanns von der Abteilung für ambulante

pneumologische Rehabilitation (APRiL) am St. Remigius-Krankenhaus in Leverkusen. Körperliche Aktivität ist bei COPD ein prognostischer Faktor, der mit der Schwere der Erkrankung und der Mortalität korreliert. Zusammen mit der medikamentösen Therapie hat ein körperliches Training in einer Studie die körperliche Belastbarkeit von Patienten mit mittelschwerer bis schwerer COPD binnen acht Wochen um 45,8% gesteigert (gemessen mit dem Endurance-Shuttle-Walk-Test). Selbst ohne Training nahm die körperliche Belastbarkeit unter Tiotropium/Olodaterol im Vergleich zu Placebo signifikant zu (29,2%, $p < 0,005$) und die Atemnot unter Belastung ab.

—
Dagmar Jäger-Becker

▪ COPD-Fachpressekonferenz „Wer, Wann, Was - Update zur Therapie der COPD-Patienten“, DGP-Tagung 2018; Dresden, März 2018 (Veranstalter: Boehringer Ingelheim)

Wässriger Durchfall, abdominelle Schmerzen

Nicht immer ist es ein Morbus Crohn

— Die Abgrenzung der mikroskopischen Kolitis (MK) von einem Morbus Crohn oder einer Colitis ulcerosa ist nicht leicht. Typisch sind rezidivierende, plötzlich beginnende, wässrige, aber nicht-blutige Durchfälle mit Drangsymptomatik und fäkaler Inkontinenz, nächtlicher Diarrhö und abdominellen Schmerzen. Betroffen sind meist ältere Frauen.

Endoskopisch erscheine der Dickdarm normal, erklärte Prof. Stephan Mielke, Hamburg. Erst Biopsien offenbaren den chronisch entzündlichen Charakter der MK. Rauchen sowie die Einnahme nicht-steroidaler Antirheumatika, von Protonenpumpenhemmern oder selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern gelten als Risikofaktoren, außerdem können weitere Autoimmu-

nerkrankungen bestehen. Die European Microscopic Colitis Group (EMCG) hat Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie veröffentlicht [Münch A et al. J Crohns Colitis. 2012;6:932–45].

MK-Patienten sprechen im Allgemeinen gut auf die Behandlung mit oralem Budesonid (z. B. Budenofalk®) 9 mg/d für sechs bis acht Wochen an, nicht jedoch auf Prednison. Im Falle eines Rezidivs (80% der Patienten) schließt sich der Akuttherapie eine Erhaltungstherapie mit 4,5–6,0 mg/d Budesonid für sechs bis zwölf Monate an. Die Remissionsraten liegen bei 80%.

—
Dr. Thomas Meißner

▪ Symposium „Crossing New Borders in IBD: Thoughts and demands – from mechanisms to treatment“, Lissabon, April 2018 (Veranstalter: Falk)



© georgierudy / stock.adobe.com (Symbolbild mit Fotomodel)

Die mikroskopische Kolitis von Morbus Crohn und der Colitis ulcerosa abzugrenzen – das kann schwierig sein.