

So finden Sie die passende COPD-Therapie

Einfach, zweifach oder dreifach?

Grundlage der COPD-Therapie ist die Bronchodilatation – aber reicht ein bronchodilatierendes Mittel oder sollen es besser zwei sein? Und wem nutzt die Hinzunahme eines inhalativen Kortikosteroids? Die aktuellen Empfehlungen auf einen Blick.

Die korrekte Verordnung von inhalativen Kortikosteroiden (ICS) scheint bei COPD-Patienten Probleme zu bereiten. Die häufigste Abweichung von den Empfehlungen der Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) besteht in einer Übertherapie mit ICS [1]. Zwar ist der Nutzen einer Tripletherapie inklusive ICS in den letzten Jahren durch große Studien belegt worden – das setzt jedoch voraus, dass sie den richtigen Patienten zuteil wird. Bei wem sie indiziert ist und wer nur bronchialerweiternd behandelt werden soll, haben führende deutsche und österreichische Pneumologen zusammengefasst [2]. Die COPD-Basistherapie ist unverändert die Bronchodilatation mit einem lang wirksamen Muskarinantagonisten (LAMA) und/oder einem lang wirksamen Betamimetikum (LABA). Durch die duale Dilatation mit LAMA/LABA werden, ohne dass Nebenwirkungen zunehmen, Lungenfunktion und Lebensqualität stärker verbessert als durch die Monotherapie. Davon profitieren nicht nur Patienten mit hoher Beschwerdelast: In der EMAX-Studie hat sich gezeigt, dass die überlegene Wirkung von LABA/LAMA weitgehend unabhängig vom Ergebnis im COPD-Assessment-Test (CAT) war, numerisch hatten sogar Patienten mit CAT-Werten zwischen 10 und 20 (von maximal 40) den größten Vorteil.

Senkt die Tripletherapie die Mortalität?

Ein zusätzliches ICS nutzt Patienten, die gleichzeitig an Asthma bronchiale leiden oder häufig Exazerbationen entwickeln, also akute Verschlechterungen der respiratorischen Situation. Eine hohe Exazerbationsrate wird durch die Tripletherapie stärker gesenkt als durch die alleinige Kombination LABA/LAMA. Zudem gibt es Hinweise, dass die Tripletherapie bei Patienten mit schweren und/oder häufigen Exazerbationen die Mortalität reduzieren

kann: In der IMPACT-Studie war sie signifikant niedriger als unter einer Zweiertherapie. Der beobachtete Effekt beschränkte sich allerdings auf Patienten, die schon vor Studieneinschluss ICS erhalten hatten und lässt sich daher auch als Folge des ICS-Entzugs in dieser Gruppe interpretieren. Anders in der ETHOS-Studie: Hier zeigte sich ein Mortalitätsvorteil unter einer Tripletherapie mit hochdosiertem ICS gegenüber LABA/LAMA unabhängig davon, ob die Patienten vorher ICS erhalten hatten oder nicht. „Die Tripletherapie bedeutet für Patienten mit gehäuften Exazerbationen einen Mortalitätsvorteil“, urteilen die Pneumologen um Horst Olschewski, Universität Graz. Zu klären sei noch, ob das für spezifische Subgruppen mehr als für andere gelte.

Welche Medikamente für wen?

Aus den Studienergebnissen ergeben sich in Übereinstimmung mit dem GOLD-Report folgende Empfehlungen für die medikamentöse COPD-Therapie:

- LAMA-Monotherapie: für oligosymptomatische COPD-Patienten (CAT-Score < 10)
- LAMA/LABA: für alle symptomatischen COPD-Patienten (CAT-Score ≥ 10)
- ICS/LABA: für oligosymptomatische COPD-Patienten mit vermehrten Exazerbationen, v. a. wenn > 300 Eosinophile/μl Blut, Asthmaanamnese oder begleitendes Asthma
- ICS/LABA/LAMA: für symptomatische COPD-Patienten mit vermehrten Exazerbationen trotz Therapie mit ICS + LABA oder LABA + LAMA.

Hat der Patient wirklich eine Exazerbation?

Von vermehrten COPD-Exazerbationen ist laut GOLD-Leitlinie auszugehen, wenn innerhalb eines Jahres mindestens einmal eine stationäre Aufnahme nötig wird oder mindestens zwei mittelschwere Exazerbationen auftreten. Wichtig ist jedoch, bei einer akuten Verschlechterung der respiratorischen Symptome auch an eine Reihe von Differenzialdiagnosen zu denken, etwa eine Pneumonie, einen Pleuraerguss oder eine Lungenembolie. Letztere lässt sich bei etwa 6% der COPD-Patienten mit akuter Verschlechterung der Atemwegssymptomatik nachweisen. Vor einer Eskalation auf ICS sollte außerdem geprüft werden, ob die Basistherapie ordnungsgemäß angewendet wird; dazu gehört auch die Kontrolle der Inhalationstechnik.

Quellen:

1. Palli SR et al. J Manag Care Spec Pharm 2021;27(5):625–37
2. Olschewski H et al. Internist 2021; doi: 10.1007/s00108-021-01021-0

Etwa 10% der Menschen in Deutschland leiden laut Schätzungen von Experten an COPD.

