

## Bronchiektasen

# Die Prävalenz ist höher als gedacht

Bronchiektasen werden heute dank moderner Bildgebung immer häufiger festgestellt. Bei vielen Patienten geht man bei entsprechenden Symptomen zunächst von einer COPD aus. Eine ursächliche Abklärung ist sinnvoll, um kausale Therapien nutzen zu können.

„Die Prävalenz und Inzidenz der Bronchiektasen ist höher als bisher angenommen“, so Prof. Thomas Welte, Hannover. Die Erkrankung sei früher unterdiagnostiziert gewesen. Doch der breite Einsatz der modernen Bildgebung, besonders des hochauflösenden CT, habe dazu geführt, dass die Diagnose „Bronchiektasen“ immer häufiger gestellt werde. Auch führe die demografische Entwicklung zu einem Anstieg der Erkrankungszahlen. Die häufigste Begleiterkrankung ist die COPD, d. h. bei mehr als jedem zweiten COPD-Patienten dürften zusätzlich Bronchiektasen vorliegen. Besonders oft betroffen sind Patienten mit Emphysem bei Alpha-1-Antitrypsinmangel. „Daher stellt sich die Frage, ob Bronchiektasen eine eigene Erkrankung oder nur eine Komplikation der COPD sind“, so Welte. Doch müsse man annehmen, dass ein Teil der Patienten mit einer nachgewiesenen Obstruktion gar nicht an COPD, sondern an Bronchiektasen leide; denn auch bei Bronchiektasen finde sich oft eine milde Obstruktion, was falsch interpretiert werde.

## Viele Ursachen

Die Bronchiektasenerkrankung ist ein heterogenes Krankheitsbild, dem viele Ursachen zugrunde liegen können. Das Spektrum reicht von strukturellen Lungen- und Systemerkrankungen über toxische Schäden, Infektionen und obstruktive Atemwegserkrankungen (Asthma bronchiale, COPD, Alpha-1-Antitrypsin-Mangel) bis hin zu Immundefekten und Defekten der mukoziliären Clearance. „Am häufigsten sind allerdings idiopathische Bronchiektasen, bei denen keine zugrunde liegende Erkrankung gefunden wird“, berichtete Welte. Eine sorgfältige differenzialdiagnostische Abklärung sei aber sinnvoll, um die Möglichkeiten einer kausalen Therapie nutzen zu können. Dazu gehört z. B. bei entsprechender Bakterienlast eine inhalative Antibiotikatherapie bei der primären ziliären Dyskinesie und der Mukoviszidose. Die Diagnostik ist umfangreich und sollte laut Welte in dafür spezialisierten Zentren erfolgen.

## Makrolide sind Therapie der Wahl

Ob oral oder inhalativ eingesetzte Kortikosteroide und Bronchodilatoren bei Bronchiektasen wirksam sind, ist bisher nicht zweifelsfrei belegt. In zwei kleineren Studien fand sich aber mit der Kombination Salmeterol/Fluticason eine deutlich bessere Lebensqualität, Senkung des Verbrauchs an kurz wirksamen Betamimetika und eine Reduktion der Exazerbationsrate [1, 2].

Ansonsten sind Makrolidantibiotika die bei Bronchiektasen am besten untersuchte Therapieoption. Man vermutet, dass diese Substanzen eine Reihe von über die antibiotische Wirkung hinausgehenden Effekten entfalten, nämlich die Biofilmbildung von *Pseudomonas* beeinflussen und auch antiinflammatorisch wirken. Eine Metaanalyse ergab, dass mit einem Makrolid die Exazerbationsrate um 40 % reduziert wird, wobei Patienten mit vielen Exazerbationen und solche mit einer chronischen *Pseudomonas*infektion stärker davon profitieren als „Wenig-Exazerbierer“ und Patienten, die mit anderen Erregern kolonisiert sind [3].

Empfohlen wird beispielsweise die Gabe von Azithromycin in einer Dosierung von 250 mg/d oder von 3 × 500 mg pro Woche.

Doch bei einer solchen Therapie muss man auch auf Nebenwirkungen achten. Dazu gehören die QTc-Verlängerung im EKG, die maligne Torsade de pointes induzieren kann, eine meist reversible Taubheit und Interaktionen mit anderen hepatisch metabolisierten Medikamenten.

Neben einer Makrolidtherapie empfiehlt sich eine Dauertherapie mit einem anderen Antibiotikum zur Reduzierung der Bakteriendichte bei chronisch infizierten Patienten. Im Hinblick auf die Konzentration einer solchen Substanz im Lungengewebe und der Resistenzentwicklung dürfte der inhalative Weg am erfolgversprechendsten sein. In den bisher publizierten Studien wurden unterschiedliche Antibiotika mit unterschiedlichem Erfolg getestet. Dabei erwies sich Ciprofloxacin am wirksamsten bei der Verhinderung von Exazerbationen [4]. „Es deutet sich an, dass das inhalative Ciprofloxacin als erstes Antibiotikum eine Zulassung zur Behandlung von Bronchiektasen-Patienten mit chronischer Infektion und häufigen Exazerbationen bekommen könnte“, vermutet Welte.

Dr. med. Peter Stiefelhagen

### Literatur:

1. Martinez-Garcia MA et al. Chest. 2012 Feb;141(2): 461–8
2. Wei P et al. Medicine (Baltimore). 2016 Oct;95(42):e5116
3. Fan LC et al. BMC Infect Dis. 2015 Mar 27;15:160
4. De Soyza A et al. ERS 2016. Sept 4

PneumoUpdate 2016, 18. November 2016 in Wiesbaden

Das PneumoUpdate findet auch im November 2017 wieder im Kurhaus Wiesbaden statt.