

Patienten. Der blutdrucksenkende Effekt von CPAP war auf den 24-h-Blutdruck größer als auf den Office-Blutdruck (-2,8 SBP vs. -1,1 SBP) und am größten auf den nächtlichen Blutdruck (-3,4 mmHg). Eine stratifizierte Analyse für verschiedene Blutdruckkontrollgruppen zeigte dann allerdings: CPAP wirkt nur antihypertensiv bei Patienten mit unkontrolliertem Blutdruck (> 140/90 mmHg) zu Therapiebeginn. Prädiktoren eines blutdrucksenkenden Effekts waren dann ein höherer Baseline-Blutdruck, höheres Alter und eine tiefe Sauerstoffsaturation.

Nur in Subgruppe: Reduktion von MACE

Auch beim Zusammenhang zwischen CPAP und kardiovaskulären Ereignissen lohnt eine genaue Betrachtung, wie eine Kohortenstudie zeigt [3]. Per Polysomnografie wurde bei 1.544 von 1.860 Probanden eine OSA diagnostiziert. 278 MACE (major adverse cardiac event) traten in einer medianen Nachbeobachtungszeit von 8,3 Jahren auf. Bei mittelschwerer und schwerer OSA mit Indikation für eine CPAP war die CPAP nicht mit einer Reduktion von MACE verknüpft. Per Cluster-Analyse konnte allerdings eine Untergruppe identifiziert werden, bei denen das Risiko einer MACE zurückging (HR 0,49). Diese Patienten waren jünger, adipöser und hatten eine schwerere OSA. CPAP

scheint demnach nur in bestimmten Subgruppen innerhalb heterogener Patientengruppen einen positiven Effekt auf das kardio- und zerebrovaskuläre Outcome zu haben. „Studien helfen bei der Identifizierung“, so Schwarz.

Tablette statt CPAP?

Doch nicht jeder Patient mit OSA ist von einer CPAP begeistert. Das Interesse an pharmakologischen Therapien sei groß, betonte Schwarz. Aktuelle Pilotstudien zeigen für Sulthiam [4] und für die Kombination von Reboxetin und Oxybutinin [5] günstige Effekte mit einer relevanten Reduktion des AHI. Fazit von Schwarz: Diese Substanzen sollten in größeren RCTs geprüft werden, auch um Responderkriterien zu definieren.

Dr. Beate Fessler

Literatur

1. Lechat et al. Am J Respir Crit Care Med 2022;205(5):563-69
2. Pengo et al. World Sleep 2022, ESC 2022 und ERS 2022
3. XU et al. Thorax. 2022; <https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2021-217714>
4. Hedner et al. Am J Respir Crit Care Med. 2022;205(12):1461-69
5. Perger et al. Chest. 2022;161(1):237-47

Pneumo Update Mainz, 11./12. November 2022

Herausforderung RA-ILD

Bei entzündlich rheumatischen Erkrankungen die Lunge nicht vergessen

Rheumatologie und Pneumologie seien gar nicht so weit voneinander entfernt, erläuterte Prof. Dr. Eugen Feist, Helios Fachklinik Vogelsang-Gommern. Schon in frühen Jahren könne es bei rheumatoiden Erkrankungen erste Hinweise auf eine Lungenbeteiligung geben. Sie zu übersehen, kann tödlich sein.

Wie wichtig es ist, eine pneumologische Beteiligung bei rheumatoider Arthritis (RA) zu erkennen, zeigt eine Kohortenstudie zur Mortalitätsrate bei RA-Patienten mit und ohneILD (interstitial lung disease) [1]. Der Zeitraum zwischen der RA- und derILD-Diagnose lag bei 3,5 Jahren. DieILD ging mit einer deutlich erhöhten Mortalität einher (HR 4,4), assoziiert unter anderem mit Alter, COPD oder auch Demenz.

Per C5a-Hemmung Steroide sparen

In der Therapie vonILD im Rahmen entzündlich-rheumatischer Erkrankungen haben sich Rituximab und Abatacept als wirksam erwiesen. Als „gute Ergänzung“ bezeichnete Feist die Add-on-Therapie mit dem neuen C5a-Inhibitor Avacopan, mit dem sich Steroide einsparen lassen [2]. In einer randomisierten Studie bei ANCA-Vaskulitis (55 % GPA, 45 % mikroskopische Polyangiitis, davon etwa 43 % mit Lungenbeteiligung) erhielten die Patienten entweder orales Avacopan oder orales Prednison, zusätzlich zu Cyclophosphamid plus Azathioprin oder Rituximab. Avacopan war den Steroiden in puncto Remission nicht unterlegen (72,3 % vs 70,1 %). Es könne bei einer ANCA-Vascu-

litis zur Einsparung von Steroiden beitragen, so Feist. Schattenseite aber sei der Kostenfaktor.

Komplikationsträchtig: Pulmonalarterienbeteiligung

Eine seltene, aber schwerwiegende Komplikation ist die Takayasu-Arteriitis mit Befall der Pulmonalarterien. Sie konnte bei 14,6 % von 166 Patienten mit einer Takayasu-Arteriitis beobachtet werden, und zwar insbesondere bei Dyspnoe (25 %), PAH (17 %), KHK (29 %) und Atemwegsinfektionen (25 %) [3].

Dr. Beate Fessler

Literatur

1. Ng KH et al. RMD Open. 2022, <https://doi.org/10.1136/rmdopen-2022-00234>
2. Jayne DRW et al. N Engl J Med. 2021;384(7):599-609
3. Mukoyama H et al. Arthritis Res Ther. 2021;23(1):293

Pneumo Update, Mainz, 11./12.2022

Pneumo Update 2023

Auch im kommenden Jahr findet das Pneumo Update wieder mit zwei Terminen statt:
10. und 11. November 2023 in Mainz
17. und 18. November 2023 in Berlin

<https://pneumo-update.com>

