

Asthma oder COPD?

Wie man die Erkrankungen auseinander halten kann

Bei Verdacht auf eine obstruktive Lungenerkrankung kommt es mitunter darauf an, zwischen Asthma bronchiale und COPD zu unterscheiden. Welche Kriterien dabei eine Rolle spielen, zeigen Fernando Martinez und Kollegen in einem Beitrag für «Postgraduate Medicine».

POSTGRADUATE MEDICINE

An eine obstruktive Lungenerkrankung denkt man differenzialdiagnostisch, wenn ein Patient Atemprobleme und Husten hat. Die Unterscheidung zwischen COPD und einem Asthma bronchiale fällt aber nicht immer leicht. Nicht jeder Asthmatiker ist schliesslich ein 19-jähriger Nichtraucher, der mit pfeifender Atmung und Luftnot kommt und dann auch noch von einer bestehenden Atopie zu berichten weiss. Und nicht jeder 70-Jährige mit jahrzehntelanger Raucherkarriere, der sich mit fortschreitender Dyspnoe und chronisch produktivem Husten vorstellt, leidet an einer COPD. Die Diagnose fällt besonders schwer etwa bei einem Mann mittleren Alters, der über Husten und leichte Belastungsdyspnoe klagt, der aber nur vorübergehend in seinem Leben geraucht hat. In dieser Situation fragt man sich: Ist es Asthma oder eine COPD?

Macht die Entzündung den Unterschied?

Kürzlich erschienene Reviews legen den Schluss nahe, dass hinsichtlich der entzündlichen Prozesse in der Lunge zwischen Asthma und COPD Unterschiede bestehen. Andererseits lassen sich diesbezüglich auch deutliche Überlappungen feststellen. So zeigte eine Studie, dass sich mit Hilfe des endobronchialen Biopsiebefundes keine sichere Unterscheidung treffen lässt. Auch nicht-invasive Verfahren, wie etwa die Sputumanalyse, zeigen, dass zwischen Asthma und COPD keine klare Abgrenzung gelingt und die Übergänge fließend erscheinen. Dennoch

Merksätze

- Anamnese, klinische Symptome und spirometrische Befunde helfen, Asthma von COPD zu unterscheiden.
- Die Unterscheidung hat Einfluss auf das therapeutische Vorgehen.
- Allerdings gelingt die Differenzierung nicht immer. Bei einigen Patienten überlappen die beiden Erkrankungen.

ist es, auch aus Gründen der Therapieplanung, von Belang, wenn möglich die Differenzierung vorzunehmen. Und dies ist, wie die Autoren meinen, auch häufig möglich – zumindest mit einer gewissen Sicherheit, wenn man Anamnese, klinische Symptome und die spirometrischen Befunde zu einem Bild zusammenfügt.

Anamnese und Symptome

Liegt bei der betreffenden Person eine Atopie vor oder ist diese bei Familienangehörigen gegeben, deutet dies in Richtung Asthma, vor allem, wenn der Patient zudem noch jüngeren Alters ist. Eine COPD tritt meist erst im mittleren bis höheren Lebensalter auf, nur in seltenen Fällen kann diese sich auch bei jüngeren Menschen mit entsprechender Disposition entwickeln. Wenn ein 40-Jähriger bereits an COPD leidet und die Erkrankung womöglich auch noch familiär gehäuft vorkommt, sollte man auch an einen Antitrypsin-alpha-1-Mangel denken.

Im Übrigen weisen sich COPD-Patienten dadurch aus, dass sie über viele Jahre geraucht haben. Obwohl es auch Patienten mit COPD gibt, die ihr Leben lang Nichtraucher waren, so trifft das doch nur auf eine kleine Minderheit zu. Rauchen trägt zu 90 Prozent zum COPD-Risiko bei, wie zahlreiche Untersuchungen gezeigt haben.

Zwei vorherrschende klinische Symptome, die mit Asthma einhergehen, sind bekanntlich Husten und pfeifende Atmung. Bei Asthmatikern treten sie vor allem nachts und am frühen Morgen auf. Insgesamt hat die Symptomatik des Asthma bron-

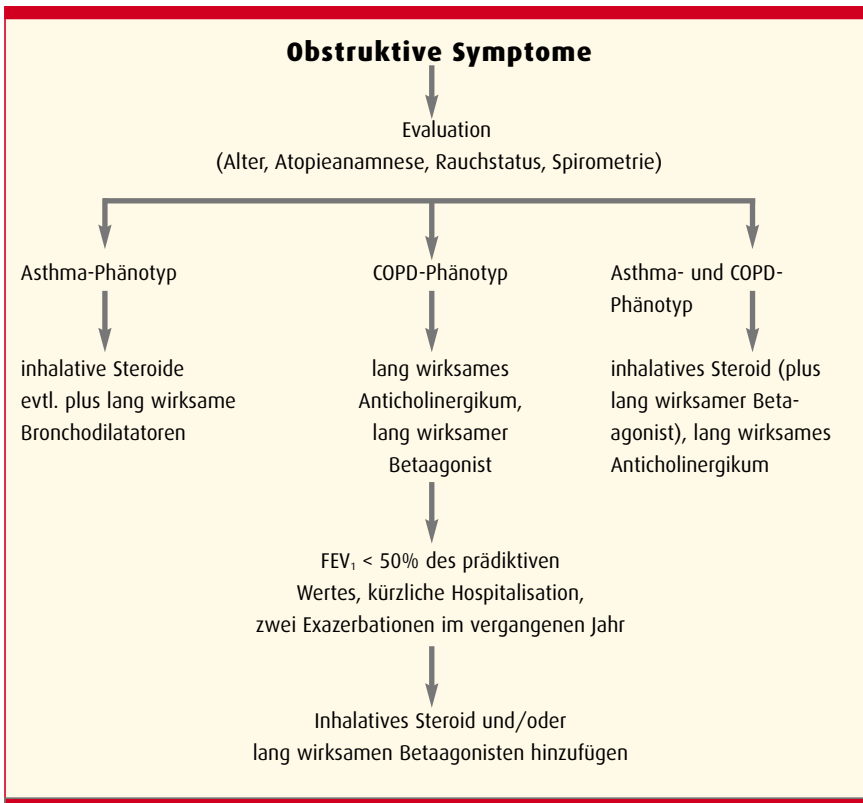


Abbildung: Algorithmus für Diagnose und Therapie der COPD

chiale intermittierenden Charakter. Demgegenüber schreitet die COPD langsam fort, wenngleich es hier natürlich auch zu akuten Exazerbationen kommen kann. Die Zuordnungen sind in der Praxis deshalb keinesfalls immer so klar. Anhand der Symptome allein lässt sich keine sichere Unterscheidung treffen.

Spirometrische Daten

Die Spirometrie ist der Schlüsseltest, mit dem eine Atemwegsobstruktion bestätigt werden kann. Sie hat vor allem in der Allgemeinpraxis eine grosse Bedeutung. Neuere Studien haben gezeigt, dass die Spirometrie eine sehr gute Aufklärungsquote aufweist, vor allem, wenn die Patienten bereits unter Verdacht einer obstruktiven Lungenkrankheit stehen. Zudem lassen sich die Ergebnisse im Allgemeinen gut reproduzieren.

Wichtig ist die Spirometrie nach Bronchodilatation. Typischerweise persistiert die Obstruktion bei COPD. Umgekehrt heisst das: Eine Atemwegsobstruktion, die sich vollständig unter einem Bronchodilatator zurückbildet, schliesst die Diagnose einer COPD praktisch aus.

Allerdings ist auch bekannt, dass bei manchen COPD-Patienten die FEV1-Werte nach Bronchodilatation ansteigen können.

Obwohl die variable Atemwegsobstruktion ein typisches Merkmal des Asthmas ist, gibt es auch eine irreversible Verschlechterung bei manchen dieser Patienten. Sie können dann physiologisch den COPD-Patienten zum Verwechseln ähneln: Langzeitstudien bei Asthmatikern haben gezeigt, dass immer-

hin rund 20 Prozent eine irreversible Atemwegsobstruktion aufweisen. Reversibilität der Obstruktion nach Bronchodilatation kann deshalb kein absoluter Unterscheidungsparameter sein. Andererseits bedeutet die vollständige Aufhebung der Obstruktion einen COPD-Ausschluss. Übrigens scheint sich die These zu bestätigen, wonach eine Verbesserung des FEV1 um > 400 ml darauf hindeutet, dass diese Patienten besser auf eine Therapie ansprechen. Aufgrund solcher Überlegungen leuchtet es ein, dass eine Spirometrie grundsätzlich vor und nach Bronchodilatation durchgeführt werden sollte.

Therapeutische Konsequenzen

Wichtige Grundlage für die Therapieentscheidung ist eine genaue Evaluation der Obstruktion (Abbildung). Die Ziele der Therapie beider Lungenkrankheiten weisen Ähnlichkeiten und Unterschiede auf. In beiden

Fällen geht es darum, Exazerbationen zu verhindern. Allerdings, und dies ist ein Ausdruck der je unterschiedlichen Therapiechancen und natürlichen Krankheitsverläufe, ist man bei Asthmatikern bestrebt, die Asthmamortalität zu verhindern, während man die Sterblichkeit bei COPD nur reduzieren kann. Asthmatischer möchte man nahe an den physiologischen Funktionsfähigkeiten halten, bei COPD-Patienten will man die Leistungsfähigkeit verbessern und den Krankheitszustand lindern. Für beide Erkrankungen beruht die Therapie auf der Stratifizierung nach der Schwere der Erkrankung. Gerade bei der COPD ist die Einschätzung stark am spirometrischen Befund ausgerichtet. Interessanterweise haben neue Konsensus-Richtlinien nahegelegt, die therapeutische Entscheidungsfindung bei COPD mehr an der Symptomkontrolle als an der physiologischen Verbesserung festzumachen.

Ohne dass hier auf die Differenzialtherapie eingegangen wird, soll daran erinnert werden, dass es in der Asthmatherapie in erster Linie um die Eindämmung der entzündlichen Prozesse geht. Patienten mit persistierenden Symptomen sollten deshalb im Rahmen der Basistherapie mit inhalativen Kortikosteroiden behandelt werden, Bronchodilatoren sind nur zur Beherrschung akuter Symptome angezeigt.

Für die COPD gibt es keine pharmakologische Therapie, mit der der Krankheitsverlauf insgesamt abgewendet werden kann. Entscheidend beeinflussen kann die Erkrankung nur der Verzicht auf das Rauchen. Medikamens geht es nur um Symptomkontrolle, weshalb Bronchodilatoren eine zentrale Rolle in der Initialtherapie symptomatischer COPD-Patienten

spielen. Hierzu zählen die lang wirksamen Betaagonisten und das neue, lang wirksame anticholinerge Tiotropiumbromid, das in der Schweiz unter dem Handelsnamen Spiriva® im Handel ist. Steroide haben hingegen bei COPD einen eher untergeordneten Stellenwert. Grosse Studien haben gezeigt, dass sie auf die Lungenfunktion keinen oder allenfalls einen sehr geringen Einfluss haben.

Auf der anderen Seite scheinen Steroide aber bei Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung die Exazerbationsrate zu senken. Wahrscheinlich betrifft dies in erster Linie Patienten mit einem FEV1 von weniger als 50 Prozent. Bei hospitalisierten Patienten können Steroide potenziell die Überlebenschance verbessern. Die Kombination eines inhalativen Steroids mit einem lang wirksamen Betaagonisten kann einen zusätzlichen Benefit einbringen bei mittlerer bis schwerer COPD.

Schwierig und bis jetzt nicht eindeutig definiert ist die Behandlung von Patienten, bei denen COPD und Asthma gemeinsam

vorkommen. Bei COPD-Patienten, die im Sputum Eosinophile aufweisen, spricht die Steroidtherapie vermutlich besser an. Bei Asthmatikern, die rauchen, scheinen Steroide hingegen weniger gut zu wirken. Bei ihnen sollte man einen Versuch mit inhalierten Steroiden plus lang wirksamen Betaagonisten erwägen, meinen die Autoren.

Eine enge Therapiekontrolle ist in jedem Fall erforderlich. Daneben ist natürlich nicht zu vergessen, worauf es an allererster Stelle ankommt: die Rauchabstinenz. Schliesslich sind Influenzae- und Pneumokokkenimpfung wahrscheinlich für Patienten mit chronischer Lungenobstruktion hilfreich. ■

Fernando J. Martinez et al.: Is it asthma or COPD? The answer determines proper therapy for chronic airflow obstruction. *Postgraduate Medicine* 2005; 117: 19-26.

Uwe Beise

Interessenlage: Die Autoren haben keine Interessenkonflikte deklariert.