

Sind inhalative Kortikosteroide als Dauertherapie bei COPD sinnvoll?

Interview mit Dr. med. Hanspeter Anderhub, La Punt Chamues-ch

Die Indikation der inhalativen Kortikoide für die Behandlung von COPD-Patienten wurde erst kürzlich in einem Review im «British Medical Journal» wieder einmal recht eindeutig formuliert (siehe Seite 64 f.). Wann man sie in der Praxis tatsächlich verordnen soll, ist jedoch weniger klar. Wir sprachen darüber mit unserem Beiratsmitglied Dr. med. Hanspeter Anderhub.

ARS MEDICI: Herr Dr. Anderhub, COPD ist eine heterogene Erkrankung. Welche Typen sollte man unterscheiden, und wie beeinflusst das die Behandlung?

Dr. med. Hanspeter Anderhub: Ich glaube, es ist – vor allem aus Sicht der Praxis – wenig sinnvoll, sich in den komplexen und leider in Einzelheiten immer noch zu wenig bekannten zellulären und immunologischen Vorgängen um die COPD zu verlieren. Was wir vor uns haben, ist eine unterschiedlich starke Entzündung der Bronchialschleimhaut, deren herausragendes Markenzeichen die Obstruktion und gleichzeitig die Chronizität sind. Die Ursachen können vielfältig sein. Sicher ist es falsch, die COPD einzig auf das Rauchen zurückzuführen. Auch andere obstruktive, entzündliche Lungenkrankheiten, wie zum Beispiel Asthma, können in die Chronizität führen. Für uns in der Praxis bedeutet das Patienten mit unterschiedlich starken Beschwerden mit den Leitsymptomen Husten, Auswurf, Atemnot, verminderte Leistungsfähigkeit und einer stark eingeschränkten Lebensqualität. Funktionell dominiert die Obstruktion, hier wiederum von sehr leicht in den An-

fangsphasen bis sehr schwer und invalidisierend in den terminalen Phasen. Viele dieser Obstruktionen zeigen einen unterschiedlich grossen Reversibilitätsgrad. Hier liegt unsere therapeutische Chance, indem wir das Potenzial dieser Reversibilität durch den geballten Einsatz unserer anti-obstruktiven Medikamente voll ausnützen.

ARS MEDICI: Die BMJ-Autoren schreiben, man solle unabhängig vom FEV₁ ab zwei oder mehr Exazerbationen pro Jahr ICS verordnen. Theoretisch müsste man also mindestens ein, zwei Jahre warten und beobachten, bis man sie tatsächlich verordnet. Würden Sie so lange damit warten?

Anderhub: Eine COPD ist eine sich schleichend entwickelnde Krankheit. Bis der Patient und dann der Arzt sie erkannt haben, geht meistens ohnehin schon sehr viel Zeit verloren. Verliert man sich dann im therapeutischen Werweissen, verstreicht nochmals wertvolle Zeit. Therapeutisch anerkannt ist, dass Patienten mit häufigen Exazerbationen vom Dauereinsatz mit ICS profitieren. In Analogie dazu muss man aber auch schliessen, dass der Einsatz von ICS bei COPD ohne Exazerbationen und ohne nachweisbare Reversibilität den Patienten wenig bis nichts bringt. Hier lohnt es sich also, nur schon aus Kostengründen, bei der Patientenauswahl etwas selektiv vorzugehen.

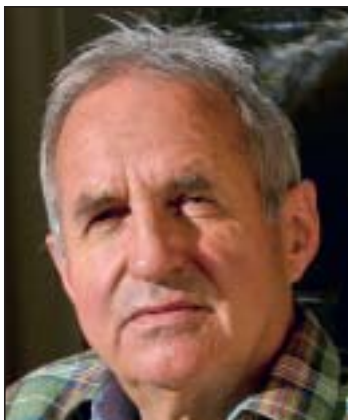
ARS MEDICI: Werden inhalative Steroide bei COPD-Patienten nach Ihrer Erfahrung eher zu häufig oder eher zu selten verordnet?

Anderhub: Sie werden sicher zu oft und leider ohne jegliches Konzept eingesetzt! Nachdem der Einsatz von ICS bei der COPD initial eher konservativ-zurückhaltend gehandhabt worden war, schlug das Pendel nach Bekanntwerden diverser Studien zurück, und «ICS for everybody» wurde zur Therapiemaxime. Genau so wie anfänglich untertrieben wurde, finden wir heute einen fast inflationären Einsatz von topischen Steroiden, dessen therapeutischer Nutzen sicher hinterfragt werden muss.

Meine Meinung ist, dass höchst- oder hoch dosierte topische Steroide bei jeder COPD mit nachgewiesener Reversibilität zum Einsatz kommen müssen. Allerdings ist ein blosser Bronchodilatationstest mit zwei Hüben Ventolin® als Reversibilitätsnachweis, wie das leider noch zu häufig gehandhabt wird, nicht aussagekräftig und wertlos. Erst ein systemischer Steroidstoss, das heisst 80 oder 120 mg Triamzinolonazetonid i.m. oder ein 14-tägiger, oraler Prednisonstoss, wird das Potenzial der Reversibilität in den meisten

Fällen klar aufdecken. Diese teilreversible Gruppe von COPD-Patienten wird vom kombinierten Dauereinsatz von ICS mit LABA entscheidend profitieren.

Bei der Gruppe ohne nachweisbare Reversibilität können einzig diejenigen mit mehr oder weniger häufigen Exazerbationen vom Dauereinsatz von ICS profitieren. Bei beiden Gruppierungen kann das therapeutische Spektrum durch den zusätzlichen und gleichzeitigen Einsatz neuerer Bronchodilatoren wie Tiotropium oder Indacaterol, die klassischen LABA oder den PDE4-Inhibitor Roflumilast bedarfsweise erweitert werden. In allen anderen COPD-Situationen werden die Patienten von den topischen Steroiden wahrscheinlich kaum profitieren.



Zur Person

Dr. med. Hanspeter Anderhub ist Pneumologe und Mitglied des wissenschaftlichen Beirats von ARS MEDICI.

Hier muss versucht werden, die respiratorische Situation durch die neueren lang wirkenden Bronchodilatoren zu verbessern oder zu stabilisieren.

«Der Einsatz von ICS bei COPD ohne Exazerbationen und ohne nachweisbare Reversibilität bringt den Patienten wenig bis nichts.»

ARS MEDICI: LABA plus ICS scheint bei COPD nicht besser als Tiotropium zu wirken. Dann also lieber gleich Tiotropium? Oder besser Indacaterol?

Anderhub: Wenn man die Patienten aus dem COPD-Topf, wie vorhin vorgeschlagen, nach reversibel und nicht reversibel ausfiltert, dann trennt sich die Spreu vom Weizen. Die reversible oder teilreversible Gruppe wird mit ICS und LABA diskussionslos besser fahren als nur mit Tiotropium allein. Das Problem ist, dass es keine eigentliche Entity COPD gibt, die man therapeutisch über einen Leisten schlagen könnte. Bei der Behandlung dieser schweren Erkrankung COPD ist Flexibilität gefragt, und die Therapie muss häufig den individuellen Bedürfnissen der Patienten angepasst werden. Die heutigen therapeutischen Möglichkeiten eröffnen viele, bis anhin ungeahnte Möglichkeiten. Aber erst das klare, gradlinige Therapiekonzept wird über den Therapieerfolg entscheiden! Sonst läuft man Gefahr, im Meer der Polypragmasie zu versinken.

ARS MEDICI: Und welchem COPD-Patienten sollte man Roflumilast geben?

Anderhub: Den Roflumilastpatienten gibt es nicht, wie es auch keinen Tiotropium- oder Indacaterolpatienten gibt. Befriedigt eine Basistherapie mit ICS und LABA nicht, drängen sich therapeutisch Ergänzungen auf. Darunter finden wir heute, neben Tiotropium und Indacaterol, auch die Möglichkeit einer Therapie beziehungsweise Zusatztherapie mit diesem PDE4-Hemmer.

ARS MEDICI: Wie schätzen Sie den Stellenwert einer Dreifachtherapie mit LABA, ICS und Tiotropium ein?

Anderhub: Wie gesagt: Ist man mit einer Standardtherapie mit ICS und LABA nicht zufrieden, ist es sinnvoll, das thera-

peutische Spektrum mit einem der drei erwähnten neueren Zusatzmedikamente zu erweitern. Darunter ist Tiotropium sicher eine sehr gute und bereits bewährte Möglichkeit.

ARS MEDICI: Was ist bei der Therapie der COPD noch zu beachten?

Anderhub: Für mich ist es ganz klar, dass es keinen Sinn ergibt, einem Patienten, der sich nicht vom Rauchen lösen kann, topische Steroide und LABA, womöglich noch weitere der oben erwähnten Medikamente, zu verabreichen. Die durch das Rauchen verursachte massive Entzündung übersteigt die erhoffte medikamentöse Wirkung um ein Vielfaches. Bei uneinsichtigen, weiterrrauchenden Patienten bin ich der Meinung, dass nur eine beschränkte Minimaltherapie mit irgendeinem Bronchodilatator am Platz ist. Exazerbationen können kurzfristig mit systemischen Steroiden und, falls indiziert, Antibiotika kontrolliert werden.

Nicht vergessen werden darf, dass nicht nur die Atemmechanik für das Wohlbefinden des Patienten von Belang ist, sondern in viel entscheidenderem Masse der Gasaustausch. Bei schwer obstruktiven Patienten muss daher eine Blutgasanalyse essenzieller Bestandteil jeder Standarddiagnostik sein. Nur so kann bei Bedarf rechtzeitig eine Sauerstofflangzeittherapie in die Wege geleitet werden, die als einzige Massnahme erwiesenermassen die Lebensqualität und -dauer entscheidend verbessern kann.

ARS MEDICI: Welchen Stellenwert hat die Rehabilitation für COPD-Patienten?

Anderhub: Um Rehabilitationskuren hat ein richtiger Hype eingesetzt. Viele ehemalige Sanatorien haben gelernt, das Haus zu füllen und so vor der sicheren Schliessung zu bewahren. Arbeitsplätze werden erhalten! Alle meist fremdländischen Journals sind voller positiver Nachrichten über gar wunder-

«Höchst- oder hoch dosierte topische Steroide müssen bei jeder COPD mit nachgewiesener Reversibilität zum Einsatz kommen.»

same Wirkungen. Meiner Meinung nach sind Rehaübungen aber in erster Linie psychotherapeutische Übungen. Der Patient fühlt sich wohl, betreut, ernst genommen und ist für einige Stunden im Zentrum. Die Therapie gibt ihm zweifellos eine gewisse Sicherheit, mit seiner Erkrankung umzugehen. Das ist lobenswert. Ob der erhebliche finanzielle Aufwand, wie er im Rahmen von drei- bis vierwöchigen Klinikaufenthalten getrieben wird, mehr ist als ein kostspieliger Zeitvertreib und tatsächlich irgendeine langfristig relevante Verbesserung bringt, ist meiner Erfahrung nach äusserst fraglich. Einmal zu Hause, gehen die Patienten dann nämlich meistens vergessen! Ein ähnlicher Effekt liesse sich wesentlich billiger ohne Zweifel durch eine ambulante, lokal durchgeführte Physiotherapie unter ärztlicher Aufsicht erzielen. ❖

Das Interview führte Dr. Renate Bonifer. Die Zusammenfassung des erwähnten «BMJ»-Beitrags finden Sie auf Seite 64.