

Komorbiditäten bei COPD

S2k-Leitlinie betont Wichtigkeit von Begleiterkrankungen

Experten aus Deutschland und Österreich erarbeiteten die deutschsprachige Leitlinie zur Diagnostik und Behandlung von Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COPD) und berücksichtigten dabei aktuelle Studien und Metaanalysen sowie das neueste Dokument der Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD).

Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP)

Bei Patienten mit COPD sind häufig Begleiterkrankungen anzutreffen. Dies hat teilweise mit dem Rauchen als gemeinsamem Auslöser, teilweise auch mit körperlicher Inaktivität, Reaktionen chronischer Entzündung und Mechanismen vorzeitiger Alterung zu tun. Den Komorbiditäten ist besondere Aufmerksamkeit zu schenken, denn sie sind es, an denen eine Mehrzahl der COPD-Patienten versterben, insbesondere an kardiovaskulären Erkrankungen und Lungenkrebs. Anamnestic Angaben reichen in diesem Zusammenhang nicht aus, Komorbiditäten müssen proaktiv gesucht und dann nach den Leitlinien der entsprechenden Fachgesellschaften behandelt werden, dies verlangt die COPD-Leitlinie.

Kardiovaskuläre Erkrankungen

Insgesamt geht die COPD mit einem 2,5-fach erhöhten Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen einher, und die Risiken für koronare Herzerkrankung, Myokardinfarkt, Herzrhythmusstörungen, Herzinsuffizienz und periphere arterielle Verschlusskrankheit sind jeweils in vergleichbarem Ausmass erhöht. Schlaganfälle sind bei COPD-Patienten im Vergleich zu Kontrollkollektiven höchstens tendenziell häufiger.

MERKSÄTZE

- ▶ Komorbiditäten der COPD sollten proaktiv diagnostiziert und leitliniengerecht therapiert werden.
- ▶ Die Therapie von kardiovaskulären Begleiterkrankungen, Lungenkarzinom, Osteoporose, metabolischem Syndrom beziehungsweise Diabetes, Angst und Depression unterscheidet sich bei COPD nicht von derjenigen bei Patienten ohne COPD.
- ▶ Die Mehrzahl der Patienten verstirbt nicht an der COPD, sondern an kardiovaskulären Erkrankungen und am Lungenkarzinom.
- ▶ Eine abschliessende Aussage zum Lungenkarzinomscreening bei Patienten mit COPD kann derzeit nicht getroffen werden.

Bei COPD-Patienten beträgt der Anteil von Herz-Kreislauf-Erkrankungen an der Gesamtmortalität zirka 20 Prozent, vor allem in den leichteren COPD-Stadien sind sie eine führende Todesursache. Bei gleichem Schweregrad der Erkrankung haben COPD-Patienten mit weiteren kardiovaskulären Risikofaktoren (neben Rauchen zum Beispiel Hypertonie oder Diabetes mellitus) ein höheres Sterberisiko. Als besonders verletzliche Phase mit erhöhtem kardiovaskulärem Risiko gilt die Zeit während und nach einer Exazerbation.

In der Behandlung kardiovaskulärer Krankheiten wird nicht unterschieden zwischen Patienten mit COPD und solchen ohne. Dies stützt sich auf retrospektive Analysen, etwa zu Statinen oder kardioselektiven Betablockern, die für COPD-Patienten klare Überlebensvorteile zeigten.

Bei COPD wird häufig eine Herzinsuffizienz als Begleit leiden nachgewiesen. Ursächlich werden dafür ischämische oder hypertensive Myokardschädigung sowie in höheren COPD-Stadien eine sekundäre pulmonale Hypertonie angenommen. Nach jüngeren Daten gibt es aber auch einen Zusammenhang zwischen Lungenüberblähung, reduzierter Herzfüllung und Abnahme von Schlag- beziehungsweise Herzzeitvolumen. Sowohl für pharmakologische wie für chirurgische Therapien zur Verminderung der Lungenüberblähung konnte eine Verbesserung der Herzfüllung nachgewiesen werden.

Gegen die sekundäre pulmonale Hypertonie bei COPD-Patienten sollte keine spezifische Therapie durchgeführt werden, da eine solche in kleineren Studien häufig zu unerwünschten Nebenwirkungen, vor allem einer schlechteren Sauerstoffsättigung, führte. Vielmehr sollte eine konsequente Therapie mit Rauchentwöhnung, intensiver Bronchodilatation und Sauerstoff erfolgen.

Lungenkarzinom

Die COPD gilt als eigenständiger Risikofaktor für die Entwicklung eines Lungenkarzinoms. Dieses Risiko ist 2- bis 6-mal höher als bei rauchenden Kontrollkollektiven ohne COPD. Besonders gefährdet scheinen COPD-Patienten über 60 Jahre mit mehr als 60 Packungsjahren, tieferem Body-Mass-Index (BMI < 25 kg/m²) und Lungenemphysem zu sein.

Vor allem in den leichteren COPD-Stadien sind Lungenkarzinome mit bis zu 50 Prozent eine führende Todesursache. Die Therapie eines Lungenkarzinoms bei COPD unterscheidet sich nicht von derjenigen ohne COPD, die Prognose ist jedoch schlechter.

In den letzten Jahren haben sich einige Studien mit dem Lungenkarzinomscreening mittels Niedrigdosis-Computertomografie befasst. Die Leitlinie gibt sich im Hinblick auf ein flächendeckendes Screening von Risikopopulationen sehr zurückhaltend und empfiehlt sie nicht, insbesondere auch nicht für COPD-Patienten, da bei ihnen bisher keine Überlebensvorteile nachgewiesen werden konnten.

Osteoporose

Bei COPD-Patienten lässt sich in rund einem Drittel eine Osteoporose nachweisen. Das Ausmass der Lungenüberblähung und der Schweregrad des Emphysems sind prädiktive Faktoren für eine Begleitosteoporose. Niedriger BMI, niedrige fettfreie Masse und systemische Langzeitkortikoidtherapie sind Risikofaktoren, offenbar aber nicht inhalative Kortikosteroide. Die Behandlung der Osteoporose unterscheidet sich bei COPD nicht von derjenigen bei Patienten ohne COPD.

Muskeldysfunktion

Eine Abnahme der Masse der Extremitätenmuskulatur gilt als systemische COPD-Konsequenz. Vor allem der körper-

lichen Inaktivität aufgrund der Dyspnoe kommt dabei eine Schlüsselrolle zu. In der Therapie der COPD haben das Muskeltraining und die Instruktion zu regelmässiger körperlicher Aktivität «ausserordentliche Bedeutung», wie die Leitlinie betont.

Metabolisches Syndrom und Diabetes mellitus

Patienten mit COPD haben in den industrialisierten Ländern in rund der Hälfte der Fälle ein begleitendes metabolisches Syndrom. Aufgrund der Risikokonstellation der Komponenten des metabolischen Syndroms in Kombination mit einer höheren systemischen Entzündungsaktivität ist zu vermuten, dass COPD-Patienten mit metabolischem Syndrom ein höheres kardiovaskuläres Risiko tragen als Patienten mit metabolischem Syndrom, aber ohne COPD. Dies ist bisher aber nicht prospektiv untersucht worden, eine entsprechende Studie läuft.

Mentale Erkrankungen

Bei COPD-Patienten werden Angst und Depression häufig beobachtet. Zudem beeinträchtigen Dyspnoe, fehlende körperliche Belastbarkeit und Einschränkungen bei den Alltagsaktivitäten das Selbstwertgefühl und fördern eine soziale Isolation. Multimodalen pneumologischen Rehabilitationsinterventionen kommt daher eine entscheidende Rolle zu. Zur medikamentösen Behandlung mit Antidepressiva gibt es bei COPD-Patienten keine aktuellen randomisierten, kontrollierten Daten. ▲



<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/020-006.html>

Halid Bas

Quelle: Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DPG): S2k-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COPD). Stand: 1.1.2018, gültig bis 31.12.2021. AWMF-Registernummer: 020-006.