

COPD in der Hausarztpraxis

Spirometrie, stadiengerechte Medikation und gute Patientenschulung

COPD wird in der Hausarztpraxis wahrscheinlich zu selten diagnostiziert, sodass sinnvolle Interventionen erst mit Verspätung zum Zuge kommen. Ein spirometrisches Massenscreening wäre sicher nicht sinnvoll. Wie man hier die richtige Balance in der Hausarztpraxis findet und welche Behandlungsgrundsätze bei COPD wichtig sind, fasste Prof. Oliver Senn am PraxisUpdate in Bern zusammen.

Eine Spirometrie zur Abklärung bei Verdacht auf COPD sei nicht nur dann sinnvoll, wenn ein Patient entsprechende Symptome aufweise, sondern bereits bei Personen ab 45 Jahren mit COPD-Risikofaktoren, zum Beispiel bei (ehemaligen) Rauchern (1): «Es geht nicht darum, alle zu spirometrieren. Aber bei denjenigen mit Risikofaktoren werden Sie relativ rasch fündig», sagte Prof. Oliver Senn, Institut für Hausarztmedizin, Universität Zürich. In der Tat scheint man mit dieser Strategie recht häufig bis anhin unentdeckte COPD-Patienten in der Hausarztpraxis zu finden. Das zeigte sich beim Rekrutieren von Patienten für die Schweizer CAROL-Studie (2). Die teilnehmenden Hausärzte führten bei allen Rauchern und ehemaligen Rauchern (≥ 10 Packungsjahre), die in ihre Praxis kamen und mindestens 45 Jahre alt waren, eine Spirometrie durch. Ein gutes Drittel dieser Personen, 71 von 200, wies eine Lungenobstruktion auf.

Anlässe für eine Spirometrie nicht verpassen

Wenn Patienten ab 45 Jahren mit einem COPD-Risikoprofil in die Praxis kommen, gibt es im Wesentlichen zwei Situationen, die eine Spirometrie rechtfertigen: Infektionen der oberen Atemwege (Husten) und der Wunsch nach einem Check-up. Beides gehört zu den zehn häufigsten Gründen für das Aufsuchen einer Hausarztpraxis (3).

Bei der Spirometrie ist auf einige Fallstricke zu achten. Das Ausatmen muss mindestens 6 Sekunden dauern, und die Messung muss reproduzierbar sein (4). Bei der Beurteilung der Obstruktion müsse man unbedingt die absoluten Werte beachten und nicht nur die Prozentangaben (% Soll), sagte der Referent. Ob man den Tiffeneau-Quotienten (0,7) oder die LLN (lower limits of normal) als Grenzwert nehmen solle, sei hingegen eine eher akademische Diskussion. Tatsache ist, dass der Tiffeneau-Quotient mit dem Alter physiologisch abnimmt, sodass eine allzu strikte Auslegung dieses Grenzwertes bei Personen ab 75 Jahren zu einer Überdiagnose führen kann. Falls der Tiffeneau-Quotient bei älteren Personen nur knapp unter dem Soll liege, solle man mit der Diagnose einer COPD eher zurückhaltend sein, empfahl Senn als pragmatisches Vorgehen in der Praxis: «Wenn so ein Patient nicht stark unter seinen Symptomen leidet, hat er wahrscheinlich keine Obstruktion und einen tieferen Quotienten zugute.»

COPD-Diagnose ist mehr als Spirometrie

Neben spirometrischen Messwerten und der Erfassung des Raucherstatus müssen auch die symptombedingte Belastung, die körperliche Leistungsfähigkeit, die Exazerbationshäufigkeit und die Komorbiditäten beachtet werden (*Abbildung 1*): «Die individuelle Beurteilung des Schweregrades beeinflusst das COPD-Management», betonte Senn.

Die symptombedingte Belastung kann man recht einfach mit dem Fragebogen CAT™ ermitteln, den der Patient im Wartezimmer vorab selbst ausfüllen kann (s. *Kasten 2*). Um die körperliche Leistungsfähigkeit zu erfassen, ist in der Praxis der Sit-to-stand-Test gut geeignet. Der Proband muss von einem Stuhl ohne Armlehnen 1 Minute lang fortgesetzt aufstehen und sich hinsetzen, ohne die Arme zu benutzen (kein Abstützen!). Das Tempo ist dem Probanden überlassen. Validierte Testwerte für die Schweizer Bevölkerung liegen vor (s. *Tabelle 1*) (5). Der Test ist auch geeignet, um den Verlauf einer COPD beziehungsweise den Effekt von Interventionen zu erfassen (6).

Komorbiditäten sind bei COPD nicht selten. So fanden sich in der CAROL-Studie mit COPD-Patienten in Schweizer Hausarztpraxen folgende Komorbiditäten: Hypertonie (53,1%), Depression (19,8%), KHK (17,7%), Diabetes (13,8%) und Herzinsuffizienz (9,5%) (2).

Kasten 1:

COPD: Quintessenz für die Praxis

Confirm diagnosis	Case Finding mittels Spirometrie
Optimize symptoms	Rauchstopp, adäquate Pharmakotherapie, Schulung, Rehabilitation
Prevent deterioration	Rauchstopp, Impfung, Früherkennung und adäquate Behandlung der Exazerbation (Schulung, Reha)
Develop network	proaktive, integrierte medizinische Versorgung, Unterstützung des Selbstmanagements

Quelle: Referat von Prof. Oliver Senn am PraxisUpdate Bern, 7. November 2019.

Tabelle 1:

Sit-to-stand-Test: Referenzgrenzwerte Schweiz für lungengesunde Personen

Alter (Jahre)	Anzahl Wiederholungen Aufstehen/ Hinsetzen innert 1 Minute (25. bis 75. Perzentil)	
	Mann	Frau
20-24	50 (41-58)	47 (40-55)
25-29	49 (40-56)	47 (40-54)
30-34	47 (40-56)	45 (37-52)
35-39	47 (38-58)	43 (37-50)
40-44	45 (37-53)	42 (35-48)
45-49	44 (35-52)	40 (35-49)
50-54	42 (35-51)	39 (33-47)
55-59	41 (33-48)	36 (30-43)
60-64	37 (31-45)	34 (28-40)
65-69	35 (29-44)	33 (27-40)
70-74	33 (27-40)	30 (25-36)
75-79	30 (25-37)	27 (22-32)

adaptiert nach (5)

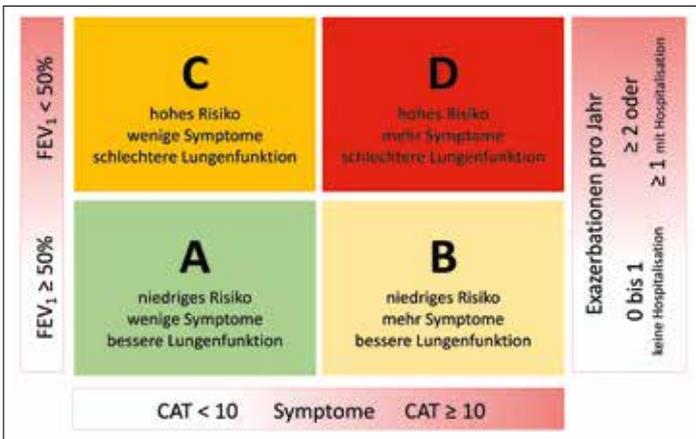


Abbildung 1: Das ABC(D) der COPD-Risikoklassen nach GOLD (adaptiert nach www.goldcopd.org)

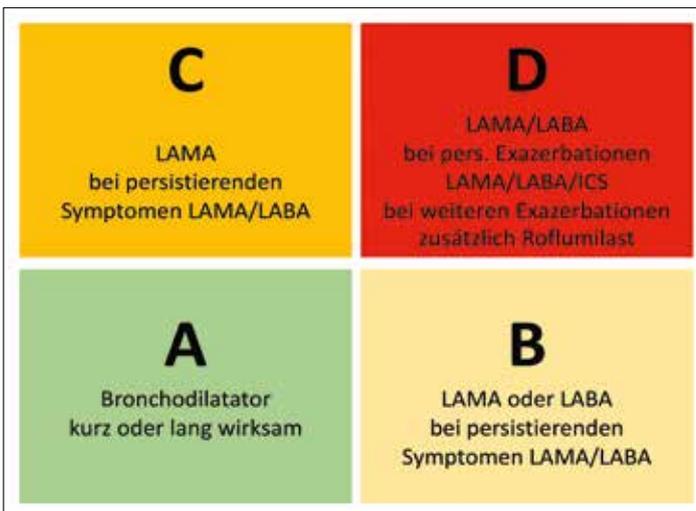


Abbildung 2: Lang wirksame Bronchodilatoren (Anticholinergika: LAMA) und lang wirksame Betaagonisten (LABA) bilden die Basis-therapie der COPD; inhalative Steroide (ICS) sind keine First-Line-Therapie.

Besser von «Lungenattacke» sprechen

Die COPD-Exazerbation ist eine akute Verschlechterung, die sich in Atemnot, Husten und Auswurf in einem über die normalen täglichen Schwankungen hinausgehenden Ausmass manifestiert. Sie erfordert eine (vorübergehende) Änderung der Therapie. Weil bereits nach der zweiten schweren Exazerbation mit einer raschen Verschlechterung sowie einer verkürzten Lebenszeit zu rechnen ist und die Intervalle von Exazerbation zu Exazerbation kürzer werden, ist es wichtig zu wissen, wie viele Exazerbationen ein Patient bereits erlitten hat. Dabei solle man gegenüber dem Patienten nie von «Exazerbationen» sprechen, sondern den anschaulicheren Begriff «Lungenattacken» verwenden, empfahl der Referent: «Eine Exazerbation betrifft den Patienten nicht, eine Lungenattacke schon.»

Was in der Praxis zu tun ist

Die Pharmakotherapie bei COPD sei zwar nicht lebensverlängernd, lindere aber die Symptome erheblich, sagte Senn. Darüber hinaus sei durch gute Daten belegt, dass die Behandlung neben der Kontrolle der Symptome auch eine Verminderung der Anzahl von Exazerbationen und Notfallkonsultationen bewirke.

Inhalative Kortikosteroide seien keine First-Line-Therapie und sollten nur zusätzlich bei Patienten mit schweren COPD-Stadien, insbesondere bei hoher Symptomenlast und häufigen Exazerbationen, eingesetzt werden. Bei diesen Patienten der Kategorie D wird eine pneumologische Mitbetreuung empfohlen. Die Medikation richtet sich nach der Risikoklasse (Abbildung 2).

Ein grosses Problem ist das korrekte Inhalieren. Oliver Senn empfahl Videos der Atemwegsliga Deutschland (s. *Kasten 2*), die zu allen möglichen Inhalationsgeräten verfügbar sind. Zwar kämen nur wenige Patienten allein mit den Videos zurecht, aber die Aufnahmen seien auch eine gute Informationsquelle für Ärzte und Fachpersonal, um die Patienten bei der Handhabung der verschiedenen Inhalationsgeräte zu unterstützen.

Eine intensive Betreuung der COPD-Patienten ist für alle Massnahmen wichtig, sei es vom Rauchstopp bis zur Förderung körperlicher Aktivität oder von der Prävention (Influenza- und Pneumokokkenimpfung nicht vergessen!) bis zur Schulung des Patienten, damit er Exazerbationen frühzeitig selbst erkennen kann. Die Lungenliga bietet unter dem Motto «Besser leben mit COPD» Kurse an, die das Selbstmanagement der Patienten fördern.

Die Umsetzung all dieser Massnahmen in der Praxis ist schwierig: «Es gibt Massnahmen, von denen wir wissen, dass wir sie umsetzen sollten, aber es gibt hundert Gründe, warum wir es in der Praxis nicht schaffen, das alles umzusetzen oder zu implementieren», sagte Senn. In der CAROL-Studie zeigte sich, dass ein systematisches Vorgehen im Team hilfreich sein kann. Wenn das ganze Praxisteam, Hausärzte und MPA, gemeinsam einen Betreuungsplan systematisch abarbeiten, funktioniert bereits innert einem Jahr vieles besser. In der Studie waren die Teams im Vergleich mit den Kontrollpraxen bei der Umsetzung fast aller Massnahmen besser: Rauchstoppberatung, Rauchstoppintervention, Influenzaimpfung, das Sichern der korrekten Inhalationstechnik, die Förderung von ausreichend Bewegung und das Zuweisen von COPD-Patienten zu Schulungen wurden häufiger umgesetzt (7). Nur bei der Qualität der Pharmakotherapie zeigte sich kein Unterschied. Das sei aber

Tabelle 2:

In der Schweiz verfügbare COPD-Medikamente

Wirkstoffklasse	Wirkstoffe	Handelsnamen
SABA	Salbutamol	Ventolin®
	Terbutalin	Bricanyl®
SAMA	Ipratropium	AtropairSteri-Nebs®, Atrovent®
SAMA + SABA	Ipratropium/Fenoterol	Berodual®
	Ipratropium/Salbutamol	Dospir®
LAMA	Aclidinium	Eklira® Genuair®
	Glycopyrronium	Seebri® Breezhaler®
	Tiotropium	Spiriva® HandiHaler/Respimat®
	Umeclidinium	Incruse® Ellipta®
LABA	Formoterol	Foradil®, Oxis® Turbuhaler®
	Indacaterol	Onbrez® Breezhaler®
	Olodaterol	Striverdi® Respimat®
	Salmeterol	Serevent®
LAMA + LABA	Indacaterol/Glycopyrronium	Ultibro® Breezhaler®
	Olodaterol/Tiotropium	Spiolto® Respimat®
	Vilanterol/Umeclidinium	Anoro® Ellipta®
LABA + ICS	Formoterol/Budesonid	Symbicort® Turbuhaler®, Vannair™
	Formoterol/Beclometason	Foster®
	Salmeterol/Fluticasonpropionat	Seretide®
	Vilanterol/Fluticasonfuroat	Relvar® Ellipta®
LAMA + LABA + ICS	Vilanterol/Umeclidinium/Fluticasonfuroat	Trelegy® Ellipta®
	Formoterol/Glycopyrronium/Beclometason	Trimbrow®
ICS	Budesonid	Budenid Steri-Nebs®, Miflonide® Breezhaler®, Pulmicort® Respules®/Turbuhaler®
PDE4-Hemmer	Roflumilast	Daxas®
	Theophyllin	Aminophyllin Amino, Unifyl® Continus®

Angaben gemäss compendium.ch

ICS: inhalatives Kortikosteroid; LAMA: lang wirksames Anticholinergikum; LABA: lang wirksamer Beta-2-Agonist; PDE4: Phosphodiesterase 4; SAMA: kurz wirksames Anticholinergikum; SABA: kurz wirksamer Beta-2-Agonist

Kasten 2:

Nützliche Links für die Betreuung von COPD-Patienten**Symptombelastung**

Test CAT™

≥ 10 Punkte sprechen für eine vermehrte Symptombelastung.

Download:

<https://www.rosenfluh.ch/qr/cat>**Videoanleitungen zu allen Inhalationsgeräten**https://www.rosenfluh.ch/qr/richtig_inhalieren**COPD-Pocket-Guide für Ärzte und Fachpersonal**

Download deutsch:

https://www.rosenfluh.ch/qr/copd_guide_dt

Download französisch:

https://www.rosenfluh.ch/qr/copd_guide_fr

Download italienisch:

https://www.rosenfluh.ch/qr/copd_guide_it

letztlich der positiven Tatsache geschuldet, dass die Hausarztpraxen in der Schweiz die medikamentöse Behandlung bei COPD ohnehin sehr gut durchführten, sagte Senn.

Exazerbation: Was tun?

Gut geschulte Patienten haben bestenfalls einen persönlichen Aktionsplan, den sie zum Teil auch ohne weitere ärztliche Verordnung unmittelbar umsetzen können. Hierzu zählt der erste Schritt, die Steigerung der LAMA/LABA-Dosis. Reicht das nicht aus, wird Prednison oral gegeben (40 mg/Tag), aber nur für 5 bis 7 Tage. Seit der Schweizer REDUCE-Studie (8) ist klar, dass die 5- bis 7-tägige Kortisongabe nicht schlechter ist als die 10- bis 14-tägige. Im Gegenteil: «Sie bedeutet weniger Kortison und weniger Nebenwirkungen bei gleichem Erfolg», sagte der Referent. Bei schweren Exazerbationen (FEV₁ < 50%) oder bei ausbleibender Besserung nach 24 bis 48 Stunden werden Antibiotika gegeben. «Nicht jeder Patient mit einer Exazerbation braucht ein Antibiotikum, nur die schweren Fälle», betonte Senn. ▲

Renate Bonifer

Quelle: Prof. Oliver Senn: «COPD-(Früh-)Erkennung: Eine hausärztliche Perspektive». Referat am PraxisUpdate Bern, 7. November 2019.

Literatur:

1. Steurer-Stey C et al.: COPD – Quintessenz für den Grundversorger 2013. *Schweiz Med Forum* 2013; 13(11): 227–230.
2. Markun S et al.: The impact of case finding on the recruitment yield for COPD research in primary care: an observational study. *Respiration* 2016; 92: 308–315.
3. Finley CR et al.: What are the most common conditions in primary care? *Can Fam Physician* 2018; 64(11): 832–840.
4. Gnädinger M et al.: Praxis-Spirometrie. *Schweiz Med Forum* 2014; 14(37): 683–688.
5. Strassmann A et al.: Population-based reference values for the 1-min sit-to-stand test. *Int J Public Health* 2013; 58: 949–953.
6. Crook S et al.: The validation of the sit-to-stand test for COPD patients. *Eur Respir J* 2017; 50(3).
7. Markun S et al.: Care in chronic obstructive lung disease (CAROL): a randomised trial in general practice. *Eur Resp J* 2018; 51(5): 170187.
8. Leuppi JD et al.: Short-term vs conventional glucocorticoid therapy in acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: the REDUCE randomized clinical trial. *JAMA* 2013; 309(21): 2223–2231.