# Pneumologie-Update 2018

# Neues zu COPD, Asthma und interstitiellen Lungenerkrankungen

Am SGAIM-Kongress in Basel wurde in einem kurzen Abriss über die Neuheiten und Wichtigkeiten in der Therapie und Abklärung bei verschiedenen Lungenerkrankungen berichtet. Kombinationstherapien bei COPD, empirische Behandlung bei einem Asthmanotfall, Möglichkeiten der Stabilisierung der Lungenfibrose und die Abklärung eines Lungenrundherdes waren die Themen.

Was hat sich in der COPD geändert? In einem ersten Schritt sollte mittels einer Spirometrie die Obstruktion anhand des forcierten Einsekundenvolumens (FEV1) und damit das GOLD-Stadium ermittelt werden. In einem zweiten Schritt werden die Symptome beurteilt: Leichte beziehungsweise schwere Symptome (Dyspnoe) ohne schwere spitalpflichtige Exazerbationen werden in die Symptomklassen A und B eingeteilt, leichte beziehungsweise schwere Symptome (Dyspnoe) mit schweren spitalpflichtigen Exazerbationen in die Symptomklassen C und D. Aufgrund dieser Einteilung kann eine passende Therapie gefunden werden. Neu ist, dass in den GOLD-Guidelines 2018 für die Symptomgruppen B, C und D gleich zu Beginn eine Kombination von lang wirksamen Betamimetika (LABA) mit lang wirksamen Antimuskarinika (LAMA) empfohlen wird (1).

Eine Folge der COPD ist die Überblähung. Das Residualvolumen ist dabei erhöht. Die Patienten können die Luft nicht mehr richtig ausatmen (air trapping), was das FEV1 sinken und die Patienten an Dyspnoe, vor allem bei Anstrengung, leiden lässt. LAMA und LABA können der Überblähung teil-

weise entgegenwirken, doch bei einem schweren Lungenemphysem, GOLD-Stadium III (FEV1 30–50%) reicht das nicht mehr. Eine weitere Möglichkeit besteht in der chirurgischen Lungenvolumenreduktion. Eine solche kann auch endoskopisch und teilweise reversibel mittels Einsatz von Coils oder Ventilen, die die Luft heraus-, aber nicht hineinlassen, erreicht werden oder neuerdings auch mittels Wasserdampfablation, was aber noch nicht breit getestet ist. Alle Lungenfunktionsreduktionsverfahren inaktivieren oder beseitigen die emphysematösen Lungenareale unter Schonung der nicht erkrankten Teile. Die Lungenfunktion verbessert sich, und die körperliche Leistungsfähigkeit und die Lebensqualität der Patienten steigen wieder an. Auf die Mortalität haben sie jedoch keinen Einfluss.

## Neues bei Asthma

In der Behandlung von Asthma sind die GINA-Guidelines massgebend, wovon es 2018 ein Update gab (2). Danach gibt es in der diagnostischen Abklärung von Asthma neu einen «medical urgency»-Weg, der die Möglichkeit eröffnet, notfallmässig eine empirische Therapie mit inhalativen Kortikosteroiden (ICS) und kurz wirksamen Betamimetika (SABA) abzugeben, wenn die Zeit für eine Lege-artis-Abklärung mit Spirometrie und Metacholintest fehlen sollte und es die Situation erfordert (Abbildung). Die ausführliche Abklärung soll dann zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen.

Bei einem Asthmapatienten ist es generell wichtig abzuklären, ob sein Asthma gut kontrolliert ist. Das kann mit vier Fragen nach dem Ergehen in den letzten 4 Wochen geschehen (Tabelle): Symptome tagsüber mehr als zweimal wöchentlich? Nächtliches Aufwachen wegen Asthma? Einsatz eines Bronchodilatators mehr als zweimal wöchentlich? Aktivitätseinschränkungen wegen Asthma? Werden alle Fragen mit Nein beantwortet, ist der Patient gut kontrolliert. Gibt es Ja-Antworten, bedarf es einer Therapieanpassung.

In der Therapie soll zu Beginn ein ICS eingesetzt werden, plus ein SABA bei Bedarf. Sind damit die Symptome nicht unter Kontrolle zu bringen, kommt eine Kombination aus niedrig dosiertem ICS plus LABA zur Anwendung sowie als Bedarfs-

# **KURZ & BÜNDIG**

- ➤ Symptomatische COPD-Patienten (B-D) werden nach GOLD-Guidelines von Beginn an mit einer dualen Bronchodilatation (LABA/LAMA-Kombination) behandelt.
- Wenn die Zeit für eine ausführliche Asthmaabklärung fehlt und ein Asthmanotfall vorliegt, kann empirisch ein ICS/SABA abgegeben und die Abklärung später vorgenommen werden.
- ► Pirfenidon und Nintedanib können eine Stabilisierung der idiopathischen Lungenfibrose bewirken.
- Bei Lungenrundherden sollte die Abklärung gemäss den Fleischner-Kriterien erfolgen.

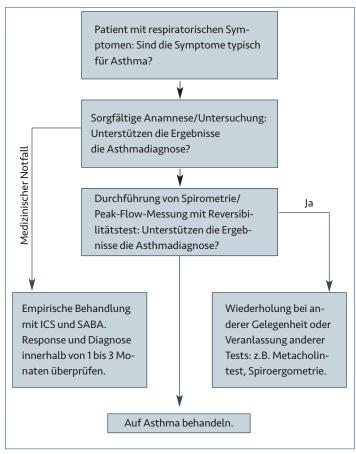


Abbildung: Asthmaabklärung: diagnostische Schritte (mod. nach [2])

Hatten/sind Sie	gut	teilweise	un-
in den letzten	kontrolliert	kontrolliert	kontrollier
4 Wochen			
tagsüber Symptome			
häufiger als 2 ×			
pro Woche?			
in der Nacht wegen			
Asthma aufgewacht?	keines davon	1-2 davon	3-4 davon
häufiger als 2 ×			
pro Woche einen			
SABA verwendet?			
irgendwelche			
Aktivitäts-			
einschränkungen			
wegen Asthma?			

medikationen ein SABA oder niedrig dosiertes ICS/Formoterol. Die nächste Stufe besteht aus einer Dosiserhöhung der bestehenden ICS/LABA oder alternativ aus dem Zusatz von Tiotropium oder Leukotrienantagonisten. Sind damit die Symptome noch immer nicht zu kontrollieren, sollte der Patient für eine Zusatztherapie mit Tiotropium, Anti-IgE (Omalizumab s.c.) oder Anti-IL-5 (Mepolizumab s.c., Benra-

Wirkstoff	Name	Dosierung
Kortikosteroide (ICS)		
Budesonid	Miflonid®	1–2 ×/Tag
	Pulmicort®	
Anticholinergika (LAMA)		
Aclidinium bromid	Eklira®	2 ×/Tag
Umeclidinium bromid	Incruse®	1 ×/Tag
Glycopyrronium bromid	Seebri®	1 ×/Tag
Tiotropium bromid	Spiriva®	1 ×/Tag
Anticholinergika (LAMA) +	- <i>B2-Sympathomi</i>	metika (LABA)
Umeclidinium bromid +		
Vilanterol	Anoro®	1 ×/Tag
Indacaterol + Glyco-		
pyrronium bromid	Ultibro®	1 ×/Tag
Olodaterol + Tio-		
tropium bromid	Spiolto®	1 ×/Tag
Kurz wirksame selektive B	2-Sympathomime	etika (SABA)
Fenoterol	Berotec® N	max. 8 ×/Tag
Terbutalin	Bricanyl®	max. 12 ×/Tag
Salbutamol	Salamol®	8 ×/Tag
	Salbu Orion®	
	Ventolin®	
Lang wirksame selektive E	82-Sympathomim	etika (LABA)
Formoterol	Foradil®	2 ×/Tag
	Oxis®	
Indacaterol	Onbrez®	1 ×/Tag
Salmeterol	Serevent®	2 ×/Tag
Olodaterol	Striverdi®	1 ×/Tag
Lang wirksame selektive E	82-Sympathomim	etika (LABA) +
Kortikosteroide (ICS)		
Vilanterol + Flutica-		
son furoat	Relvar®	1 ×/Tag
Salmeterol + Flutica-		
son propionat	Seretide®	2 ×/Tag
Formoterol + Budesonid	Symbicort®	2 ×/Tag
	Vannair®	
SABA = Short-acting beta-anta		

lizumab s.c., Reslizumab i.v.) überwiesen werden. Eine niedrig dosierte systemische Kortikosteroidtherapie ist hier ebenfalls zu erwägen.

### Interstitielle Lungenerkrankungen

Eine häufige interstitielle Lungenerkrankung bei älteren Menschen ist die idiopathische Lungenfibrose (IPF). Als Symptome treten vor allem Dyspnoe und Husten auf. Typisch ist auch ein Knisterrasseln (Sklerosiphonie), das wie ein Aufreissen eines Klettverschlusses klingt. Auch Trommelschlägelfinger (clubbing) können ein Hinweis für eine IPF sein. Die definitive Diagnose wird mittels Computertomogramm (CT) und falls nötig einer nachfolgenden Lungenbiopsie gestellt. Als therapeutische Optionen stehen die Symptomlinderung, die Sauerstoffgabe und der Rauchstopp im Vordergrund. Um Komplikationen vorzubeugen, sind Impfungen gegen Grippe und Pneumokokken sowie ein Antibiotikumeinsatz zu erwägen. Die Krankheitsprogression

Wirkstoff	Name	Dosierung
Kortikosteroide (ICS)		-
Ciclesonid	Alvesco®	1–2 ×/Tag
Mometason	Asmanex®	1–2 ×/Tag
Fluticason propionat	Axotide®	2 ×/Tag
Fluticason furoat	Arnuity®	1 ×/Tag
Beclometason	Beclo Orion®	2 ×/Tag
	Qvar®	-
Budesonid	Miflonide®	1–2 ×/Tag
	Pulmicort®	· ·
Anticholinergika (SAMA/LABA)		
Ipratropiumbromid	Atrovent®	3-4 ×/Tag
Anticholinergika + B2-Sympatho	omimetika	
Salbutamol + Ipratropiumbromid	Dospir®	3-4 ×/Tag
Fenoterol + Ipratropiumbromid	Berodual® N	max. 8 ×/Tag
Kurz wirksame selektive B2-Sym	npathomimetika (SA	
Fenoterol	Berotec® N	max. 8 ×/Tag
Terbutalin	Bricanyl®	max. 12 ×/Tag
Salbutamol	Salamol®	max. 8 ×/Tag
	Salbu Orion®	
	Ventolin®	
Lang wirksame selektive B2-Syn		BA)
Formoterol	Foradil®	2 ×/Tag
	Oxis®	2 / // / / / /
Salmeterol	Serevent®	2 ×/Tag
Lang wirksame selektive B2-Sympa		
Formoterol + Fluticason propional		2 ×/Tag
Vilanterol + Fluticason furoat	Relvar®	1 ×/Tag
Salmeterol + Fluticason propional		2 ×/Tag
Formoterol + Budesonid	Symbicort®	2 ×/Tag
	Vannair®	2 / // .u.g
Cromoglicinsäure	vaiiiaii	
Cromoglicinsäure	Lomudal®	max. 8 ×/Tag
Leukotrienantagonisten	Lomada	max. o x/ lug
Montelukast	Singulair®, Lukair®,	1 ×/Tag
William	div. Generika	1
Zafirkulast	Accolate®	2 ×/Tag
Monoklonale Antikörper	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	- Ariug
Reslizumab	CINQUAERO®	alle 4 Wochen
Benralizumab	Fasenra®	alle 4 bzw. 8 Woche
Mepolizumab	Nucala®	alle 4 Wochen

kann mit Pirfenidon (Esbriet<sup>®</sup>) und Nintedinab (Ovef<sup>®</sup>) beeinflusst beziehungsweise stabilisiert werden. Diese Präparate führen im Vergleich zu Plazebo zu einem weniger starken Abfall des Lungenvolumens, wie Studien gezeigt haben (3–5).

#### Lungenrundherde über 6 mm abklären

Bei Lungenrundherden, die meist symptomfrei sind und häufig zufällig entdeckt werden, muss nicht in jedem Fall weiter abgeklärt werden. Grösse und Anzahl sind dafür entscheidend. Gemäss den neuen Fleischner-Kriterien (6) (*Link*) sollten einzelne oder mehrere Knoten < 6 mm nicht weiter untersucht werden. Bei Rundherden von 6 bis 8 mm soll der Verlauf mit einem CT nach 6 bis 12 Monaten und einem weiteren CT nach 18 bis 24 Monaten beobachtet werden. Sind die Knoten ≥ 8 mm soll die Entnahme einer Gewebeprobe erwogen werden.

#### Valérie Herzog

Quelle: «Update Pneumologie». Jahresversammlung der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine und Innere Medizin (SGAIM), 30. Mai bis 1. Juni 2018, Basel.

#### Referenzen

- Global Initiative for chronic obstructive lung disease. 2018 Report. www.goldcopd.org
- GINA Asthma Guidelines, Update 2018; http://ginasthma.org/ download/832/
- King TE Jr et al.: A phase 3 trial of pirfenidone in patients with idiopathic pulmonary fibrosis. N Engl J Med 2014; 370: 2083– 2092.
- 4. Richeldi L et al.: Efficacy and safety of nintedanib in idiopathic pulmonary fibrosis. N Engl J Med 2014; 370: 2071–2082.
- MacMahon H et al.: Guidelines for Management of Incidental Pulmonary Nodules Detected on CT Images: From the Fleischner Society 2017. Radiology 2017; 284: 1.



#### Abklärung Lungenrundherd

www.rosenfluh.ch/qr/abklaerung-lungenrundherd