

An Begleiterkrankungen denken

# COPD und Herzschwäche: ein häufiges Duo

Mit der COPD steigt das Risiko für weitere Krankheiten deutlich, allen voran Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Aber auch die Gesundheit der Knochen leidet. Um Komplikationen zu vermeiden, sollte der Arzt mögliche Begleiterkrankungen frühzeitig im Blick haben.

„Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Patient mit COPD nur an seiner Lungenerkrankung leidet, ist definitiv geringer als die Wahrscheinlichkeit, dass er mindestens eine Komorbidität hat“, berichten die Pneumologen Dr. Benjamin Waschki vom Universitären Herzzentrum Hamburg und PD Dr. Henrik Watz vom Pneumologischen Forschungsinstitut LungenClinic Großhansdorf. Bei COPD-Patienten sollte daher stets auch nach Begleiterkrankungen gesucht werden.

## Jeder fünfte COPD-Patient hat auch eine Herzinsuffizienz

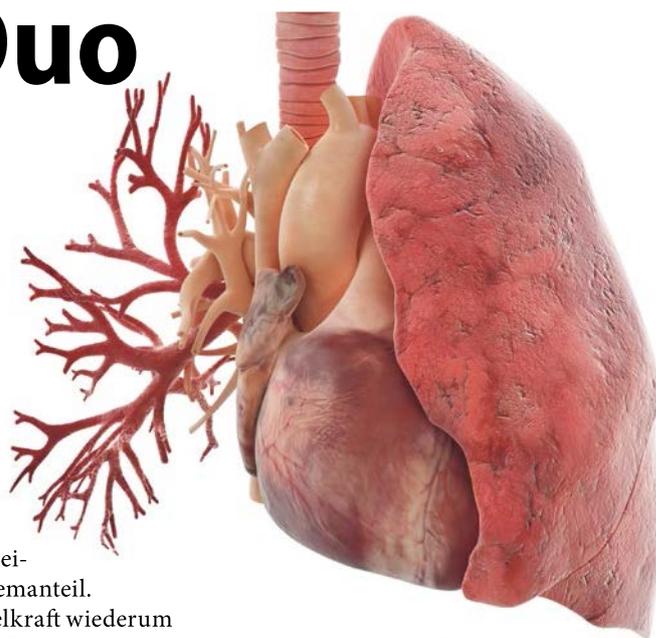
Eine besonders hohe Koinzidenz besteht zwischen COPD und Herzinsuffizienz: 20% aller COPD-Patienten leiden an Herzinsuffizienz. Umgekehrt findet sich bei 25% der Patienten mit Herzinsuffizienz eine COPD. Als Grund für das oft zeitgleiche Auftreten nennen die Experten die KHK-Häufung bei COPD-Patienten. Aber auch die Rechtsherzinsuffizienz als Komplikation einer schwergradigen COPD mit ausgeprägter Hypoxämie sowie die linksventrikuläre diastolische Dysfunktion als direkte Folge der COPD seien in Betracht zu ziehen.

Da die Dyspnoe gemeinsames Symptom von COPD und Herzinsuffizienz ist und sich die führende Erkrankung nur schwer ausmachen lässt, raten die Pneumologen, bei COPD-Patienten frühzeitig eine Echokardiografie und Serummarkerbestimmung durchzuführen. Und bei Herzinsuffizienz-Patienten sollte die Lungenfunktion gemessen werden.

Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung zehrt auch an Knochen und Skelettmuskulatur. Die Prävalenz der Osteoporose wird im Mittel mit 35% an-

gegeben. Besonders gefährdet sind COPD-Patienten mit einem niedrigen BMI und/oder wenig fettfreier Masse und/oder einem größeren Emphysemanteil.

Ein Verlust an Muskelkraft wiederum lässt sich bereits im GOLD-Stadium I feststellen, was sich unter anderem in einem sinkenden Querschnitt des M. quadriceps widerspiegelt. Ausschlaggebend für den muskulären Abbau ist vor-



© Springer Medizin Verlag GmbH

allem die körperliche Inaktivität der Patienten, wie Waschki und Watz erklären.

dk/ikr

*Pneumologe. 2017;14:325–34*

## Overlap-Syndrom

### Bei Schlafapnoe und COPD versagt oft die nächtliche Beatmungstherapie

Da COPD-Patienten häufig auch an obstruktiver Schlafapnoe (OSA) leiden, lohnt es sich, nach dieser Komorbidität zu fahnden.

Bei COPD-Patienten ist die Prävalenz der obstruktiven Schlafapnoe (OSA) deutlich erhöht. Bei gleichzeitigem Vorliegen von COPD und OSA (Overlap-Syndrom) steigt das Risiko für Herzrhythmusstörungen und Lungenhochdruck, und die Lebensqualität nimmt ab.

Schätzungsweise hat jeder sechste COPD-Patient im fortgeschrittenen Stadium eine OSA. Deshalb sollte bei mittelschwerer bis schwerer COPD routinemäßig im Schlaflabor nach OSA gefahndet werden, denn hier hilft eine nächtliche CPAP-Therapie („continuous positive

airway pressure“) per Maske. Diese verbessert die Schlafqualität, COPD-Exazerbationen und Hospitalisierungen werden vermindert, und kardiovaskuläre Todesfälle nehmen ab.

Bei einem signifikanten Anteil der Overlap-Patienten, besonders bei solchen mit Übergewicht, schlechter Lungenfunktion, niedrigem  $pO_2$ , höherem  $pCO_2$  im Wachzustand oder längerer Schlafzeit mit  $SpO_2 < 90\%$  kann die CPAP-Therapie jedoch versagen.

Hyperkapnie tagsüber und nächtliche Hypoxie sind unabhängige Prädiktoren für ein frühes CPAP-Versagen bei OSA-COPD-Overlap-Patienten.

djb/ikr

*Sleep Med. 2017;30:139–45*