

Von Notfallspray bis Einweisung

Akute Verschlechterung einer COPD: Was tun?

Akute Exazerbationen einer COPD sind potenzielle Notfälle. Der Pneumologe Prof. Adrian Gillissen von den Kreiskliniken Reutlingen erklärt, worauf in der hausärztlichen Versorgung zu achten ist.

Woran erkennt man, dass die Verschlimmerung von COPD-Beschwerden nicht der Tag-zu-Tag-Variabilität zuzurechnen ist?

Gillissen: Patienten sind meist gut in der Lage, die Tag-für-Tag-Schwankungen, die bei COPD ohnehin nicht so ausgeprägt sind wie bei Asthma, von einer zunehmenden Verschlechterung zu unterscheiden. Bei einer Exazerbation nimmt die Dyspnoe zu, und zwar zunächst bei Belastung, später auch in Ruhe. Zudem vergrößert sich die Auswurfmenge und bei einer bakteriellen Infektion verfärbt sich das Sputum ins Gelbliche oder Gelblich-Grüne. Auch das Giemen nimmt zu.

Wie lange muss eine Verschlechterung mindestens anhalten, um als Exazerbation zu gelten?

Gillissen: Zwei Tage. In der Praxis gibt es aber eine große Variabilität. Eine Studie hat gezeigt, dass sich eine Exazerbation durch eine Symptomzunahme auch über mehrere Tage ankündigen kann. Umgekehrt kann eine Lungenentzündung oder eine eitrige Bronchitis innerhalb von 24 Stunden zu einer Exazerbation führen. Schwer pulmonal vorerkrankte Patienten dekompensieren auch schon mal innerhalb weniger Stunden.

An welche Differenzialdiagnosen ist zu denken?

Gillissen: Am wichtigsten sind zu nennen: eine Lungenstauung infolge einer dekompensierten Herzinsuffizienz, eine Lungenentzündung und ein Pleuraerguss.

In welchen Fällen reicht ein Notfallspray?

Gillissen: In leichten Fällen kann der Patient durch Anwendung eines kurzwirk-

samen bronchial erweiternden Präparats die vermehrte Atemnot zuhause bekämpfen.

Wann ist ein Glukokortikoidstoß angezeigt?

Gillissen: Systemische Glukokortikosteroide sind nur bei schwerer Exazerbation mit potenziell lebensgefährdendem Verlauf angezeigt. Der Grund liegt in der nur schlechten und limitierten Wirksamkeit sowie den Nebenwirkungen bei längerer Anwendung.

Welche Patienten profitieren von einem Antibiotikum?

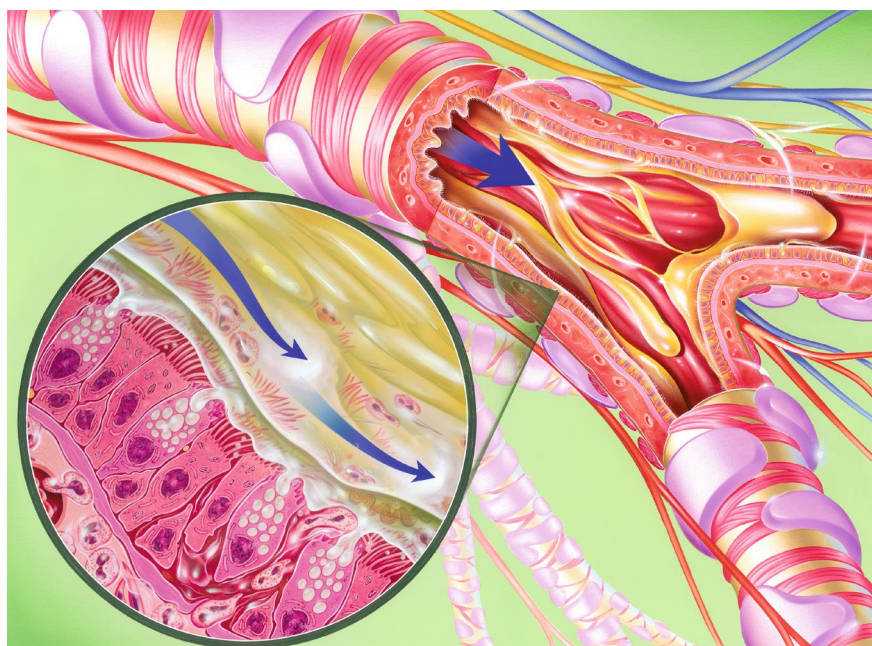
Gillissen: Ist zu vermuten, dass ein bakterieller Infekt der COPD-Exazerbation zugrunde liegt, dann dürfen auch Anti-

biotika eingesetzt werden. Meistens wird die Therapie zunächst kalkuliert durchgeführt, wobei es hilft, wenn zum Zeitpunkt der Erstanwendung Sputum für eine mikrobiologische Analyse gewonnen wird, damit ggf. später das Antibiotikum adaptiert werden kann. Zeichen für einen bakteriellen Infekt sind: eitrig bis eitrig-grüner Auswurf, Fieber, erhöhtes CRP, Leukozytose. Die Therapieauswahl richtet sich nach der Leitlinie zur Behandlung der ambulant erworbenen Pneumonie.

Wann sollten die Patienten stationär eingewiesen werden?

Gillissen: Bei Fieber, schwerer Atemnot, Hypoxie oder O₂-Sättigungsabfall, Kreislaufreaktion mit Hypotonie und bei Versagen der ambulanten Behandlung.

Wie geht es nach überstandener Exazerbation weiter: Muss die Grundtherapie angepasst werden?



Darstellung der Bronchien bei COPD, zu deren Symptomen ein lange anhaltender Husten mit Schleim (gelb), der von den Zellen der Atemwege produziert wird (Einschub links), gehört.

Gillissen: In Abhängigkeit vom klinischen Verlauf, vom aktuellen Zustand – Atemnot, Husten, Auswurf, Mobilität, Blutgasanalyse – und der Lungenfunktion sollte nach einer Exazerbation immer versucht werden, die Therapie auf ein Niveau zu reduzieren, mit dem der Patient stabil zu führen ist.

Die Patienten sollten primär Substanzen erhalten, für die in klinischen Studien eine exazerbationsverhindernde Wirkung beschrieben wurde. Das gilt insbesondere für langwirksame Anticholinergika (LAMA). Patienten mit mehr als einer Exazerbation pro Jahr mit Krankenhausaufenthalt und hoher Symptomlast (COPD Assessment Test, kurz CAT > 10) eignen sich für die zusätzliche Gabe eines inhalativen Kortikosteroids (ICS), entweder zusammen mit einem langwirksamen Betamimetikum (LABA) oder als inhalative Triplekombination. Der PDE4-Inhibitor Roflumilast

Experteninterview



Prof. Dr. med. Adrian Gillissen
Medizinische Klinik III (Innere Medizin & Pneumologie), Klinikum am Steinenberg/
Ernstalklinik, Reutlingen-Bad Urach

kommt optional für Patienten mit chronischer Bronchitis als zusätzliches Medikament infrage. Abzuklären sind zudem die Indikation zur Rehabilitation, zur Lang-

zeit-Sauerstofftherapie und zu Raucherentwöhnungsmaßnahmen sowie der Impfstatus gegen Influenza, Pneumokokken und natürlich Corona.

Wie kann das Management von COPD-Exazerbationen in der Primärversorgung verbessert werden?

Gillissen: Patienten, die sich bewegen, sind weniger exazerbationsgefährdet. Somit bliebe die Empfehlung, sich z.B. in einer Lungensportgruppe anzumelden. Die Deutsche Atemwegsliga stellt eine Fülle von Informationsmaterial zur Verfügung. Häufig leiden COPD-Patienten an mehreren Erkrankungen. Auch die müssen optimal therapiert werden, weil oft eine Assoziation einer COPD-Instabilität mit Erkrankungen wie Diabetes, Adipositas, Depression, Herzinsuffizienz oder KHK besteht.

Dr. Beate Schumacher

Prävention von Pneumonien

Adäquater Impfschutz für COPD-Patienten

Bei Patientinnen und Patienten mit COPD sollten alle Impfeempfehlungen der STIKO umgesetzt werden. So kann das Risiko für Exazerbationen reduziert werden.

Eines der Kernziele der 2021 aktualisierten Nationalen Versorgungsleitlinie (NVL) COPD ist die Optimierung des Therapiemanagements. Dazu gehört auch ein aktueller Impfstatus. Patienten mit COPD sollten Impfungen gemäß den Empfehlungen der STIKO angeboten werden, heißt es in der NVL. Vor allem für Influenza- und Pneumokokkenimpfungen spricht das Leitlinien-Komitee eine starke Empfehlung aus.

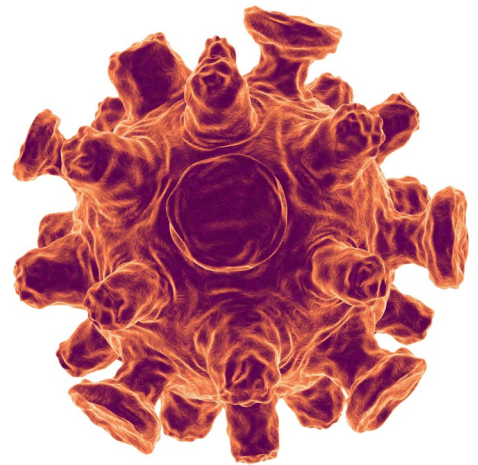
Influenza ist die häufigste impfpräventable Infektionskrankheit im Erwachsenenalter. Bei COPD-Patienten kann durch die Immunisierung eine signifikante Reduktion einer Influenza-induzierten Exazerbation erzielt werden. Außerdem wird die Hospitalisierungsrate und insbesondere bei älteren COPD-

Patienten das Risiko einer ischämischen Herzkrankheit verringert.

Um die sehr unterschiedlich ausfallende Wirksamkeit der Influenza-Impfstoffe in den verschiedenen Altersgruppen auszugleichen, gibt es nun für Patienten ab 60 Jahren einen Hochdosis-Impfstoff, der die vierfache Menge an Antigenen enthält. Bei älteren Personen kommt es zu einer leichten, aber signifikant höheren Wirksamkeit im Vergleich zu den Nicht-Hochdosis-Impfstoffen. Die Impfung kann zeitgleich mit einer Immunisierung gegen COVID-19 oder gegen Pneumokokken stattfinden – jeweils eine Spritze pro Arm.

Auch andere Impfungen bedenken!

Die STIKO empfiehlt außerdem eine Indikationsimpfung gegen Pneumokokken bei allen bronchopulmonalen Erkrankungen, ausdrücklich auch bei der COPD. Durch eine Pneumokokkenimpfung von Patientinnen und Patienten mit COPD kann das Risiko, an einer ambu-



© Stephen Sweet / Fotolia

lant erworbenen Pneumonie zu erkranken oder eine Exazerbation zu erleiden, reduziert werden. Die STIKO rät zur Gabe des 23-valenten Polysaccharidimpfstoffs und steht damit im Widerspruch zu verschiedenen Fachgesellschaften und internationalen Leitlinien, die den 13-valenten Pneumokokken-Konjugatimpfstoff bevorzugen.

Bei der nächsten fälligen Diphtherie- und Tetanus-Impfung sollte auch einmalig oder alle zehn Jahre gegen Keuchhusten geimpft werden. Denn ein Infektionsschutz gegen Pertussis persistiert nicht, egal ob die Patienten schon daran erkrankt waren oder geimpft wurden.

Dr. Nicola Zink