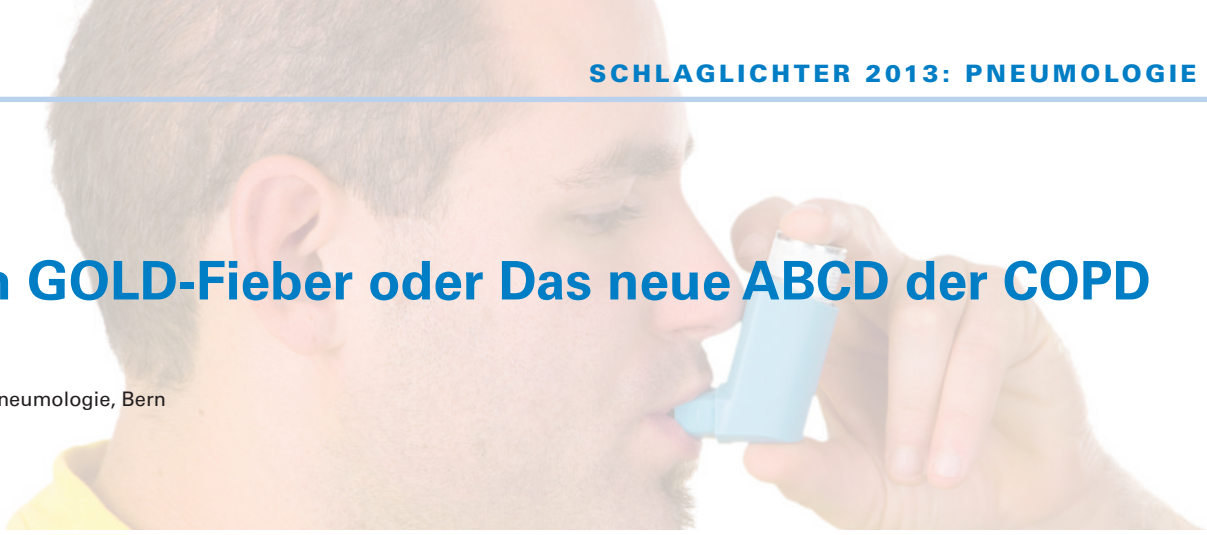

COPD im GOLD-Fieber oder Das neue ABCD der COPD

Thomas Geiser
Universitätsklinik für Pneumologie, Bern

Die chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD) bleibt eines der wichtigsten Public-Health-Probleme weltweit und wird im Jahr 2020 voraussichtlich zur dritthäufigsten Todesursache aufsteigen [1]. 1997 wurden die ersten Richtlinien der «Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD)» publiziert, die mittlerweile aufgrund neuer Erkenntnisse aus grossen Multizenterstudien bereits wiederholt revidiert wurden (2007/2011) [2].

Thomas Geiser

Der Autor hat keine finanzielle Unterstützung und keine anderen Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Einteilung von COPD-Patienten in vier Gruppen

Ausser neuen Therapieansätzen wurde in der aktuellen Version eine neue Klassifizierung der COPD-Patienten vorgeschlagen. Diese beruht einerseits auf den vom Patienten empfundenen Symptomen, quantifiziert mittels COPD Assessment Test (CAT), und der modifizierten «Medical Research Council Dyspnea Scale» (mMRC), anderseits auf dem lungenfunktionellen Schweregrad (GOLD-Stadien I–IV) sowie der Anzahl Exazerbationen im vergangenen Jahr. Dabei wurden die vier Gruppen A, B, C und D resp. Quadranten definiert (Abb. 1):
A: wenige Symptome, bessere Lungenfunktion,
B: mehr Symptome, bessere Lungenfunktion,
C: wenige Symptome, schlechtere Lungenfunktion,
D: mehr Symptome, schlechtere Lungenfunktion.

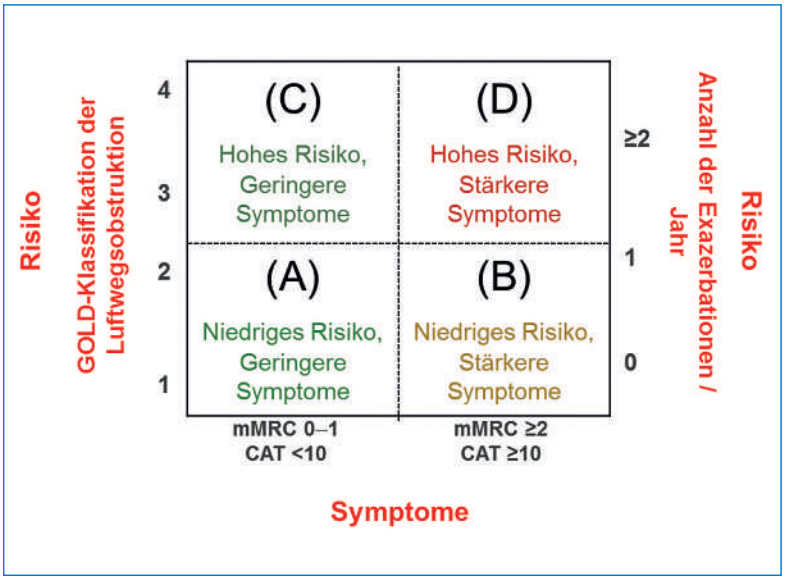

Abbildung 1
Neue Klassifikation der COPD-Patienten.

Die neue Klassifizierung beruht auf der Erkenntnis, dass FEV_1 (und damit Schweregrad nach GOLD I–IV) und klinische Symptome oft nicht übereinstimmen und für eine Risikobeurteilung neben der Lungenfunktion auch Symptomatik und Exazerbationshäufigkeit berücksichtigt werden müssen. Entsprechend wird gemäss GOLD den Gruppen A und B ein niedriges Risiko respektive den Gruppen C und D ein hohes Risikoprofil zugeschrieben. Diese Vorschläge sind grundsätzlich sehr zu begrüssen und stellen einen wichtigen Fortschritt im COPD-Management dar. Insbesondere setzt sich die Auffassung durch, dass Exazerbationen und Komorbiditäten (kardiovaskuläre Erkrankung, arterielle Hypertonie, Diabetes, Osteoporose, Depression etc.) wesentlich zum Symptomenkomplex sowie Verlauf beitragen und daher im Behandlungskonzept zwingend mitberücksichtigt werden müssen.

Ist die Klassifizierung praxistauglich?

Die neue Klassifizierung bringt allerdings auch Unsicherheiten. Die Praxistauglichkeit ist mehr als fraglich, da zunächst zwei Scores (CAT, mMRC) bestimmt werden müssen. Es muss ausserdem die Zahl der Exazerbationen im letzten Jahr festgelegt werden, was in der Praxis nicht immer einfach ist, da eine Verschlechterung nicht immer mit einer COPD-Exazerbation gleichzusetzen ist. Es ist daher mehr als nachvollziehbar, wenn die Praktiker bei Fortbildungen zum ABCD der COPD häufig nur ungläubig die Köpfe schütteln. In der Regel ist grosse Erleichterung spürbar beim Hinweis, dass die Schweizer Pneumologen die ABCD-Einteilung in ihre kürzlich publizierten COPD-Richtlinien nicht aufgenommen haben [3] und dass auch in einer Zusammenfassung der Richtlinien für Grundversorger in dieser Zeitschrift nicht näher darauf eingegangen wurde [4].

Die alte Einteilung ist bezüglich der Prognose überlegen

Die Zurückhaltung hat einen guten Grund: Die neue Klassifizierung wurde bisher weder validiert noch hinsichtlich des prognostischen Werts evaluiert. Ebenso geben die gegenseitigen Abgrenzungen der Gruppen zu Diskussionen Anlass. Die neue GOLD-Klassifizierung wurde für eine COPD-Risikostratifizierung, jedoch nicht für die Voraussage der Mortalität konzipiert. Eine kürzlich publizierte Studie aus Norwegen hat gezeigt, dass aus prognostischer Sicht die frühere Einteilung der

COPD (basierend auf dem FEV_1) der neuen ABCD-Einteilung hinsichtlich der Prognose überlegen ist. Insbesondere bei Frauen besteht prognostisch zwischen A und B resp. C und D kein Unterschied [5]. Eine Analyse von vier grossen COPD-Kohorten hat zudem gezeigt, dass die Mortalität in der Gruppe A am geringsten und in der Gruppe D am höchsten ist, das mittlere Überleben sich in den Gruppen B und C jedoch nicht signifikant unterscheidet [6]. Der lungenfunktionelle Verlauf (FEV_1-Verlust/Jahr) war in den vier Gruppen trotz unterschiedlicher Ausgangslage bei Diagnosestellung vergleichbar. Die Häufigkeit der Exazerbationen ist zwar ansteigend von A nach D, in den Hospitalisationshäufigkeiten unterschieden sich die Gruppen B und C hingegen nicht wesentlich, obwohl die Lungenfunktion in C wesentlich schlechter ist als in der Gruppe B.
Noch unklarer wird die Angelegenheit, wenn aus der neuen Klassifizierung therapeutische Empfehlungen abgeleitet werden, auch wenn uns dies mit farbigen Broschüren von verschiedener Seite glaubhaft gemacht werden soll. Zurzeit bestehen keine grösseren Studien, welche die eine oder andere Therapieempfehlung in der entsprechenden ABCD-Gruppe unterstützen würden.

Neue Medikamente und neue nichtmedikamentöse Therapieoptionen

Nichtsdestotrotz muss im COPD-Management alles daran gesetzt werden, einerseits die Symptomatik der Patienten zu verbessern, andererseits Exazerbationen möglichst zu vermeiden! Um dieses Ziel noch besser erreichen zu können, werden in naher Zukunft neue Medikamente als Monosubstanzen oder in Kombination zur Verfügung stehen, die zum Teil zwar auf alten Wirkprinzipien basieren (Betaagonisten resp. Anticholinergika), jedoch Weiterentwicklungen bezüglich Pharmakinetik oder Applikationsart (Inhaler) sind.
Neben dem Rauchstopp und den medikamentösen Therapiemöglichkeiten gewinnen auch nichtmedikamentöse Optionen zunehmend an Bedeutung – von der pulmonalen Rehabilitation bis zu bronchoskopischen Verfahren: In ausgewählten Fällen wird mit intrabronchialen Ventilen versucht, die Überblähung zu vermindern und damit die Dyspnoe zu lindern.
Und falls es trotz aller ärztlicher Bemühungen doch zur Exazerbation kommt, gehören ausser einer Intensivierung der Inhalationstherapie orale Steroide zweifelsfrei zum Therapiekonzept – nur wie lange ist gut genug? Zu diesem Thema ist die hochrangig publizierte Schweizer Studie REDUCE zu erwähnen, die zeigen konnte, dass fünf Tage orale Steroide einer Therapiedauer von 14 Tagen gleichzusetzen sind [7]. Gerade bei häufigen COPD-Exazerbationen kann damit die jährliche kumulierte Steroiddosis relevant reduziert werden.
COPD-GOLD A, B, C oder D? Wie auch immer, der Versuch einer Phänotypisierung mit der Absicht einer personalisierten Medizin bei der COPD ist begrüssenswert, wenn auch noch nicht ausgereift – work in progress!

Korrespondenz:
Prof. Dr. med. Thomas Geiser
Direktor und Chefarzt
Universitätsklinik für Pneumologie
Inselspital
CH-3010 Bern
thomas.geiser[at]insel.ch

Literatur

1 Lozano R, Naghavi M, Foreman K, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. 2012;380:2095–128.
2 www.goldcopd.com
3 Russi EW, Karrer W, Brutsche M, Eich C, Fitting JW, Frey M, et al. Diagnosis and management of chronic obstructive pulmonary disease: the Swiss guidelines. Respiration. 2013;85(2):160–74.
4 Steurer-Stey C, Senn O, Pfisterer J, Karrer W, Russi EW, Müller M. COPD – Quintessenz für den Grundversorger 2013. Schweiz Med Forum. 2013;13(11):227–30.
5 Leivseth L, Brumpton BM, Nilsen TIL, Mai XM, Johnsen R, Langhammer A. GOLD classifications and mortality in COPD: the HUNT Study, Norway. Thorax. 2013;68:914–21.
6 Augusti A, Hurd S, Jones P, Fabbri LM, Martinez F, Vogelmeier C, et al. FAQ about the GOLD 2011 assessment proposal of COPD: a comparative analysis of four different cohorts. Eur Resp J. 2013;42:1391–401.
7 Leuppi JD, Schuetz P, Bingisser R, Bodmer M, Briel M, Drescher T, et al. Short-term vs conventional glucocorticoid therapy in acute exacerbations of COPD – the REDUCE randomized clinical trial. JAMA. 2013;309:2223–31.