

## COPD und Raucherentwöhnung

# Tipps für die Hausarztpraxis

**ZÜRICH – Praktische Tipps zur COPD-Diagnose, Therapieoptimierung sowie zur wichtigen Rolle des Hausarztes bei der Raucherentwöhnung gab PD Dr. Claudia Steurer-Stey, Leitende Ärztin Institut für Hausarztmedizin am Universitätsspital Zürich, anlässlich des Medical-Tribune-Seminars „Raucherentwöhnung und COPD“.**

In der Schweiz sterben jährlich mehr als 8000 Personen vorzeitig an den Folgen des Tabakkonsums. Raucher haben eine deutlich geringere Lebenserwartung. Die Hälfte der Rauchenden stirbt frühzeitig, davon die Hälfte vor dem 70. Altersjahr.

Die Raucherentwöhnung ist mit 2500 bis 6800 US-Dollar pro gewonnenem Lebensjahr eine kosteneffiziente Intervention. Im Vergleich dazu liegen gemäss einer Untersuchung die Kosten pro gewonnenem Lebensjahr in US-Dollar für die Hormonersatztherapie bei 23 500, für die Hypertoniebehandlung bei 24 400, für das Brustkrebs-Screening bei 26 800 und die Cholesterinbehandlung bei 36 000 bis >1 Million. „Die Ärzte tun also Gutes und Sinnvolles“, bemerkte die Expertin aufmunternd, anlässlich des von den Firmen Pfizer und Boehringer unterstützten Seminars.

### COPD-Diagnose frühzeitig und richtig bestätigen!

Die COPD-Diagnose wird in mehr als 50 % der Fälle zu spät oder falsch gestellt, meinte die Referentin. Sie appellierte an die Hausärzte, rechtzeitig daran zu denken, eine richtige und objektive Diagnose zu stellen. Wann sollte man an eine COPD denken? Bei Rauchern oder Exrauchern mit mehr als 20 pack years, bei morgendlichem Husten und bei Patienten mit einem Alter über 50 Jahren besteht eine 48%ige Chance, dass eine Obstruktion vorliegt.

Die Spirometrie ist essentiell zur Diagnosestellung und des Schweregrads der Obstruktion. Sie gibt auch einen Hinweis auf die Prognose. „Denken Sie daran, dass Raucher nicht wegen des Hustens kommen, sondern meist viel später, weil sich der gewohnte Husten verändert hat oder schon Atemnot besteht. Dies sind Alarmsymptome!“

### Optimierung der Funktion ...

Es gibt Patienten, die wenig Symptome haben, aber eine eingeschränkte Funktion. Es sei wichtig, diese Funktion aufrecht zu erhalten, denn im Gegensatz zum Asthma handle es sich bei der COPD um eine chronische, progrediente Erkrankung. Alle Menschen verlieren mit dem Alter etwas an Lungenvolumen und an FEV<sub>1</sub>. Wenn man raucht und auf die Noxe empfind-



PD Dr. Claudia Steurer-Stey

lich ist, geschieht dies rascher und vor allem viel deutlicher. Doch wenn aufs Rauchen verzichtet wird, kann man die Progredienz abschwächen bzw. verhindern und sich dem normalen Verlauf angleichen. Selbst ein spätes Aufhören bringt also einen Gewinn.

### ... und Verbesserung der Lebensqualität

„Die Hauptmassnahme, die neben dem Rauchstopp die Symptome beeinflusst, ist der Einsatz von langwirkenden Betamimetika (LABA) und/oder eines langwirksamen Anticholinergikums, Tiotropium\*,“ betonte Dr. Steurer-Stey. Dyspnoe und Lebensqualität verbessern sich. LABA sind effektiver und praktischer als kurzwirksame Betamimetika.

### Exazerbationen verhindern

Die häufigste Komplikation der COPD sind Exazerbationen. Sie verursachen eine hohe Morbidität und hohe Kosten, denn die Hospitalisationen sind für 40 bis 60 % der Gesamtkosten verantwortlich. „Daher sollten Sie als Hausärzte zwei Ziele verfolgen: die Verhinderung von Exazerbationen und wenn diese doch auftreten, die Vermeidung von Hospitalisationen oder die Verkürzung der Hospitalisationsdauer“, so die Empfehlung der Spezialistin. Exazerbationen beeinträchtigen die Lebensqualität und häufige Exazerbationen verschlechtern das FEV<sub>1</sub>.

Wie sollte man therapieren? Tiotropium senkt die Wahrscheinlichkeit von Exazerbationen und Hospitalisationen über einen Beobachtungszeitraum von >1 Jahr. LABA reduzieren das Risiko für Exazerbationen um 21 %. Inhalative Steroide reduzieren Exazerbationen ebenfalls um 20 bis 22 %, dies vor allem bei schwerer COPD und gehäuftem Exazerbationen (mehr als drei pro Jahr). Eine Behandlung mit der Kombination von inhala-

tiven Steroiden und LABA ist Placebo überlegen, der Unterschied zwischen Einzel- und Kombinationstherapien kommt bei schwerer COPD (FEV<sub>1</sub> <50 %) zu tragen. Die Expertin empfiehlt ihren Einsatz bei Patienten mit schwerer COPD und zwei bis drei Exazerbationen pro Jahr. In der TORCH-Studie erzielte die Kombination Salmeterol\*/Fluticasone\* 50/500 µg zweimal täglich bei Patienten mit schwerer COPD (FEV<sub>1</sub> durchschnittlich 44 %) über drei Jahre im Vergleich zu Placebo eine Reduktion der Exazerbationsrate von 25 %, der Gesundheitsstatus und FEV<sub>1</sub> verbesserten sich. In der UPLIFT-Studie erhielten Patienten, bei denen jede COPD-Begleitmedikation erlaubt war (z.B. inhalative Steroide, LABA, aber keine Anticholinergika), zusätzlich einmal täglich Tiotropium während vier Jahren. Primärer Endpunkt war der jährliche Abfall der Lungenfunktion. Tiotropium führte während der Studie zu einer Verbesserung des FEV<sub>1</sub> und zu einer Reduktion der Wahrscheinlichkeit einer Exazerbation, konnte aber einen FEV<sub>1</sub>-Verlust über die Zeit nicht verhindern.

Zur Prävention von Exazerbationen gehören unbedingt ein Nikotinstopp, eine adäquate inhalative Therapie, Impfungen und eine pulmonale Rehabilitation sowie Schulung des Patienten. Letztere bestehe aber nicht allein aus Patienteninformation und der Kontrolle, ob der Patient mit dem Gerät umgehen könne. „Der Patient muss lernen, eine Exazerbation frühzeitig zu erkennen und er braucht einen Aktionsplan, wie er darauf reagieren soll.“

### Antibiotika – ja oder nein?

„In der Basistherapie werden eher immer noch zuviel Steroide (auch systemisch) verordnet. Doch bei einer Exazerbation gehören systemische Steroide unbedingt dazu“, erklärte die Referentin. Im ambulanten Bereich empfiehlt sich die Steigerung der Inhalationstherapie plus systemische Steroide 40 bis 50 mg über fünf bis zehn Tage. Bei der kurzen Dauer der Therapie brauche es kein Ausschleichen der Steroide. Sie warnte aber ausdrücklich vor einer Langzeittherapie mit Steroiden, auch nicht low dose. Der Nutzen sei gering und die Nebenwirkungen gross.

Braucht es bei Exazerbationen immer Antibiotika? Die Studienlage zeige, dass bei milden oder moderaten Exazerbationen, die ambulant in der Hausarztpraxis behandelt werden können, Antibiotika keinen wesentlichen Unterschied hinsichtlich Therapieversagen bringen, bei schweren hospitalisationsbedürftigen Exazerbationen aber sehr wohl. Hier verringert der Einsatz von Antibiotika sogar die Mortalität. Für die Hausarztpraxis sei der Reflex „Exazerbation gleich Antibiotika“ aber Fehl am Platz.



Einen positiven Effekt hat die Sauerstofftherapie. Sie verlängert das Überleben und hat positive Auswirkungen auf Leistungsfähigkeit, Dyspnoe, Hämodynamik, Neuropsychologie und Schlaf. Indiziert ist eine Langzeitsauerstoff-Therapie (> 15 Std./d) einerseits bei nicht rauchenden Patienten mit schwerer COPD und einem pO<sub>2</sub> < 7,3kPa (55 mmHg), andererseits bei Patienten mit pO<sub>2</sub>-Werten zwischen 7,3 und 8,0 kPa (55 bis 60 mmHg) beim Vorliegen von Ödemen oder einem Hämatokrit > 55%.

### Was kann der Hausarzt tun?

Abschliessend hob Dr. Steurer-Stey nochmals die wichtige Rolle des Hausarztes hervor: Beim Hausarzt könnte und sollte die integrierte Betreuung stattfinden. Er arbeitet mit Spezialisten, Patient und Angehörigen zusammen und sei für die Koordination und Kontinuitätserhaltung prädisponiert sowie führend, die wichtige Rolle des Patienten im „Behandlungsteam“ zu fördern. Die Instruktion und Begleitung des Patienten zu einem erfolgreichen assistierten Selbstmanagement seien zentrale und evidenzbasierte Aufgaben, die die Betreuung von Patienten mit COPD verbessert.

Anhand eines Rollenspiels zum Thema Raucherentwöhnung zeigte die Referentin auf, wie wichtig das initiale Gespräch des Arztes für einen Rauchstopp ist und mit welchen mo-

tivierenden Gesprächsführungsstilen sowie Einsatz von Medikamenten (Nikotinersatz, Bupropion\*, Vareniclin\*) dem Patienten bei seinen Bemühungen geholfen werden kann.

### Probanden für Studie gesucht

Die Zunahme des Körpergewichtes nach einem Rauchstopp ist ein häufiges Thema. Sie könnte nicht allein auf eine erhöhte Kalorienzufuhr zurückzuführen sein, sondern mit einer Änderung der Darmflora im Zusammenhang stehen.

Eine Studie (siehe Kasten) soll Klärung bringen. Hierfür werden geeignete Probanden gesucht: Erwachsene, gesunde Raucher (mit Motivation zum Rauchstopp) und Raucher mit Colitis ulcerosa. Die Teilnahme an der Studie könnte zu einem Motivations Schub bei der Raucherentwöhnung beitragen. Interessanterweise ist der Effekt des Rauchens auf die beiden Typen der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen genau gegensätzlich. Während beim M. Crohn das Rauchen einen schädlichen Einfluss ausübt und den Krankheitsverlauf verschlechtert, verhält es sich bei der Colitis ulcerosa genau umgekehrt. Möglicherweise hat die Zusammensetzung der Darmflora und eine mögliche Änderung derselben während des Rauchens bzw. nach einem Rauchstopp einen ursächlichen Effekt. AWF

\*Siehe Präparate-Index Seite 19

### Untersuchung der Veränderung der bakteriellen Stuhlzusammensetzung bei Raucherentwöhnung

Klinische Studie an der Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie in Zusammenarbeit mit der Raucherberatung am Universitätsspital Zürich und dem Institut für Hausarztmedizin und Versorgungsforschung der Universität Zürich

#### Gesucht werden:

- ▶ 30 gesunde Patienten + 15 Patienten mit Colitis ulcerosa

#### Einschlusskriterien:

- ▶ ≥18 und ≤60 Jahre
- ▶ Raucher (täglicher Zigarettenkonsum von ≥10 Stück) mit/ohne Colitis ulcerosa
- ▶ Bei Patienten mit Colitis: Mindestens 6 Monate bestehende Colitis ulcerosa

#### Teilnahme beinhaltet:

- ▶ 5 Konsultationstermine (in 3 Monaten), an welchen Stuhlproben genommen werden
- ▶ Compliance-Kontrolle mittels eines CO-Exhalations-Test

#### Kontakt:

Prof. Dr. Gerhard Rogler: gerhard.rogler@usz.ch  
PD Dr. Claudia Steurer-Stey: claudia.stey@usz.ch  
Dr. Luc Biedermann: luc.biedermann@usz.ch

### COPD: Was die 4 Buchstaben auch noch bedeuten sollten

**Confirm:** Bestätigen und Beurteilen der Diagnose

**Optimise:** Symptom- und Funktionsoptimierung

**Prevent:** Verschlechterung verhindern

**Develop support:** Unterstützung des Patienten, Aktionsplan für Selbstmanagement