

## Eine frühzeitige Diagnose der COPD hilft!

COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung) ist eine Erkrankung, die zunehmend häufiger vorkommt und mit erheblicher Morbidität und Mortalität einhergeht. Diese Stellungnahme fasst die Argumente und Evidenz zusammen, die für eine frühzeitige Diagnose sprechen, und informiert über einige Hilfsmittel, die in der Praxis dazu dienen können die Betreuung und Gesundheitsergebnisse Ihrer Patienten zu verbessern.

### WARUM IST EINE FRÜHZEITIGE DIAGNOSE SO WICHTIG?

COPD ist weltweit unterdiagnostiziert. Bei einer Bevölkerungserhebung in Spanien war sich lediglich ein Viertel der Personen, bei denen eine COPD vorlag, dieser Diagnose bewusst.<sup>1</sup>

COPD wird in der Regel erst dann diagnostiziert, wenn bereits eine erhebliche Einschränkung der Lungenfunktion vorhanden ist. Zum dem Zeitpunkt an dem sich Patienten Ihrer Symptome bewusst werden und deswegen den Arzt aufsuchen, ist nicht selten lungenfunktionell bereits ein schwerer Verlust der Erstsekundenkapazität mit FEV<sub>1</sub>-Werten um 50% des prädiagnostischen Werts vorhanden – ein Wert bei dem der Gesundheitszustand bereits reduziert und das systemische Entzündungsgeschehen in dem Maße fortgeschritten ist, dass es das Auftreten von Begleiterkrankungen fördert.<sup>2</sup>

Die finanziellen Kosten der COPD sind hoch. Neben den direkten Kosten durch Krankenhausaufenthalte und anderer medizinischer Maßnahmen gehören dazu auch die indirekten Kosten infolge von Behinderungen, Produktivitätsverlusten, Inanspruchnahme von Pflegepersonal und Ausgaben innerhalb der Familie. Ein erheblicher Teil dieser Kosten ließe sich durch eine frühzeitige Diagnose und rechtzeitige Interventionen reduzieren.<sup>3</sup>

### KANN FRÜHZEITIGE INTERVENTION HELFEN?

In allen Stadien des Managements der COPD führen Massnahmen wie Rauchentwöhnung, körperliche Betätigung und Rehabilitation, Änderungen der Lebensweise, Impfungen gegen Grippe und Pneumokokken sowie die Prävention und Reduktion von Exazerbationen zu einer Verbesserung der Lebensqualität des Patienten.<sup>2</sup>

Es zeichnet sich zunehmend ab, dass das frühzeitige Erkennen einer funktionellen Einschränkung in der Lungenfunktion und rechtzeitige Interventionen den ansonsten meist progredienten Verlauf aufhalten und

die Belastung durch COPD-Symptome reduzieren sowie die Lebensqualität der Patienten verbessern können.<sup>4</sup>

Die Rauchentwöhnung hat sich als wichtigste Massnahme erwiesen, um den Verlust an Lungenfunktion zu verlangsamen.<sup>5</sup> Je früher ein Raucher das Rauchen einstellt, desto besser bleibt die Lungenfunktion erhalten.<sup>6</sup> Eine Rauchentwöhnung ist wahrscheinlich bei denjenigen Patienten erfolgreicher umzusetzen, die eine gesicherte Diagnose erhalten haben.<sup>7</sup> Auch die Besprechung der Erkrankung mit den Patienten sowie die Aufklärung über ihr Lungenalter konnten die Tabakabstinenzquoten verbessern.<sup>8</sup> Informationen über Hilfsmittel zur Rauchentwöhnung finden Sie auf dem Informationsblatt der IPCRG zur Rauchentwöhnung<sup>9</sup> oder im Internet in den Leitlinien für die Praxis.<sup>10</sup>

Eine frühzeitige medikamentöse Behandlung kann den Gesundheitsstatus und die körperliche Leistungsfähigkeit von COPD-Patienten verbessern und Exazerbationen reduzieren, auch bei Patienten mit erst leichter bis mittelschwerer COPD.<sup>11</sup> Eine Einschränkung des Atemflusses unter körperlicher Belastung ist auch bei Patienten mit in Ruhe noch relativ uneingeschränkten funktionellen Werten möglich, auf Grund einer sich unter Anstrengung manifestierenden Dysfunktion der kleinen Atemwege. Solche Patienten können klinisch von einer Bronchodilatation profitieren, auch wenn sich lungenfunktionell keine Verbesserung nachweisen lässt.<sup>12</sup> Eine frühzeitige Intervention ermöglicht es außerdem eine Lebensweise aufrecht zu erhalten oder früher anzupassen,

beispielsweise durch körperliche Aktivität und pulmonale Rehabilitation, die den Verlauf der COPD günstig beeinflusst.<sup>13</sup>

Ein frühes und adäquates Management von Exazerbationen schützt den Patienten vor einer Progression der COPD. Jede COPD-Exazerbation verringert sowohl Lebensqualität und Lebenszeit als auch die Lungenfunktion.<sup>14</sup>

Eine Reduktion der Exazerbationen wurde durch die Grippeimpfung, angemessene Ernährung und adäquate medikamentöse Maßnahmen erzielt.<sup>15,16</sup>

Selbstmanagement Schulung ist eine Schlüsselkomponente der Betreuung. Alle COPD-Patienten sollte daher die Möglichkeit erhalten, das Wissen und die Fertigkeiten zu erwerben um die Prognose zu verbessern und für die Gesundheit förderliches Verhalten im Alltag anwenden zu können und Exazerbationen rechtzeitig und richtig mit Hilfe eines Aktionsplanes angehen zu können.<sup>17</sup>

### WAS ERSCHWERT DIE FRÜHZEITIGE DIAGNOSESTELLUNG?

Einer frühzeitigen Diagnose stehen viele Hindernisse im Weg - vgl. Tabelle 1.

### WIE KÖNNEN WIR EINE FRÜHZEITIGERE DIAGNOSESTELLUNG VORANBRINGEN?

Es gibt eine ganze Reihe von Strategien, die für das Erreichen einer frühzeitigen Diagnosestellung angewendet werden können. Die Förderung eines besseren Verständnisses und des Bewusstseins für ▶

**Tabelle 1. Hindernisse für eine frühzeitige Diagnose von COPD**

- COPD schreitet langsam aber unaufhaltsam fort, deshalb spüren viele Patienten erst zu spät, dass Sie ein Gesundheitsproblem haben
- COPD-Patienten führen ihre Kurzatmigkeit auf das Alter und auf mangelndes körperliches Training zurück. Sie halten ihren Husten für ein normales Phänomen, den „Raucherhusten“
- COPD-Patienten klagen selten über ihren Zustand (Sie wissen, dass Rauchen ungesund ist und schämen sich oder fühlen sich schuldig, weil Sie rauchen) – dies wird auch als „Das Schweigen der Personen mit COPD“ bezeichnet<sup>18</sup>
- Weil die Patienten ihre Symptome herunterspielen, behandelt der Arzt ggf. weniger intensiv und lässt die Diagnose im Frühstadium außer Acht
- Ärzte betrachten wiederkehrende Bronchialinfektionen nicht zwingend als frühes Anzeichen einer Entwicklung von COPD
- Patienten mit COPD haben oft mehrere Begleiterkrankungen, die unter Umständen dringlicher und eindeutiger zu diagnostizieren sind
- Ärzte haben eine geschlechtsspezifische Wahrnehmung, d. h. sie vermuten bei Frauen eher Asthma und verfehlen daher die richtige Diagnose<sup>19</sup>
- Die Kontroverse über den Einsatz der Spirometrie in der Grundversorgung für eine Früherkennung wirkt auf einige Ärzte möglicherweise demotivierend<sup>20</sup>
- Es mangelt an einer einheitlichen Durchführung der Spirometrie und an Spirometrie-Schulungen in der Grundversorgung<sup>21</sup>
- Bei Durchführung der Spirometrie außerhalb der Praxis ist die Befundmitteilung ggf. verzögert<sup>22</sup>
- Allgemeinmediziner sind einem Zeitdruck unterworfen, der ihre Möglichkeiten zum proaktiven Management ihrer Patienten ungünstig beeinflusst<sup>23,24</sup>

◀ diese zunehmend wichtige Erkrankung bei Politikern, in medizinischen Fachkreisen und in der Gesellschaft bildet die Grundlage für eine globale Veränderung der Sichtweise.

Es wurde vorgeschlagen, allen Rauchern eine Spirometrie anzubieten, unabhängig davon, ob sie COPD-Symptome aufweisen oder nicht, wobei die Quote der COPD-Neudiagnosen bei bis zu 20% liegt.<sup>4</sup> Viele Autoren empfehlen jedoch zunächst mithilfe vorliegender Fragebögen COPD-bedingte Anfangssymptome zu eruieren und bei den symptomatischen Rauchern, eine Spirometrie durchzuführen.<sup>25</sup>

### Tabelle 2. Canada Lung Health Test<sup>26</sup>

1. Husten Sie regelmäßig?
2. Husten Sie regelmäßig Schleim auf?
3. Leiden Sie bereits nach leichten Tätigkeiten an Kurzatmigkeit?
4. Bemerkten Sie bei körperlicher Anstrengung oder nachts ein pfeifendes Atemgeräusch?
5. Leiden Sie häufig an Erkältungen, die bei Ihnen länger anhalten als bei anderen Personen in Ihrem Bekanntenkreis?

Wenn der Patient Raucher oder ehemaliger Raucher und über 40 Jahre alt ist und auf eine der aufgeführten Fragen mit „Ja“ antwortet, sollte eine Überweisung zur eingehenderen Abklärung inkl. Spirometrie erfolgen.

Fragebögen könnten über die Medien in der Bevölkerung bekannt gemacht werden, um Raucher zu ermutigen, auf Symptome zu achten und ihren Hausarzt aufzusuchen. Ein gutes Beispiel ist der „Canada Lung Health Test“<sup>26</sup> COPD Risiko Test (Tabelle 2). Ein negatives Testergebnis macht eine COPD-Diagnose wenig wahrscheinlich.<sup>27</sup>

Die IPCRГ empfiehlt derzeit, Raucher ab einem Alter über 35 Jahren hinsichtlich des Risikos eine COPD zu entwickeln, abzuklären<sup>28</sup> - siehe Abbildung 1. Verschiedene internationale Leitlinien empfehlen die Abklärung ab einem Alter von 45 Jahren und Vorliegen von Symptomen.

1. Erstellen Sie eine Anamnese mithilfe validierter Screening-Fragebögen auf der Grundlage von Risikofaktoren und Symptomen.
2. Führen Sie die Spirometrie zur „Fallidentifizierung“ mit Hilfe handlicher „Taschenspirometer“ durch, die Personen mit normalem FEV<sub>1</sub> ausschliessen helfen und solche identifizieren können, die eine umfassendere Abklärung hinsichtlich COPD erhalten sollten.
3. Führen Sie eine diagnostische Spirometrie bei Patienten mit Symptomen und Risikofaktoren oder einem positiven Screening-Fragebogen durch und/oder bei Patienten mit einem eingeschränkten FEV<sub>1</sub>-Screeningwert.

Es wurden Bedenken in Bezug auf die Genauigkeit der Spirometrie im Umfeld der

Grundversorgung zum Ausdruck gebracht.<sup>29,30</sup> Studien zeigen jedoch, dass auch in Hausarztpraxen eine akkurate Spirometrie möglich ist, wenn die durchführenden Personen entsprechend geschult und motiviert sind.

Praxen, in denen die Spirometrie inzwischen zu den Routinemaßnahmen zählt, haben signifikante Veränderungen in Bezug auf die Diagnose und Behandlung von COPD erzielt.<sup>31</sup>

„Gelegenheits“-Spirometrien zur Erkennung von COPD haben sich als kosteneffektiv erwiesen.<sup>32</sup>

### ZUSAMMENFASSUNG

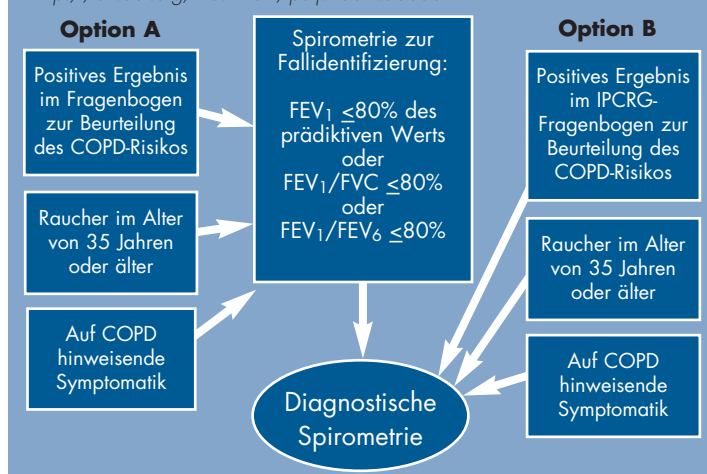
Die frühzeitige Diagnose von COPD kommt den Patienten und der Gesellschaft zugute. Ärzte und medizinisches Fachpersonal sollten bei Vorliegen einer entsprechenden Symptomatik und einschlägigen Risikofaktoren die Diagnose nicht außer Acht lassen, ein Screening mit Taschen- und portablen Spirometern veranlassen und die Diagnose mit einer lege artis durchgeführten Spirometrie bestätigen. Eine frühzeitige Diagnosestellung wirkt sich positiv auf die Rauchentwöhnung aus und ermöglicht ein früheres Eingreifen mit Massnahmen zur Prävention von Exazerbationen und der damit zu erhoffenden Aufrechterhaltung von Lebensqualität und (Lungen)Funktion sowie Reduktion der Mortalität.

### REFERENCES

1. Miravilles M, Soriano JB, Garcia-Rio F, et al. Prevalence of COPD in Spain: impact of undiagnosed COPD on quality of life and daily life activities. *Thorax* 2009;64(10):863-8. Epub 2009 Jun 23.
2. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2008. Available from: <http://www.goldcopd.org>.
3. Tzavaras NZ, Kouloumenta VN, Gourgioulanis KI. The economic impact of late detection of COPD in general practice. *Chest* 2005;127(1):41-2.
4. Tinkelman DG, Price D, Nardylke RJ, Halbert RJ. COPD screening efforts in primary care: what is the yield? *Prim Care Res J* 2007;16(1):41-8.
5. Fletcher C, Peto R. A prospective epidemiological study of the natural history of chronic airflow obstruction. *Br Med J* 1977;25(1):164-8.
6. Scanlon PD, Connett JE, Waller LA, et al. Smoking cessation and lung function in mild-to-moderate chronic obstructive pulmonary disease. The Lung Health Study. *Am J Respir Crit Care Med* 2000;162(2 Pt 1):381-90.
7. Bednarek M, Gorecka D, Wielgomas J, et al. Smokers with airway obstruction are more likely to quit smoking. *Thorax* 2006; 61(10):869.
8. Parkes G, Greenhalgh T, Griffin M, et al. Effect on smoking quit rate of telling patients their lung age: the Step2quit randomised controlled trial. *BMJ* 2008;336:598-600.
9. van Schayck OCP, Pinnock H, Ostrem A, Litt J for the IPCRГ. IPCRГ Consensus statement: Tackling the smoking epidemic - practical guidance for primary care. *Prim Care Res J* 2008;17(3):185-193. <http://dx.doi.org/10.3132/pcrj.2008.00060>
10. IPCRГ web-based practical guidance <http://www.theipcr.org/smoking/index.php>
11. Johansson G, Lindberg A, Romberg K, et al. Bronchodilator efficacy of tiotropium in patients with mild to moderate COPD. *Prim Care Res J* 2008;17(3):169-175.
12. Ofir D, Laveneziana P, Webb KA, et al. Mechanisms of dyspnea during cycle exercise in symptomatic patients with GOLD stage I chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2008;177:622-9.
13. Lacasse Y, Goldstein R, Lasserson TJ, Martin S. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;(4):CD003793. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003793.pub2>.
14. J.J. Soler-Cataluna, M.A. Martinez-Garcia, P. Roman, Sanchez, E, et al. Severe acute exacerbations and mortality in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* 2005;60:925-931.
15. Calverley PMA, Anderson JA, Celli B et al. for the TORCH investigators Salmeterol and Fluticasone Propionate and Survival in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *N Engl J Med* 2007;356:775-789.
16. Tashkin DP, Celli B, Senn S et al. A 4-Year Trial of Tiotropium in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *N Engl J Med* 2008; 359:1543-54.
17. Kaplan A. The COPD Action Plan. *Can Fam Physician* 2009;55(1):58-9.
18. Habroken JM, Pols J, Bindels PJE, Willems DL. The silence of patients with end-stage COPD: a qualitative study. *Br J Gen Pract* 2008;58:844-849.
19. Chapman KR, Tashkin, DP, Pye D. Gender Bias in the Diagnosis of COPD. *Chest* 2001;119:1691-1695.
20. Lin K, Watkins B, Johnson T, et al. Screening for Chronic Obstructive Pulmonary Disease Using Spirometry: Summary of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2008;148:605-2013.
21. Lee TA, Bartle, B, Weiss KB. Spirometry use in clinical practice following diagnosis of COPD. *Chest* 2006;129:1509-1515
22. Stanbrook MB, Kaplan A. The error of not measuring asthma. *CMAJ* 2008;179:1099-102.
23. Østbye T, Yarnall KSH, Krause KM, et al. Is There Time for Management of Patients With Chronic Diseases in Primary Care? *Ann Fam Med* 2005;3:209-214.
24. Yarnall KS, Østbye T, Krause KM, P et al. Family physicians as team leaders: "time" to share the care. *Prev Chronic Dis* 2009;6(2):A59. Epub 2009 Mar 16.
25. Gaseem A, Snow V, Shekelle P, et al. Diagnosis and management of stable chronic obstructive pulmonary disease: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2007;147(9):633-8.
26. O'Donnell D, Hernandez P, Kaplan A, et al. Canadian Thoracic Society recommendations for management of chronic obstructive lung disease-2008 update- highlights for primary care. *Can Res J* 2008;15(Suppl A): 1A-8A
27. Jing JY, Huang TC, Cui W, et al. Should FEV<sub>1</sub>/FEV<sub>6</sub> replace FEV<sub>1</sub>/FVC ratio to detect airway obstruction? A meta-analysis. *Chest* 2009;135(4):991-8.
28. Price D, Crockett A, Arne M, et al. Spirometry in primary care case-identification, diagnosis and management of COPD. *Prim Care Res J* 2009;18(3):216-223. <http://dx.doi.org/10.4104/pcrj.2009.00055>
29. Enright P. Provide GPs with spirometry, not spirometers. *Thorax* 2008;63(5):387.
30. Soriano JB, Zielinski J, Price D. Screening for and early detection of chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet* 2009;374:721-32.
31. Miravilles M, de la Roza C, Naberan K, et al. Use of spirometry and patterns of prescribing in COPD in primary care. *Respir Med* 2007;101(8):1753.
32. National Collaborating Centre for Chronic Conditions. Chronic obstructive pulmonary disease. Management of chronic obstructive pulmonary disease in adults in primary and secondary care. National Institute for Clinical Excellence 2004.

### Abbildung 1.<sup>28</sup> Eine Strategie zur frühen Identifizierung von COPD-Fällen in der Primärversorgung

Modifiziert mit freundlicher Genehmigung des Primary Care Respiratory Journal  
Der vollständige Text dieses Artikels ist verfügbar auf:  
<http://dx.doi.org/10.4104/pcrj.2009.00055>



**Authors:** Dr Alan Kaplan, Dr Miguel Roman Rodriguez with contributions from Dr Ron Tomlins  
**Editor:** Dr Hilary Pinnock

Autoren der deutschen Version: Dr Claudia Steuer-Stey, validiert durch Dr Antonius Schneider  
Translation funded by an educational grant from Novartis. March 2012

The views expressed in this sheet are not necessarily those of the IPCRГ. Die IPCRГ übernimmt keine Verantwortung für die Korrektheit dieser Übersetzung  
Licensed under Creative Commons Attribution-No Derivative Works Licence. <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/3.0/>

The International Primary Care Respiratory Group (IPCRГ) is a charity registered in Scotland working internationally (SC No: 035056) and a company limited by guarantee (Company number 256268)

Date of production of original UK version: 17 November 2009 Date of validated translation: 28 March 2012

Deutsche, französische und italienische Version unterstützt durch Novartis Schweiz. Angepasst gemäss Schweizer Fachinformation