

Adäquate Anwendung inhalativer Medikamente bei COPD-Patienten mit Komorbiditäten: Eine Anleitung für die Primärversorgung

Dieses Informationsblatt beschreibt die Herausforderungen, die mit der medikamentösen Therapie von COPD-Patienten mit multiplen Komorbiditäten einhergehen, wobei ein besonderer Fokus auf der adäquaten Anwendung von inhalativen Glukokortikoiden liegt, und bietet eine Orientierungshilfe für die ganzheitliche Primärversorgung dieser Patienten.

EINLEITUNG

Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) geht in der Regel mit multiplen Komorbiditäten einher. Die Leitlinien für die Behandlung von COPD-Patienten konzentrieren sich jedoch auf die Krankheit selbst und bieten nur wenig praktische Anleitung für die routinemäßige Behandlung der Komorbiditäten. Unser Ziel ist es, die Auswirkungen der Komorbiditäten auf die Behandlungsentscheidungen für COPD-Patienten zu untersuchen, insbesondere im Hinblick auf den Nutzen und die Risiken inhalativer Medikamente.

MULTIMORBIDITÄT BEI COPD

COPD-Patienten leiden in der Regel unter multiplen Komorbiditäten, die neben der COPD eine langfristige Behandlung erfordern.¹ Eine zusätzliche Herausforderung besteht darin, dass Komorbiditäten wie Asthma oder Bronchiektasen möglicherweise übersehen werden, da sich die Anzeichen und Symptome dieser Erkrankungen mit den mit COPD assoziierten Symptomen überschneiden können. Bei über 85% der erwachsenen COPD-Patienten liegt mindestens eine Komorbidität von klinischer Relevanz vor, die Hälfte der Patienten hat drei oder mehr.^{1,2} Die Prävalenz von Komorbiditäten steigt mit zunehmendem Schweregrad der COPD sowohl bei Männern als auch bei Frauen. Frauen scheinen anfälliger für Asthma, Osteoporose, Angstzustände und Depressionen zu sein, leiden aber anscheinend seltener an kardiovaskulären Erkrankungen als Männer.²⁻⁴

Komorbiditäten treten häufig in Clustern auf, was auf gemeinsame Risikofaktoren (Rauchen und Inaktivität sind Risikofaktoren für COPD und Lungenkrebs), gemeinsame pathophysiologische Mechanismen (ein beschleunigter Alterungsprozess ist sowohl mit COPD als auch mit Hypertonie

assoziiert) und Nebenwirkungen der COPD-Behandlung (Entwicklung von Diabetes) hinweist.⁵⁻⁷

BEHANDLUNG VON COPD-PATIENTEN

Nach den neuesten Empfehlungen der Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) bleibt die Bronchodilatation die bevorzugte Behandlungsoption für Patienten mit stabiler COPD. Am Beginn der Behandlung sollte die Gabe von einer oder zwei langwirksamen bronchodilatativen Präparaten stehen.⁸ ICS/LABA kann als Ersttherapie für Patienten der Gruppe GOLD D mit einer Eosinophilenzahl \geq von 300 Zellen/ μ l im Blut in Betracht gezogen werden.⁸ Da die ICS-Behandlung jedoch mit einem erhöhten Pneumonierisiko einhergehen kann, ist für einzelne Patienten eine Nutzen-Risiko-Abwägung erforderlich. Bei Auftreten einer Pneumonie kann das Absetzen der ICS sinnvoll sein.

BEHANDLUNG VON MULTIMORBIDEN COPD-PATIENTEN

Die Behandlung einzelner multimorbider COPD-Patienten ist häufig komplex und erfordert die gleichzeitige Anwendung mehrerer krankheitsspezifischer Behandlungsleitlinien. Die Behandlungsempfehlungen dieser Leitlinien sind selten aufeinander abgestimmt, weshalb ein ganzheitlicher Ansatz für Patienten mit Multimorbidität von besonderer Bedeutung ist.⁹ Wir möchten die Hausärzte ermutigen, regelmäßig (mindestens ein Mal pro Jahr) eine Neubewertung und Anpassung der Behandlung bei COPD-Patienten vorzunehmen. Das Auftreten von Multimorbiditäten sollte als Signal betrachtet werden, eine Überprüfung der COPD-Behandlung vorzunehmen, wobei der Schwerpunkt auf der Schnittstelle zwischen den Symptomen der Ko-

morbiditäten, der Therapietreue und den Nebenwirkungen der Medikamente liegen sollte.

Bei COPD-Patienten ist Multimorbidität mit einem hohen Grad an Polypharmazie und einem erhöhten Risiko für unerwünschte Neben- und Wechselwirkungen der Arzneimittel sowie einem erhöhten Risiko für Hospitalisierung und vorzeitigen Tod verbunden.^{1,5,10-14} Polypharmazie ist besonders besorgniserregend, wenn Arzneimittel mit potentiell ähnlichen Nebenwirkungen kombiniert werden.¹⁵

Grundsätzlich sollte die COPD-Behandlung nicht durch die Multimorbidität verzögert oder verändert werden, und Komorbiditäten sollten gemäß den üblichen Standards behandelt werden. Besonderes Augenmerk sollte auf die Einfachheit der Behandlung und die Minimierung der Polypharmazie gerichtet werden.⁸

SPEZIELLE KOMORBIDITÄTEN

Die Behandlung von multimorbiden COPD-Patienten erfordert einen personalisierten Ansatz. Hausärzte sollten systematische Methoden zur Überwachung von Patienten mit COPD anwenden. Die Schnittstelle zwischen den Symptomen der Komorbiditäten und den Nebenwirkungen der Medikamente sollte ebenfalls berücksichtigt werden, wobei besonderes Augenmerk auf die folgenden Komorbiditäten zu richten ist:

- Asthma
- Osteoporose/Frakturen
- Diabetes
- Pneumonie und Tuberkulose
- Vorhofflimmern
- Chronische Schmerzen
- Chronische Niereninsuffizienz
- Prostataerkrankung
- Gastroösophagealer Reflux
- Angstzustände bzw. Depression
- Obstruktive Schlafapnoe

ALLGEMEINE MASSNAHMEN ZUR VERBESSERUNG DER BEHANDLUNG VON MULTIMORBIDEN COPD-PATIENTEN IN DER PRIMÄRVERSORGUNG

Optimieren Sie das Behandlungsschema entsprechend den lokalen und idealerweise den GOLD-Richtlinien 8 und untersuchen und behandeln Sie Komorbiditäten. Bewerten Sie bei Patienten, die eine bronchodilatatorische Therapie beginnen, das Risiko für Vorhofflimmern (LABA) und das Risiko für die Verschlimmerung von Harnsymptomen bei Patienten mit komorbider Nieren- oder Prostataerkrankung (LAMA). Darüber hinaus sollten Sie vor der Verschreibung sorgfältig über die Indikationen für die Anwendung der ICS nachdenken. Verwenden Sie sie im Einklang mit den Empfehlungen der Richtlinien und beachten Sie die neuesten IPCRG-Ratschläge zur angemessenen Verwendung von ICS und die Leitlinien zum Entzug von ICS.¹⁶

Literaturnachweise

- Chetty U, et al. Chronisch obstruktive Lungenerkrankung und Komorbiditäten: eine große Querschnittsstudie in der Primärversorgung. *Br J Gen Pract* 2017;**67**:e321-8
- Dal Negro RQ, et al. Prävalenz unterschiedlicher Komorbiditäten bei COPD-Patienten nach Geschlecht und GOLD-Stufe. *Multidiscipin Respir Med* 2015;**10**:24
- Barr RG, et al. Komorbiditäten, Patientenwissen und Krankheitsmanagement in einer nationalen Stichprobe von Patienten mit COPD. *Am J Med* 2009;**122**:348-55
- Jenkins CR, et al. Verbesserung des Managements von COPD bei Frauen. *Chest* 2017;**151**:686-96.
- Divo MJ, et al. Netzwerk für COPD-Komorbiditäten. *Eur Respir J* 2015;**46**:640
- Decramer M, et al. Chronisch obstruktive Lungenerkrankung. *Lancet* 2012;**379**:1341-51
- Barnes PJ. Alterserscheinungen bei COPD und ihre Komorbiditäten. *Ann Rev Physiol* 2017;**79**:517-39.
- Globale Initiative für chronisch obstruktive Lungenerkrankheiten (GOLD). 2020 Globale Strategie zur Vorsorge, Diagnose und Management von COPD. Abrufbar unter: <https://goldcopd.org/gold-reports/>
- Dumbreck S, et al. Arzneimittel-Krankheit und Wechselwirkungen zwischen Arzneimitteln: systematische Untersuchung der Empfehlungen in 12 nationalen klinischen Leitlinien Großbritanniens. *BMJ* 2015;**350**:h949
- Tsiligianni IG, et al. Das Management der Komorbidität bei COPD: eine schwierige Aufgabe. *Current Drug Targets* 2013;**14**:158-76
- Lozano R, et al. Globale und regionale Mortalität aus 235 Todesursachen für 20 Altersgruppen in den Jahren 1990 und 2010: eine systematische Analyse für die Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012;**380**:2095-218
- Quaderi SA, Hurst JR. Die unbewältigte globale Last von COPD. *Global Health Epidemiol Gen* 2018;**3**:e4
- Mounce ITA, et al. Vorhersage von Multimorbidität-Vorkommen. *Ann Fam Med* 2018;**16**:322-9
- Morrison D, et al. Management von Multimorbidität in der Primärversorgung bei Patienten mit chronischen Atemwegserkrankungen. *npj Prim Care Respir Med* 2016;**26**:16043
- Martinez CH, et al. Definieren von mit COPD einhergehenden Komorbiditäten 2004-2014. *Chron Obstruct Pulm Dis* 2014;**1**:51-63
- IPCRG. Desktop-Helfer 6: Bewertung der Angemessenheit der Therapie mit inhalativen Kortikosteroiden (ICS) bei COPD und Anleitung zum ICS-Entzug. Abrufbar auf: <https://www.ipcr.org/dth6> Abgerufen Dezember 2019

Weitere wesentliche Aktionspunkte

- Sensibilisierung für COPD-Multimorbidität und Untersuchung und Überwachung der Patienten im Hinblick auf die häufigsten Komorbiditäten
- Gewährleistung einer mindestens jährlichen (Neu-)Beurteilung der Patienten und Anpassung der Behandlung in der Primärversorgung, einschließlich des Absetzens unangebrachter Medikamente. Vergessen Sie nicht Lungenkrebs.
- Überprüfung der Inhalationstechnik und der Befolgung der Medikationsempfehlungen
- Helfen Sie multimorbiden Patienten mit COPD und Pflegepersonal, mit potenziell überwältigenden Informationsmengen und den damit verbundenen Depressionen und Ängsten umzugehen
- Überprüfen Sie die Indikation sorgfältig, bevor Sie mit der ICS-Behandlung beginnen. Im Hinblick auf die ICS Behandlung denken Sie an
 - Asthma: ICS-Behandlung muss fortgesetzt werden
 - Diabetes: Überdenken Sie, ob eine ICS-Behandlung erforderlich ist; wenn die ICS fortgesetzt wird, sind eine genaue Nachbeobachtung, Glukoseüberwachung und Titration der antidiabetischen Behandlung erforderlich
 - Osteoporose: Überlegen Sie erneut, ob eine ICS-Behandlung erforderlich ist; wenn die ICS fortgesetzt wird, ist wegen des Verlusts der Knochenmineraldichte und des Frakturrisikos eine strenge Nachsorge erforderlich. Ein Screening auf Osteopenie oder Osteoporose wird bei Patienten empfohlen, die eine hochdosierte ICS oder eine niedrig- bis mitteldosierte ICS mit häufiger Anwendung oraler Kortikosteroide erhalten
 - Infektionen (Lungenentzündung oder Tuberkulose): Erwägen Sie ein Absetzen von ICS und maximieren Sie die Bronchienerweiterung
- Überwachen Sie Herzrhythmusstörungen, einschließlich Vorhofflimmern bei Initiierung einer LABA - Therapie
- Achten Sie auf aufkommende Harnsymptome auf, wenn Sie bei Patienten mit chronischer Nieren- oder Prostataerkrankung eine LAMA initiieren

Behandlungserwägungen für den multimorbiden Patienten mit COPD

Komorbidität	Mit COPD-Behandlung einhergehende Risiken		
	ICS	LABA	LAMA
Asthma	Empfohlen; LABA/ICS kann bei Patienten mit COPD und einer Vorgeschichte von Asthma und Asthma-COPD, die sich überschneiden, die erste Wahl sein		Empfohlen bei ausgewählten Patienten
Lungenentzündung	Erhöhtes Risiko einer Lungenentzündung; Erwägen Sie ein Absetzen von ICS und maximieren Sie Bronchienerweiterung		
Osteoporose/ Frakturen	Erhöhtes Risiko für Knochenschwund und Knochenbrüche; Frauen sind besonders betroffen		
Diabetes und Prä-Diabetes	Verbunden mit dem Ausbruch und Fortschreiten von Diabetes, insbesondere bei höheren Dosen		
Bronchiektasen	Nicht indiziert bei Patienten mit bakterieller Kolonisierung oder rezidivierender niedrigerer RTI		
Tuberkulose	Erhöhtes Risiko für TB, insbesondere bei hohen Dosen		
Chronische Nierenerkrankung			Verbunden mit Harnbeschwerden
Prostataerkrankungen			Verbunden mit Harnbeschwerden
Vorhofflimmern		Verbunden mit Tachykardie und Rhythmusstörungen (bei empfindlichen Patienten)	
Glaukom	Verbunden mit Glaukom und Grauem Star		Verbunden mit Grauem Star bei Verwendung mit Gesichtsmaske


COPD, chronisch obstruktive Lungenerkrankung; ICS, inhalatives Kortikosteroid; LABA, langwirksamer Beta-Agonist; LAMA, langwirksamer muskarinischer Antagonist; RTI, Infektion der Atemwege; TB, Tuberkulose.

■ Empfohlen ■ Mit Vorsicht anzuwenden ■ Gemäss der OPD-Leitlinie anzuwenden

Autoren: Ioanna Tsiligianni, Kristian Hoines, Christian Jensen, JanWillem WH Kocks, Bjorn Stallberg, Claudia Vicente, Rudi Peché
 Rezensenten: Stewart Mercer, Luís Andres Amorim Alves
 Herausgeber: Tracey Lonergan

Boehringer Ingelheim gewährte ein unbeschränktes Stipendium zur Unterstützung der Entwicklung, des Satzsetzes, des Drucks und der damit verbundenen Kosten, trug aber nicht zum Inhalt dieses Dokuments bei.

Dieser Desktop-Helfer hat beratenden Charakter; er ist für den allgemeinen Gebrauch bestimmt und sollte nicht als auf einen spezifischen Fall anwendbar angesehen werden. Weitere Informationen finden Sie auf: www.ipcr.org/desktophelpers and www.ipcr.org/disclaimer

 Creative-Commons-Lizenz Zuschreibung - nicht kommerziell - ShareAlike

Die IPCRG ist eine eingetragene Wohltätigkeitsorganisation (SC Nr. 035056) und eine Gesellschaft mit beschränkter Haftung (Company Nr. 256268).
 Kommunikationsanschrift: 19 Armour Mews, Ladbroke, FK5 4FF, UK