



LUNGENLIGA

Rauchstopp-Intervention bei COPD: mehr als Verschreibung eines Medikaments

Zirka 20% der Rauchenden entwickeln COPD und doppelt so viel der COPD-Patienten (Pat) sind aktive Raucher. Da praktisch alle COPD-Pat rauchen oder früher geraucht haben, haben diese ein erhöhtes Risiko für Bronchus-Karzinom und kardiovaskuläre Erkrankungen. Damit ist die Mortalitätsrate insgesamt erhöht. Rauchstopp (RS) verbessert die Symptome und die Lebensqualität dieser Pat. RS ist die einzige Intervention, welche sowohl den Verlauf der COPD-Erkrankung durch die Verlangsamung des Lungenfunktionsverlustes als auch die Gesamtmortalität dieser Patienten günstig beeinflusst (1). Somit ist erkenntlich, dass rauchende COPD-Pat noch dringlicher eine RS-Intervention benötigen als der durchschnittliche Raucher ohne COPD (2). Leider sprechen rauchende COPD-Pat weniger gut auf RS-Interventionen an im Vergleich zu «gesunden» Rauchern. Sie scheinen «resistenter» zu sein gegenüber diesen Interventionen, was teilweise auf das höhere Alter, die höhere Anzahl von Packyears und die stärkere körperliche Abhängigkeit zurückzuführen ist (1). Deshalb sind RS-Versuche bei dieser Population manchmal weniger erfolgreich und mit mehr Rückfällen behaftet. Letzteres hängt wahrscheinlich auch damit zusammen, dass COPD-Pat ein höheres Risiko für depressive Symptome haben. Depressive Symptome treten relativ häufig auf bei RS, auch bei Rauchenden ohne COPD.

In einem kürzlichen Review wurden 8 RS-Studien bei COPD-Pat aus den letzten 10 Jahren zusammengefasst (1). Die Autoren kamen zum Schluss dass eine medikamentöse Therapie in Kombination mit Beratung für COPD-Pat nach wie vor die beste Strategie ist. Die Intensität der Beratung schien keinen Einfluss auf das Resultat zu haben, ebenso war die Wahl des Medikaments nicht ausschlaggebend: Nikotinersatztherapie, Bupropion und Vareniclin zeigten höhere Erfolgsraten im Vergleich zu Placebo. Keines der Medikamente war bei dieser Population in randomisierten kontrollierten Studien signifikant besser als das andere. Diese Feststellung für COPD-Pat unterscheidet sich klar von Studien bei Nicht-COPD-Pat, wo Vareniclin bessere Abstinenzraten im Vergleich zu Bupropion oder Nikotinersatz aufweist. Es ist wichtig zu wissen, dass diese Resultate jeweils durch eine Kombination von Medikamenten mit wiederholter Beratung bei ausgewählten Pat erzielt wurden. Aufgrund der höheren Abhängigkeitsrate bei COPD wird von einigen Autoren bei der Anwendung von Nikotinersatztherapie von einer Monotherapie abgeraten und die Anwendung von 2 verschiedenen Nikotin-Präparaten gleichzeitig empfohlen (z.B. Pflaster plus Kaugummi, Lutschtablette oder Inhaler). Noch nicht abschliessend geklärt ist, ob bei COPD-Pat RS-Medikamente mit antidepressiver Wirkung (z.B. Bupropion) bevorzugt werden sollten wegen der erhöhten Rate an depressiven Symptomen. Studien mit entsprechendem Design wurden noch nicht durchgeführt. Bei der Beratung (Verhaltenstherapie) konnte in 2 Studien gezeigt werden, dass RS-Beratung in Gruppen die Erfolgsrate bei COPD-Pat erhöht. Bei Pat, welche für eine COPD Exazerbation hospitalisiert wurden, zeigte sich in einer Studie, dass wöchentliche RS-Beratungen von 2 Stunden während 5 Wochen im Vergleich zu einer Kontrollgruppe ohne diese Beratung, eine signifikant bessere Abstinenzrate nach einem Jahr ergab (29,8% versus 12,7%) (1). Obwohl die Beratungsstrategien in den letzten Jahren zunehmend auf die COPD-Pat angepasst wurden, ist es noch unklar, welche Beratungskomponenten von grösster Bedeutung sind.

Die Beratung des Rauchenden bezüglich des RS braucht gewisse Kenntnisse der Verhaltenstherapie. Es lohnt sich daher, sich die «Theorie» dieses Gebietes in einem Standardwerk anzueignen und/oder die Beratungstätigkeit in Workshops zu üben (3). Mit zunehmender Beratungstätigkeit wird der Berater auch Einiges von den Pat lernen und diese Erfahrung in spätere Beratungen einfließen lassen (4). Es gibt auch einige praktische Aspekte z.B. bei der Anwendung der Medikamente, welche die Verträglichkeit und Wirksamkeit der RS-Behandlung verbessern können (5). Nicht selten scheitern RS-Versuche an kleinen Details, welche bei guter Beratung hätten vermieden werden können. Leider werden diese praktischen Tipps zu oft als «nicht kommunikationswürdig» klassiert und daher nur vereinzelt in Textform oder in Vorträgen vermittelt. Für die Schweiz gibt es jedoch ein Standardwerk, welches diesbezüglich gut abschneidet (3).

Für COPD-Pat gibt es eine Vielzahl von Anstrengungen, durch Medikamente und Rehabilitation die Exazerbationshäufigkeit, Hospitalisationsfrequenz, Leistungsfähigkeit, Symptome und Lebensqualität günstig zu beeinflussen. Viele dieser Massnahmen sind kostspielig, insbesondere wenn man davon ausgeht, dass sie über Jahre zu Anwendung kommen. Dabei sollte dem RS bei noch rauchenden COPD-Pat die höchste Priorität zukommen, da diese Intervention erwiesenermassen den Verlauf der Erkrankung günstig beeinflusst und zu den kosteneffektivsten Massnahmen in der Medizin gehört. Mindestens eine RS-Intervention pro Jahr sollte zu den «good clinical practices» gehören, deren Missachtung als Verletzung der Sorgfaltspflicht interpretiert werden könnte. Trotz der zum Teil frustrierten Versuche, Rauchende zum RS zu bewegen, muss beachtet werden dass es durchschnittlich 4–6 ernsthafte RS-Versuche braucht (rauchfrei für >24h im Rahmen eines RS-Versuchs) bis zum längerfristigen RS. Try harder!

(1) Warnier MJ, et al. Smoking cessation strategies in patients with COPD. Eur Respir J;2013;41:727-34.

(2) Tonnesen P. Smoking Cessation and COPD. Eur Respir Rev 2013;22:127,37-43.

(3) Humair JP, Cornuz J. Raucherentwöhnung. Basisdokumentation für Ärztinnen und Ärzte. Frei von Tabak. Bern 2009.

(4) Cornuz J. Betreuung tabakabhängiger Patienten. Primary Care 2013;13:6:107-9.

(5) Schuurmans MM, et al. Rauchstopp-Beratung für die Praxis. Evidenz-basierte Informationen und erfahrungsmethodische Tipps. Schweiz. Zeitschrift für Psychiatrie & Neurologie, 2009.02.

In enger Zusammenarbeit mit dem verordnenden Arzt betreut die Lungenliga COPD-Betroffene,

- stellt **Inhalationsgeräte** zur Verfügung und organisiert Sauerstofflieferungen,
 - instruiert und begleitet die PatientInnen im Umgang mit der **Sauerstofftherapie**,
 - bietet ambulante **pulmonale Rehabilitation** mit Fachleuten sowie – einen **Online-Risikotest** und kostenlose Spirometriemessungen an:
- www.lungenliga.ch/copd

Verantwortlich für den Inhalt dieses Beitrags:

Dr. med. Macé M. Schuurmans
Klinik für Pneumologie
Universitätsspital Zürich