

COPD – Neuer Begriff für eine altbekannte Raucherkrankheit.

Was ist COPD?

Das Akronym kommt aus dem englischen und steht für **Chronic Obstructive Pulmonary Disease**. Es bezeichnet eine Lungenkrankheit mit Behinderung (Obstruktion) des Atemflusses in den Bronchien, die im Gegensatz zum Asthma auf medikamentöse Therapie nicht vollständig reversibel ist und vorwiegend Raucher befällt. Im Laienjargon wird häufig vom «Raucherhusten», «Raucherasthma» oder «Raucherbronchitis» gesprochen.

Die COPD beginnt harmlos mit einem morgendlichen Husten mit Auswurf, der zu Beginn von den Betroffenen selber als «natürliche» Folge des Rauchens wahrgenommen wird. Der langsam auftretenden Atemnot bei Anstrengung wird unbewusst mit einer Vermeidungsstrategie begegnet. Man nimmt den Lift statt die Treppe oder das Auto, statt zu Fuss zu gehen.

Die COPD ist häufiger als bisher angenommen.

Bisher wurde von einer Prävalenz der COPD von 8,5% ausgegangen. Die SAPALDIA Studie ergab für die Schweiz, dass fast ein Viertel der 40–60-jährigen Raucher an einer COPD leiden. Eine Studie von Prof. Leuppi in Basel mit Lungenfunktionsprüfungen bei Rauchern ab 40 in Allgemeinpraxen kam auf ähnliche Resultate mit einem Anteil von 28% mit COPD.

Die COPD wird häufig zu spät erkannt.

Die Atemnot bei Anstrengung im Alltag tritt erst im fortgeschrittenen Stadium auf. Dies ist meist erst der Fall, wenn schon gegen 50% der Lungenkapazität verloren sind. Auch das schlechte Gewissen des Rauchers, selber für seine Krankheit verantwortlich zu sein, kann ihn daran hindern, offen über seine Beschwerden mit dem Arzt zu reden.

Deshalb sollte bei Rauchern ab 40 routinemässig eine Spirometrie durchgeführt werden.

Die COPD wird mit der Spirometrie diagnostiziert.

Die Diagnose kann nur mit dem Nachweis einer obstruktiven Ventilationsstörung in der Spirometrie (beim Hausarzt oder Pneumologen) erfolgen. Die Spirometrie ist aber auch Grundlage zur Beurteilung des Schweregrades. Dieser ist für die Wahl der Therapie von entscheidender Bedeutung.

Der Schweregrad der COPD ist massgebend für Therapie und Prognose.

Um die Diagnose und Behandlung der COPD zu verbessern, wurde 1997 die Global Initiative for Obstructive Lung Disease (GOLD) gegründet. Die Stadieneinteilung erfolgt im Wesentlichen nach dem Erstsekundenvolumen (FEV1) in Prozent der Norm in der Lungenfunktion, ergänzt durch den Schweregrad der Symptome und der Anzahl von akuten Verschlechterungen (Exazerbationen) pro Jahr. Die Behandlung erfolgt nach einem Stufenschema und richtet sich nach dieser Stadieneinteilung.

Rauchstopp:

Rauchstopp ist die einzige Massnahme, die den Zerstörungsprozess der COPD an der Lunge stoppen kann. Je früher der Rauchstopp erfolgt, desto erfolgreicher ist er. Aber auch in fortgeschrittenen Stadien ist er durchaus noch wirksam. Den Zusammenhang zwischen Rauchen, Rauchstopp und Lungenfunktion hat Fletcher bereits 1977 publiziert. Mit Hilfe seiner Grafik kann auch dem Patienten die Folgen des Rauchens veranschaulicht werden (Abb. 1) Als besonders einprägsam hat sich anstelle der Prozentzahl der Norm, der Begriff des Lungen-

alters in der Kommunikation mit dem Patienten erwiesen. Dabei wird das theoretische Alter angegeben, bei dem die reduzierte Lungenfunktion noch normal wäre. Allein die Einführung dieses Begriffs hat den erfolgreichen Rauchstopp über ein Jahr in einer Studie verdoppeln können. Für einen erfolgreichen Rauchstopp ist eine professionelle Begleitung entscheidend. Spontan gelingt es nur in 1–2 Prozent pro Jahr mit dem Rauchen aufzuhören.

Exazerbation – keine harmlose Erkältung.

Der Begriff Exazerbation bezeichnet eine akute Verschlechterung mit Zunahme von Atemnot, Husten und/oder Auswurf über die übliche Tagesvariabilität hinaus. Die Exazerbation beginnt akut und benötigt eine Therapieänderung. Meistens sind die Exazerbationen durch virale oder bakterielle Infekte ausgelöst. Häufig wird der Patient sich erstmals durch das akute Auftreten der Symptome seiner Krankheit bewusst und sucht die Apotheke oder den Arzt auf. Raucher mit Verfärbung des Auswurfs und Atemnot im Rahmen einer Erkältung sollten unbedingt einen Arzt aufsuchen.

Exazerbationen beeinflussen nicht nur die Lebensqualität sondern auch die Prognose negativ und sind eine häufige Ursache für Hospitalisationen oder Tod. Deshalb sollten Exazerbationen möglichst verhindert werden. Durch eine korrekte Behandlung der COPD kann die Exazerbationsrate und damit die Prognose der COPD verbessert werden. Schon deshalb ist eine frühzeitige Diagnose der COPD mittels Spirometrie so wichtig.

Grippeimpfung wichtige Prophylaxe der Exazerbation.

Eine Influenza verursacht in den meisten Fällen eine schwere Exazerbation der COPD mit erhöhtem Hospitalisations- und Mortalitätsrisiko. Deshalb sollten sich Patienten mit COPD jährlich gegen Grippe impfen lassen.

www.lungenliga.ch/copd
www.liguepulmonaire.ch/bpco

Autor:
Dr. med. Thomas Schmid
Lungenpraxis Stadtgarten
4500 Solothurn SO
E-Mail: schmidpneumo@bluewin.ch

Referenzen:
Guidelines of Global Strategy for Diagnosis, Management and Prevention of COPD January 2015: www.goldcopd.org.

Probst et al. Prevalence and incidence of COPD according to GOLD stages in Swiss adults, SAPALDIA cohort, Swiss Medical Weekly 2006.

Leuppi et al. Quality assessment of spirometries in over 24 000 current smokers – a general practitioner based survey, Swiss Medical Weekly 2006.

Fletcher C. et al. The natural history of airflow obstruction, Br Med J. 1977 Jun 25; 1(6077): 1645–1648.

Parke G, Greenhalgh T, Griffin M, Dent R. Effect on smoking quit rate of telling patients their lung age: the Step2quit randomised controlled trial. BMJ 2008; 336: 598–600.

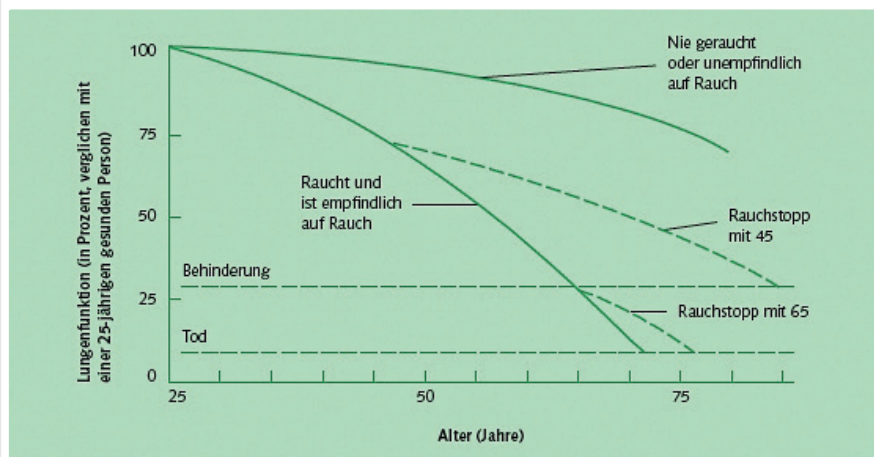


Abb. 1: nach Fletcher et al., The natural history of airflow obstruction, Br Med J. 1977 Jun 25; 1(6077): 1645–1648.