

# COPD: WANN WELCHER WIRKSTOFF?

Die Säulen der Therapie bei COPD sind **Rauchverzicht, körperliche Aktivität, Beta-2-Mimetika und Anticholinergika.**

Lungenexperte Bernhard Faderl, Augsburg, erläutert im Gespräch mit Dr. Ulrich Scharmer, für welche Patienten die beiden Wirkstoffgruppen alleine oder in Kombination am besten geeignet sind.



**EXPERTE**  
IM GESPRÄCH



**Bernhard Faderl**  
ist Internist,  
Pneumologe und  
Allergologe am  
Zentrum für  
Pneumologie und  
Onkologie am  
Diako, Augsburg

**?** Für Patienten mit dem niedrigsten Schweregrad sehen nationale und internationale COPD-Leitlinien eine inhalative Bedarfstherapie mit kurzwirksamen Substanzen vor. Womit fängt man am besten an, wann wird kombiniert?

**Faderl:** Das kurzwirksame beta-2-adrenerge Salbutamol und das ebenfalls kurzwirksame anticholinerge Ipratropiumbromid können mit etwa gleich gutem Erfolg in der Monotherapie eingesetzt werden. Ausschlaggebend für die Wahl sind zum einen die spirometrischen Befunde, zum anderen die Komorbiditäten des Patienten. So ist es sinnvoll, bei bestimmten kardialen Begleiterkrankungen mit dem Anticholinergikum zu beginnen. Ein typisches Beispiel sind Patienten mit vorbestehendem Vorhofflimmern oder auch paroxysmalem Vorhofflimmern. Besteht dagegen Grund zur Vorsicht mit Anticholinergika, etwa eine Blasenentleerungsstörung, ist das Beta-2-Mimetikum vorzuziehen. Letzteres ist auch erste Wahl für COPD-Patienten mit „Asthma-COPD Overlap Syndrome“, kurz ACOS, weil hier die Atemwegsobstruktion meistens eine stärkere reversible Komponente hat.

## ABKÜRZUNGEN

SAMA = short-acting muscarinic antagonist = kurzwirksames Anticholinergikum  
SABA = short-acting beta-2-agonist = kurzwirksames Beta-2-Mimetikum  
L statt S am Beginn: long-acting = langwirksam

**?** Welche Rolle spielen die prinzipbedingten Nebenwirkungen der beiden Substanzen in der Praxis?

**Faderl:** In der Bedarfstherapie sind Nebenwirkungen wegen der kurzen Wirkdauer selten ein größeres Problem. Reagiert ein Patient jedoch auf Salbutamol mit typischen Stresssymptomen wie Herzrasen, Zittern oder Unruhe, ist es sinnvoll, auf Ipratropiumbromid umzustellen. Umgekehrt können zum Beispiel Mundtrockenheit oder neu aufgetretene Blasenentleerungsstörungen unter dem Anticholinergikum an einen Wechsel auf Salbutamol denken lassen.

**?** Wann kombiniert man die beiden Wirkstoffe in der Bedarfstherapie?

**Faderl:** Wenn sowohl die sympathomimetischen als auch die anticholinergen Nebenwirkungen minimiert werden müssen, ist es sinnvoll, beide Wirkstoffe in niedriger Dosis zu kombinieren. Dasselbe gilt, wenn eine Monotherapie ungenügend wirksam ist.

**?** Welche differenzialtherapeutischen Überlegungen stellen Sie bei der Wahl der Wirkstoffe für die Dauertherapie an?

**Faderl:** Das zuvor für die Bedarfstherapie Gesagte gilt analog in der Dauertherapie. Bei den langwirksamen Substanzen stehen aufseiten der Beta-2-Mimetika die seit längerer Zeit bewährten Salmeterol und Formoterol zur Verfügung, die beide zweimal täglich inhalativ angewendet werden. Neu hinzugekommen sind Indacaterol, Olodaterol und Vilanterol – Letzteres allerdings bisher nur als fixe Kombination mit Umeclidiniumbromid. Die langwirksamen Anticholinergika werden unterteilt in solche, die einmal täglich immer zur selben Tageszeit angewendet werden – Glycopyrroniumbromid, Tiotropiumbromid und Umeclidiniumbromid – sowie auf der anderen Seite Aclidiniumbromid, das zweimal täglich zu inhalieren ist.

**?** Welche Rolle spielt das Anwendungsintervall, d.h. ein- oder zweimal täglich, in der Praxis für die Therapieentscheidung?

**Faderl:** Objektiv ist es im Allgemeinen unerheblich, ob man sich für ein ein- oder zwei-

mal täglich zu inhalierendes Anticholinergikum entscheidet. Für Patienten, die abends unabhängig sein wollen oder dazu neigen, die zweite Anwendung zu vergessen, sind die drei erstgenannten Substanzen vorzuziehen. Wer sich dagegen sicherer fühlt, wenn er zweimal täglich inhaliert, für den ist vermutlich Aclidiniumbromid die bessere Wahl. Auch für Patienten, die während der Nacht oder in den frühen Morgenstunden Beschwerden haben, ist die zweimal tägliche Inhalation eine Option.

### ? An welcher Stelle stehen inhalative Kortikosteroide (ICS) bei COPD?

**Faderl:** Anders als bei Asthma bronchiale kommen ICS bei COPD nur in besonderen Fällen zum Einsatz. Indiziert sind sie, wenn trotz optimaler Therapie mit Beta-2-Mimetikum und Anticholinergikum mehr als zwei Exazerbation pro Jahr auftreten sowie für Patienten mit deutlicher asthmatischer Komponente, sprich ACOS.

Für die Praxis ist wichtig, dass ein bei COPD verordnetes ICS nicht zum Selbstläufer wird. Geht etwa die Exazerbationsrate nicht zurück, sollte es wieder abgesetzt werden. Es liegen Hinweise vor, wonach ICS bei COPD die Gefahr einer Pneumonie erhöhen könnten.

### ? In der Praxis gibt es immer wieder Patienten, bei denen die COPD-Medikamente nicht den erwarteten Erfolg bringen. Was tun Sie in diesen Fällen?

**Faderl:** Hier muss man prüfen, ob der Patient seine Medikamente nimmt – Stichwort Adhärenz – und wenn ja, ob er sie richtig anwendet. Falsche Handhabung der diversen Inhalatoren ist nicht selten die Ursache ausbleibender Wirkung. Entscheidend sind hier gründliche Einweisung und regelmäßige Kontrolle der Inhalationstechnik. Anwendungsfehler können unter anderem auf verringerte kognitive oder motorische Fähigkeiten zurückzuführen sein, etwa manuelle Ungeschicklichkeit

bei neurologischen Erkrankungen. Hier muss auf ein im Einzelfall besser geeignetes Gerät gewechselt werden.

### ? Wie ändert/erweitert man die Medikation, wenn die Beschwerden nicht ausreichend ansprechen?

**Faderl:** Sowohl bei der Bedarfs- als auch in der Dauermedikation kann es zum Erfolg führen, wenn Beta-2-Mimetikum und Anticholinergikum kombiniert werden. Bestehen weiterhin stärkere Beschwerden, kann es sinnvoll sein, für einige Wochen zusätzlich ein ICS zu testen. Das gilt vor allem bei starker Verschleimung. Bleibt die Wirkung aus, muss das ICS wieder abgesetzt werden.

### ? Wann kommen Theophyllin und der PDE-4-Hemmer Roflumilast zum Einsatz?

**Faderl:** Theophyllin hat eine wechselvolle Vergangenheit. Derzeit ist es eine Reservesubstanz für Patienten mit schwerster COPD vor, die auf die anderen Wirkstoffe nicht ausreichend ansprechen. Außerdem gibt es Patienten, die mit keinem Inhalationsgerät zurechtkommen. In all diesen Fällen würde ich einen Versuch mit retardiertem Theophyllin unternehmen. Da der Wirkstoff individuell unterschiedlich schnell abgebaut wird, können wiederholte Spiegelkontrollen nötig sein, insbesondere wenn Nebenwirkungen wie Unruhe, Tachykardie, Schlaflosigkeit oder Kopfschmerzen auftreten. Wenn trotz optimaler Behandlung mit Beta-2-Antagonisten, Anticholinergika und gegebenenfalls einem ICS häufig Exazerbationen auftreten, kann zusätzlich Roflumilast gegeben werden. Es kommt als Add-on-Therapie vor allem dann zum Einsatz, wenn starke

Verschleimung oder eine bronchitische Komponente im Vordergrund stehen, bei den sogenannten Blue Bloatern. Nebenwirkungen wie Durchfall und Gewichtsabnahme sowie in Einzelfällen berichtete schwere Depressionen bis hin zur Suizidalität beschränken allerdings den Einsatz.

### ? Können Medikamente die Prognose bei COPD verbessern?

**Faderl:** Eine Lebensverlängerung bei COPD konnte bislang für keinen Wirkstoff dokumentiert werden. Dieser Nachweis ist schwer, denn solch eine Studie müsste über viele Jahre laufen.

Sicher ist, dass langwirksame Beta-2-Mimetika und Anticholinergika die FEV<sub>1</sub> verbessern, die Atemnot lindern und die Zahl von Exazerbationen verringern. Starke Evidenz gibt es auch dafür, dass Anticholinergika die Rate von Exazerbationen stärker senken als Beta-2-Sympathomimetika und darüber hinaus die Zahl der Krankenhauseinweisungen verringern. Die erwiesenermaßen wirksamste Maßnahme, um die Prognose zu verbessern, ist gegebenenfalls der Verzicht auf das Rauchen. Für Patienten, die in das DMP COPD eingeschrieben sind, übernehmen die Kassen die Kosten für strukturierte Raucherentwöhnungsprogramme. Wichtig ist darüber hinaus körperliche Aktivität – am besten in Lungensportgruppen, die allerdings in vielen Regionen nicht zur Verfügung stehen. Da jede Infektion im Bereich der Lungen und Atemwege das Risiko einer Verschlechterung der COPD birgt, wird ein konsequenter Impfschutz gegen Grippe und Pneumokokken empfohlen.

**Vielen Dank für das Gespräch.**

