

Die Suche nach dem Königsweg

Differenzialdiagnostik ist in der COPD-Therapie das A und O

► Interview – Novartis

NÜRNBERG. Der Differenzialdiagnostik kommt bei der COPD immer noch eine sehr hohe Bedeutung zu. Gerade die Unterscheidung zum Asthma bzw. einen Overlap zu erkennen, bereitet vielen Kollegen Schwierigkeiten. Gibt es inzwischen einen Königsweg?

? Die Differenzialdiagnostik Asthma/COPD spielt eine große Rolle bei der Therapiewahl. Wie gehen Sie vor?
Dr. Schacher: Die Mehrzahl der Patienten erkrankt an der COPD erst in fortgeschrittenem Lebensalter – in der Kindheit und Jugend kommt die COPD so gut wie nicht vor, es sei denn genetisch bedingt. Das heißt für mich in der Praxis, bei älteren Patienten mit Problemen der Lunge immer die Diagnose COPD mit in Betracht zu ziehen. Raucher zum Beispiel bilden immer noch den größten Teil der COPD-Patienten.

Auch die Art der Dyspnoe ist wichtig. Während der Patient mit COPD meist eine Belastungsdyspnoe entwickelt, hat der Asthma-Patient eher anfallsartige Atemnot – und es gibt auch Phasen, in denen es ihm wieder gut geht. Eine völlige Reversibilität der Obstruktion gibt es bei der COPD meist nicht. Das stellt ein gutes Unterscheidungsmerkmal dar. Wenn ich eine Spirometrie beim Patienten mache und ich sehe eine Obstruktion – also nach Definition einen FEV₁/FVC-Quotienten von weniger als 70 %, dann empfiehlt es sich, einen Reversibilitätstest durchzuführen. Das heißt, man würde ihm ein kurz wirksames Betamimetikum geben. Zeigt sich eine deutliche und gute Reversibilität, liefert dies einen weiteren Hinweis darauf, dass es sich um Asthma handelt. Auch Allergien spielen eine Rolle: Asthma-Patienten haben häufig Allergien, COPDler eher selten. Und: Das Asthma verläuft variabel, die COPD eher progredient und zunehmend.

? Das klingt relativ zeitaufwendig.

Dr. Schacher: Am Anfang steht eine gründliche Anamnese des Patienten, die Historie seiner Lungenerkrankung. Das spart einem weitere zeitaufwendige Maßnahmen. Berichtet etwa ein älterer Patient, er habe die Probleme seit seiner Jugend, begleitet von Neurodermitis und Allergien, kann ich mit hoher Wahrscheinlichkeit von einem Asthma ausgehen. Hatte der Patient in der Anamnese eine

schwere Lungeninfektion ohne vorherige Beschwerden, dann ist dies ein wichtiger Hinweis, dass es sich eher um eine COPD handelt. Erwähnt der Patient dann noch, dass er seit 30 Jahren raucht, steht die Diagnose eigentlich schon fest – eine Spirometrie und die restlichen Untersuchungen ergänzen dann noch die Diagnosefindung.

? Empfehlen Sie ein Differenzialblutbild zur Auszählung der Eosinophilen?

Dr. Schacher: Die Anzahl der Eosinophilen hat im Zuge der Differenzialdiagnostik Asthma/COPD große Bedeutung. Liegt eine Erhöhung der Eosinophilen vor und bessern sich die Symptome dann noch unter der Therapie mit einem inhalativen Steroid, deutet das

INTERVIEW



Dr. Christian Schacher

Internist, Nürnberg

Foto: privat

überlastet, bundesweit gibt es auch nur etwa 800–900 niedergelassene Lungenfachärzte. Ich bin der Überzeugung, dass der Hausarzt/Internist die Basis-Lungenerkrankungen genauso gut behandeln kann und die Expertise der Kollegen nur in Anspruch genommen werden sollte, wenn sich ein Patient in der

assessment Test (CAT) und der Modified Medical Research Council (MMRC)-Score zur Beurteilung

Bildgebende Verfahren könnten in Zukunft eine größere Rolle spielen

der Dyspnoeschwere sind Tests, die helfen, den Patienten adäquat einzuschätzen, zu klassifizieren und die Therapie zu monitorieren.

? GOLD und die neuen Leitlinien orientieren sich nicht mehr primär an der Lungenfunktion, sondern an der Exazerbationshistorie. Erkennen Sie in der Praxis Exazerbationen überhaupt?

Dr. Schacher: Das ist die Gretchen-Frage. Eine Exazerbation ist definiert als eine akute Verschlechterung, die eine Anpassung der Medikation, meist mit systemischen Steroiden oder Antibiotika, nach sich zieht und/oder eine Hospitalisierung nötig macht.

? Können Sie Kollegen verstehen, die aus Sicherheitsbedenken auch bei COPD-Patienten lieber gleich ein inhalatives Kortikosteroid verschreiben?

Dr. Schacher: Das sehe ich eher kritisch. Bei Asthma und COPD handelt es sich um zwei verschiedene Erkrankungen und sie sollten daher auch diagnose- und stadiengerecht therapiert werden. Der Dreh- und Angelpunkt ist die Differenzialdiagnose. Wir wissen heute um die Nebenwirkungen von inhalativen Kortikosteroiden, daher muss man sich gut überlegen, welche COPD-Patienten überhaupt davon profitieren. Nach den Leitlinien primär Patienten mit einem Overlap und schwergradige Erkrankte mit häufigen Exazerbationen.

? Welche Rolle werden bildgebende Verfahren in Zukunft spielen?

Dr. Schacher: Bildgebende Verfahren kommen dann ins Spiel, wenn ich sehe, dass sich unter der Therapie keine Besserung zeigt. So macht es zum Beispiel bei Verdacht auf Bronchiektasen und/oder Emphysembildung Sinn, ein CT durchzuführen – oder eine Röntgen-Thoraxaufnahme bei Verdacht auf eine Pneumonie. Bildgebende Verfahren könnten in der Zukunft größere Bedeutung gewinnen, derzeit stehen sie sicher nicht im Zentrum der Diagnostik.

Das Interview führte ts



Foto: iStock/Colonel

zusätzlich auf ein Asthma oder eine asthmatische Begleitkomponente hin.

? Überweisen Sie für die Diagnostik an einen Pneumologen?

Dr. Schacher: Wenn das Krankheitsbild, die Anamnese und die Diagnostik im Ergebnis klar ist und der Patient sich unter der Therapie gut führen lässt, sehe ich keine Veranlassung, den Patienten zum Facharzt zu überweisen. Die Pneumologen in unserer Region sind vom Patientenaufkommen her stark

Therapie schlecht führen lässt.

? Stichwort molekulare Allergiediagnostik. Wer braucht die differenzierte Diagnostik?

Dr. Schacher: Ganz klar Patienten mit Asthma-COPD-Overlap, die eine ausgeprägte allergische Komponente haben und sich medikamentös schlecht einstellen lassen. Hier kommt möglicherweise eine Immuntherapie infrage.

? Nutzen Sie COPD-Tests?

Dr. Schacher: Ja. Der COPD As-

Eisen in der Mangel

Therapieoption gegen Anämie bei CED

► Pressemitteilung – Shield Therapeutics

DRESDEN. Die Eisenmangelanämie ist die häufigste extraintestinale Manifestation bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen. Eine orale Substitution zweiwertiger Präparate ist oft schwer verträglich oder schlecht wirksam. Dreiwertiges Eisen soll Abhilfe schaffen.

Die Entzündung der Darmmukosa bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (CED) kann zu Problemen mit der Absorption von Eisen und damit zu einer Eisenmangelanämie führen. Über die Hälfte der Patienten hat mit der oralen Substitution von zweiwertigem Eisen Probleme, rund ein Drittel setzt die Behandlung aus diesem Grund nicht fort. Die alternative i.v. Gabe des Wirkstoffes ist jedoch zeitaufwendiger und teurer. Eisen(III)-Maltol (Feraccru®), ein Komplex aus dreiwertigem Eisen und Maltol,



bleibt während des Transports zur Darmschleimhaut stabil. Die Eisenaufnahme ist sättigbar und vermeidet potenzielle Eisenüberladung, schreibt der Hersteller.

Das führte im prospektiven, randomisierten und placebokontrollierten Phase-III-Studienprogramm AEGIS zu einer guten Verträglichkeit und dazu, dass die Hämoglobin-Konzentration bereits nach Woche vier bis zwölf im Vergleich zu Placebo signifikant um 2,25 g/dl anstieg. 86 % der Patienten erreichten eine Normalisierung der Hb-Werte bis zu Woche 64, wobei die Adhärenz bei 97 % lag.

Erfahrung spricht für Therapieoption

Die mittlerweile einjährige Anwendererfahrung bestätigt die Wirksamkeit und hohe Verträglichkeit, heißt es weiter. Eisen(III)-Maltol kann sowohl in der Erstlinientherapie bei therapienaiven Patienten als auch in der Zweitlinientherapie bei Patienten, die auf zweiwertiges Eisen unzureichend angesprochen bzw. dieses nicht vertragen haben, angewendet werden.

TiF
Pressemitteilung „Ein Jahr Erfahrung mit Feraccru®: Therapie der Eisenmangelanämie bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen“

Am Anfang steht eine gründliche Anamnese – die Historie der Lungenerkrankung