

Mortalität von
hospitalisierten
COPD-Patienten
ähnlich wie bei ACS

Zu den Alternativen
zählen Theophyllin,
NAC und Carbocys-
tein

COPD

Erstmals Empfehlungen von Fachgesellschaften zur Prävention von Exazerbationen

Die pneumologischen Fachgesellschaften der USA (CHEST) und Kanadas (CTS) haben erstmals eine COPD-Leitlinie zur Prävention von Exazerbationen veröffentlicht. Sie betont die hohe Bedeutung der akuten Symptomverschlechterung für Morbidität und Mortalität der Patienten als auch die Therapiekosten. Die Mortalität hospitalisierter Patienten mit einer COPD-Exazerbation sei ähnlich wie bei Patienten mit akutem Koronarsyndrom (ACS).

■ Empfehlungen zu Allgemeinmaßnahmen und medikamentöser Therapie

- Alle COPD-Patienten sollten eine Pneumokokkenimpfung erhalten (Evidenzgrad 2C zur Vorbeugung von Exazerbationen) und jährlich gegen Influenza geimpft werden (1B).
- Raucherentwöhnungsprogramme sollten angeboten werden (2C).
- Bei Patienten mit mittlerer bis schwerer COPD, die eine Exazerbation hatten, sollte eine Lungenrehabilitation innerhalb von vier Wochen erfolgen (1C).
- Edukation mit schriftlichem Aktionsplan und Case Management sollten immer gemeinsam genutzt werden (2B).
- Patienten mit einer zurückliegenden Exazerbation sollten mindestens einmal im Monat zum Facharzt (1C).
- Sowohl langwirksame Beta-2-Mimetika (LABA) als auch langwirksame Anticholinergika (LAMA) verhindern Exazerbationen; der Vorzug wird in dem Papier LAMA gegeben (1C).
- Langwirksame Substanzen sollten gegenüber kurzwirksamen bevorzugt werden (1A-2C).
- Die Kombination kurzwirksames Anticholinergikum (SAMA) plus LABA ist als Exazerbationsprophylaxe wirksamer als eine LABA-Monotherapie (2C).
- Für Patienten mit stabiler mittlerer bis sehr schwerer COPD wird zur Erhaltungstherapie eine Kombination mit inhalativen Kortikosteroiden (ICS) und LABA empfohlen (anstatt ICS-Monotherapie 1B, anstatt LABA-Monotherapie 1C).
- Für Patienten mit stabiler COPD werden als Erhaltungstherapie eine LABA/LAMA- oder eine ICS/LABA-Kombination oder eine LAMA-Monotherapie empfohlen (1C).
- Reicht die inhalative Therapie zur Kontrolle von Exazerbationen nicht aus, wird ein langfristiger Einsatz von Makroliden empfohlen (2A).
- Nach einer akuten Exazerbation sollten den Patienten über 30 Tage systemische Kortikosteroide gegeben werden (2B).
- Für COPD-Patienten mit chronischer Bronchitis und Exazerbationen wird der Phosphodiesterase-4-Hemmer Roflumilast empfohlen (2A), weitere Alternativen bei stabilen Patienten sind retardiertes Theophyllin und bei häufigen Exazerbationen das Expektorans Acetylcystein (je 2B).
- Treten trotz maximaler Therapie weiterhin Exazerbationen auf, kann orales Carbocystein als Sekretolytikum versucht werden (CB).

IHR PLUS IM NETZ
Volltext online



■ QUELLE

- Criner G et al.: Prevention of Acute Exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: American College of Chest Physicians and Canadian Thoracic Society Guideline. Chest 2014, published online October 16