

20. – 23. März 2024

64. Kongress der DGP

Pneumologie - sektorenübergreifend, modern und lebendig
Rosengarten Mannheim

64. DGP Kongress – 20. – 23. März 2024

Weitere Einblicke aus dem Bereich *COPD*

Inhalt

1. COPD-Therapie frühzeitig und langfristig denken – Exazerbationen und kardiovaskulären Ereignissen vorbeugen [Slide 3-4](#)
2. Rechtzeitige Therapie-Eskalation auf eine 3-fach-Therapie – auch durch Hausärzt*innen [Slide 5](#)
3. Atemwegswanddicke als möglicher zukünftiger Biomarker zur Therapiesteuerung bei COPD [Slide 6](#)

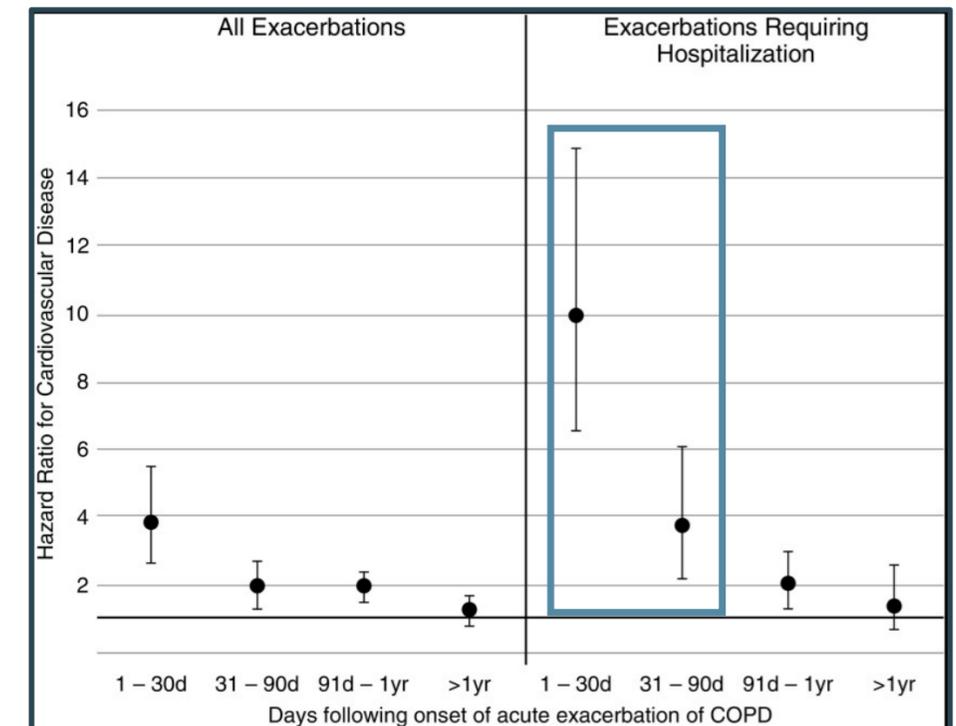
COPD-Therapie frühzeitig und langfristig denken – Exazerbationen und kardiovaskulären Ereignissen vorbeugen

"Die COPD-Diagnose rechtfertigt eine kardiovaskuläre Abklärung." Zitat Prof. Dr. Frederik Trinkmann

- COPD und CVD/CV-Ereignisse beeinflussen sich über verschiedene Mechanismen gegenseitig.¹
- Kardiovaskuläre Ereignisse sind eine der Haupttodesursachen von COPD-Patient*innen.²
- CV-Ereignisse treten bei COPD-Patient*innen häufiger und früher auf.^{3,4}
- Die Mortalitätsreduktion durch die 3-fach-Therapie aus ICS/LABA/LAMA ist auf die Reduktion von kardiovaskulärem und respiratorischem Tod zurückzuführen.^{5,6}

"Wenn wir unseren Patient*innen etwas Gutes tun wollen, sollten wir sie innerhalb der ersten 4 Wochen nach der Exazerbation sehen und respiratorisch und kardiovaskulär prüfen." Zitat von Prof. Dr. Claus Vogelmeier

- Nach einer Exazerbation ist das Risiko für ein kardiovaskuläres Ereignis von 30 Tagen (moderate Exazerbation) bis zu 1 Jahr (schwere Exazerbation) lang erhöht.⁷



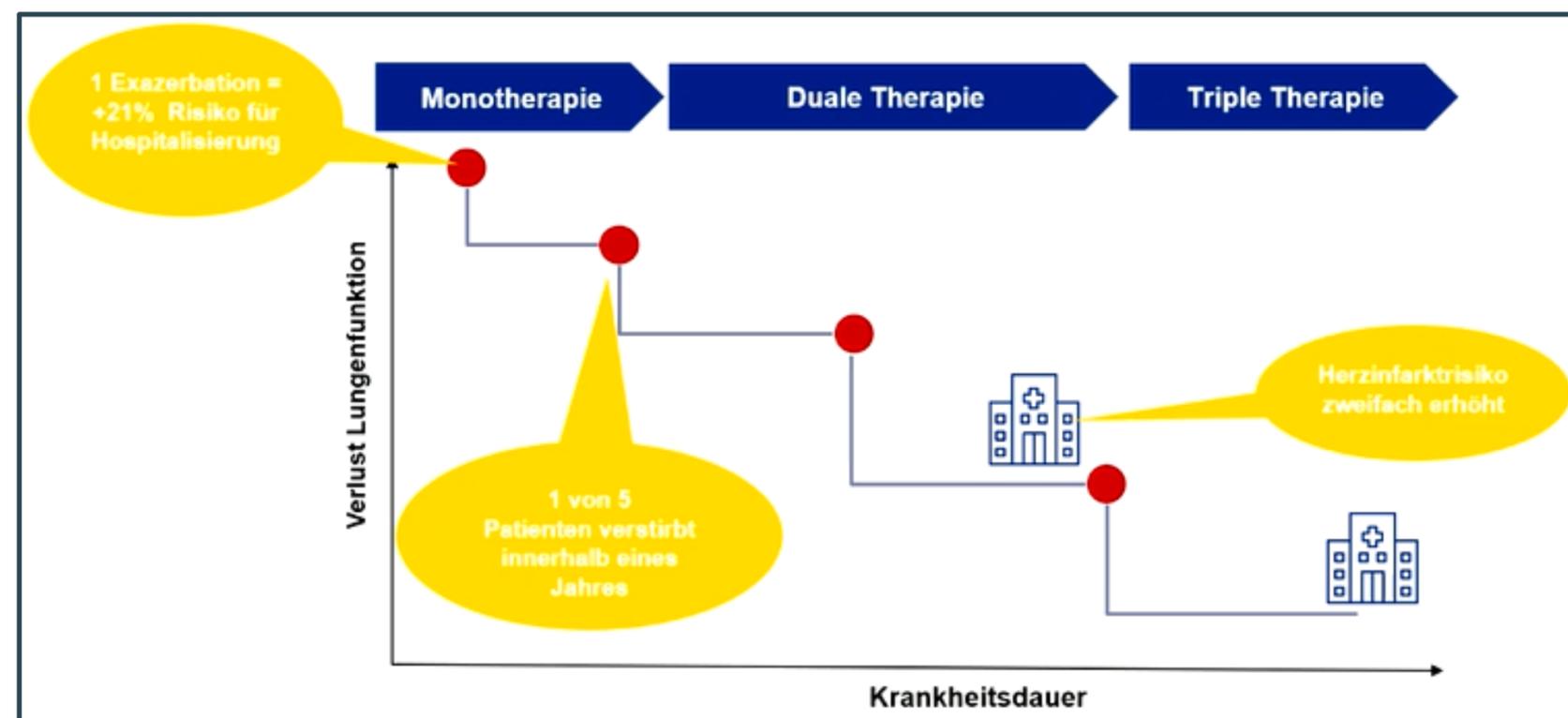
Kunisaki KM et al. Am J Respir Crit Care Med. 2018 Jul 1;198(1):51-57.

COPD-Therapie frühzeitig und langfristig denken – Exazerbationen und kardiovaskulären Ereignissen vorbeugen

Appell von Prof. Dr. Frederik Trinkmann:

Bei der COPD-Therapie sollte frühzeitig und langfristig gedacht werden → ggf. frühere Therapie-Eskalation erwägen und nicht erst auf die Exazerbation warten!

- Exazerbationen sind in der Regel der Grund für eine Therapieanpassung (Mono → Dual → Triple). Allerdings erhöht die erste Exazerbation das Risiko für weitere Exazerbationen.⁸ Das Risiko für eine Hospitalisierung ist nach der ersten Exazerbation um 21 % erhöht.⁹
- Der Einsatz von OCS (meist eingesetzt bei schweren Exazerbationen) erhöht die Mortalität.^{10,11}
- 3,6 Jahre nach einer schweren Exazerbation sind nur noch 50 % der Patienten am Leben.¹²



Donaldson GC, et al. Chest. 2010 May;137(5):1091-7. Rothnie KJ et al. Am J Respir Crit Care Med. 2018 Aug 15;198(4):464-471. Ho TW et al. PLoS One. 2014 Dec 9;9(12):e114866. Watz H et al. Respir Res. 2018 Dec 13;19(1):251. Dransfield MT et al. Am J Respir Crit Care Med. 2017 Feb 1;195(3):324-330.

Rechtzeitige Therapie-Eskalation auf eine 3-fach-Therapie – auch durch Hausärzt*innen

Starke Argumente für die Dreifach-Fixkombination

„Die Wartezeit für einen Termin beim Facharzt beträgt nicht selten sechs Monate. So lange sollte keinesfalls abgewartet werden und die Patientin oder der Patient untertherapiert bleiben, vor allem dann nicht, wenn sich der Gesundheitszustand verschlechtert,“ so Dr. Andreas Forster, Pneumologe und Leiter des Lungenzentrums Darmstadt.

Allgemeinmediziner*innen können leitliniengerecht nach GOLD 2024 Patient*innen identifizieren, die von einer ICS-haltigen 3-fach-Therapie profitieren:

- COPD-Patient*innen mit gleichzeitigem Asthma,
- oder zur Kontrolle von Exazerbationen, wenn diese im Therapieverlauf weiterhin auftreten,
- oder als Initialtherapie bei Patient*innen der Gruppe E (≥ 2 mittelschwere Exazerbationen oder ≥ 1 Exazerbation mit Hospitalisierung) mit Bluteosinophilen ≥ 300 Zellen/ μl .^{*,1}

„In diesen Fällen sollte der Hausarzt eine (fixe) 3-fach-Therapie verordnen,“ so die Empfehlung von Forster, um keine wertvolle Zeit bis zum nächsten Termin beim Facharzt zu verlieren und jede weitere Exazerbation bestmöglich zu verhindern.

Das Risiko von Exazerbationen bannen

Die durchschnittliche Lungenfunktion verschlechtert sich bereits vor den ersten Symptomen einer Exazerbation und erreicht auch acht Wochen danach nicht wieder das Niveau von vor der Exazerbation². Zudem deuten Studienergebnisse darauf hin, dass jede Exazerbation das Risiko für Herzinfarkt und Schlaganfall erhöht und insgesamt die Überlebenschancen von COPD-Patienten reduziert.³

Es konnte bereits in zahlreichen Studien gezeigt werden, dass für bestimmte Patientenkollektive die 3-fach-Therapie der dualen Therapie in Bezug auf Exazerbationen, Lungenfunktion und Lebensqualität überlegen ist.^{1,4-8} Die Prüfung eines frühzeitigen Einsatzes der (fixen) 3-fach-Therapie zur Kontrolle von Exazerbationen ist daher angezeigt¹ und sollte nicht vom Terminkalender der Facharztpraxis abhängen, lautete das Fazit der Diskussion.

* Keine der derzeit zugelassenen 3-fach-Fixkombinationen ist für die Initialtherapie bei COPD zugelassen. 1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD): 2024 GOLD Report. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. www.goldcopd.org. 2. Watz H et al, Respir Res. 2018 Dec 13;19(1):251. 3. Donaldson GC et al. Chest. 2010 May;137(5):1091-7. 4. Papi et al., Lancet 2018; 391:1076-1084. 5. Lipson et al., N Engl J Med 2018; 378:1671-1680. 6. Chapman et al., Am J Resp Crit Care Med 2018; 198:329-339. 7. Ferguson et al., Lancet Respir Med 2018; 6:747-758. 8. Rabe et al., N Engl J Med 2020; 383:35-48.

Atemwegswanddicke als möglicher zukünftiger Biomarker zur Therapiesteuerung bei COPD

„Wenn wir die Atemwegswanddicke in den peripheren Atemwegen bei der Erstdiagnose erheben, kann dieser Parameter vielleicht zukünftig als Biomarker für die Entscheidung genutzt werden, wann eine inhalative Therapie eskaliert werden muss“. Zitat Prof. Dr. Kathrin Kahnert.

- Die Atemwegswanddicke in der Peripherie der Lunge (Pi10) bestimmt die Atemwegswanddicke in den kleinen peripheren Bronchien bei einem Ateminnendurchmesser von 10 mm und kann softwarebasiert aus konventionellen CT-Bildern erhoben werden.
- Diese Atemwegswanddicke ist prädiktiv für eine künftige COPD-Entstehung, für einen künftigen FEV₁-Verlust und auch für die Mortalität aufgrund einer COPD.
- COPD-Patient*innen, die eine inhalative Triple-Therapie erhalten, haben eine niedrigere Atemwegswanddicke.

