

Akut exazerbierte COPD

Rationale Antibiotikatherapie in der hausärztlichen Versorgung

Professor Dr. med. Petra Gastmeier

Professor Dr. med. Jutta Bleidorn

Dr. med. Florian Salm

Dr. med. Tobias Kramer

Dr. med. Cornelius Remschmidt

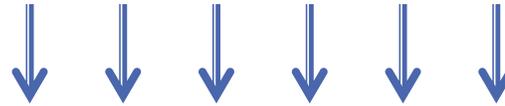
Dr. med. **Sandra Schneider**

Dr. med. Miriam Wiese-Posselt

Institut für Hygiene und Umweltmedizin, Charité

Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung

Exogene Noxe (meist **Tabakrauch**)



Entzündung im Bereich der kleinen Atemwege
(**obstruktive Bronchiolitis**)

Destruktion von Lungengewebe
(**Emphysem**)

Nicht voll-reversible obstruktive Ventilationsstörung
Meist progredient

Husten und Auswurf
Belastungsdyspnoe

Wichtig ist die **frühzeitige Erkennung** und leitliniengerechte Therapie!

COPD

- Pathophysiologie
- Akute Exazerbation
- Therapie bei akuter Exazerbation
- Prävention von Exazerbationen

Akute exazerbierte COPD (AECOPD)

COPD

- Pathophysiologie
- **Akute Exazerbation**
- Therapie bei akuter Exazerbation
- Prävention von Exazerbationen

■ **Definition:**

- Patient mit bekannter COPD jeden Stadiums
 - Akute Verschlechterungen der respiratorischen Symptomatik (mind. 2 Tage)
 - über die tägliche Basistherapie hinausgehende Behandlung erforderlich

■ **Stadien der Exazerbation:**

- Leichtgradig – zusätzliche Gaben des kurzwirksamen Bronchodilatators ausreichend
- Mittelgradig – orales Glukokortikoid plus/minus Antibiotikum erforderlich
- Schwer – Krankenhauseinweisung erforderlich
- Sehr schwer – Intensivtherapie erforderlich

Antibiotika bei der AECOPD

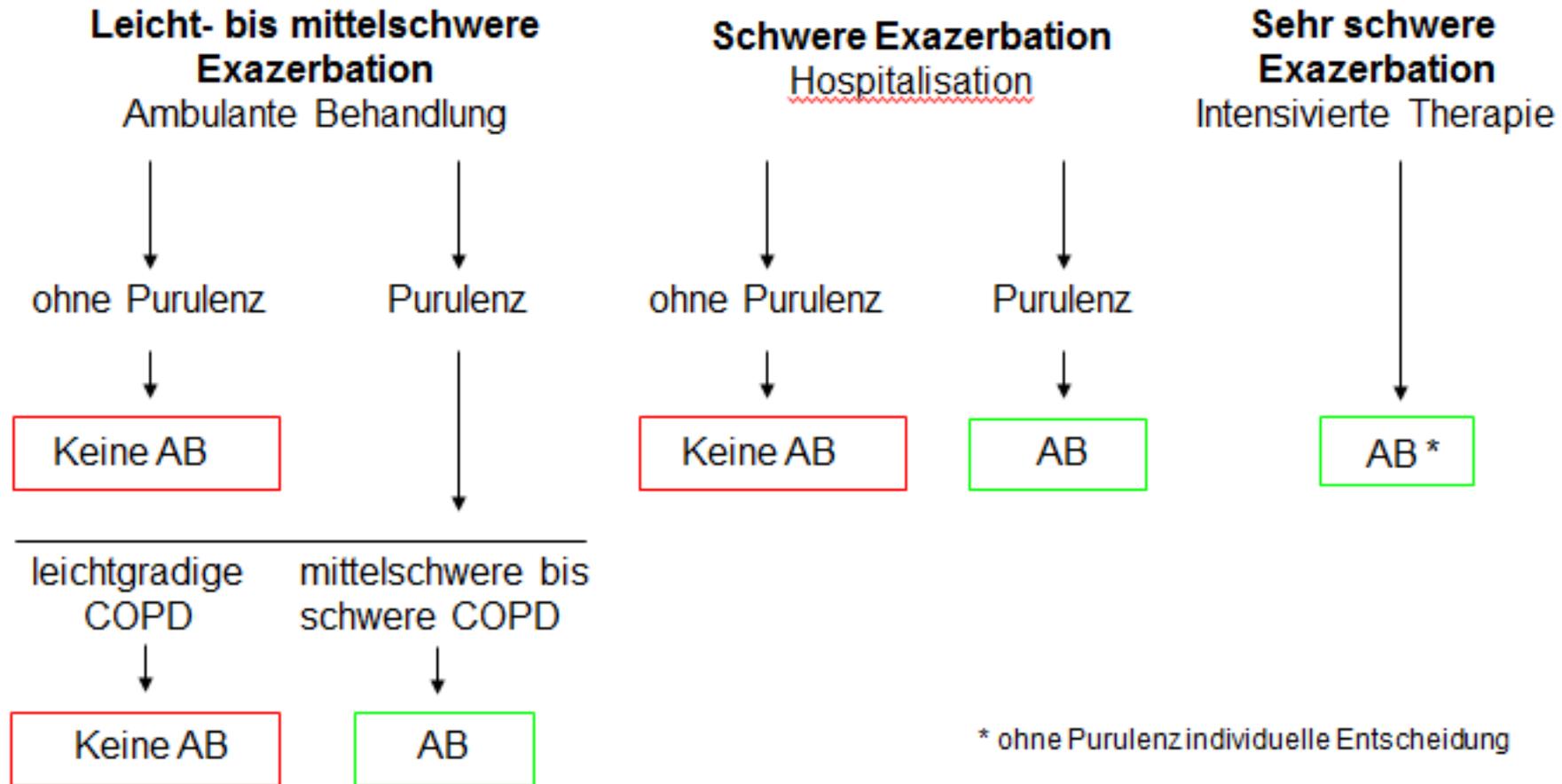
- **Ca. 80% der akuten Exazerbationen sind infektiös bedingt**
- **der Großteil hat Virusinfektionen als Ursache**
- **25% mit stabiler COPD weisen bakterielle Kolonisation auf**
 - *Haemophilus (para-)influenzae*, Pneumokokken, *Moraxella catharalis*
 - *S. aureus*, Enterobakterien, *P. aeruginosa*
- **In der Phase der akuten Exazerbation ca. 50% → Bedeutung für die Exazerbation?**
 - Teilweise Kolonisation
 - Teilweise Superinfektion
 - Selten Grundursache
- **Kein Benefit einer Antibiotikatherapie in RCT's bei leichtgradiger Exazerbation**

S2k-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit COPD, 2018

Differenzialindikation der antibiotischen Therapie der AECOPD

COPD

- Pathophysiologie
- Akute Exazerbation
- Therapie bei akuter Exazerbation
- Prävention von Exazerbationen



S2k-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit COPD, 2018

Sputumdiagnostik

COPD

- Pathophysiologie
- Akute Exazerbation
- **Therapie bei akuter Exazerbation**
- Prävention von Exazerbationen

- Bei Einweisung in die Klinik erwägen
- Nur wenn Verarbeitung im Labor innerhalb von 4 Stunden gewährleistet
- Möglichst Morgensputum nach Mund-Rachenspülung mit klarem Wasser

Präparateauswahl bei Entscheidung zur AB-Therapie

COPD

- Pathophysiologie
- Akute Exazerbation
- Therapie bei akuter Exazerbation
- Prävention von Exazerbationen

- **Mittel der Wahl: Amoxicillin (plus/minus Clavulansäure)**
 - Abhängig von lokaler Resistenzrate von *H. influenzae*
- **Alternativ:**
 - Bei mittelgradiger Exazerbation: Doxycyclin oder Makrolid
 - Bei schwergradiger Exazerbation: Moxifloxacin oder Levofloxacin
- **5 Tage bei stabilem Patienten i.d.R. ausreichend!**

Neue Gradeinteilung der COPD

COPD

- Pathophysiologie
- Akute Exazerbation
- Therapie bei akuter Exazerbation
- **Prävention von Exazerbationen**

■ Früher:

- Reine Einteilung nach Schweregrad der Obstruktion (GOLD I bis IV)

■ Neu:

- Miteinbeziehung von Symptomatik und Exazerbationsrisiko:

- A – gering symptomatisch*, \leq Exazerbation jährlich, ambulant behandelt
- B – höhergradig symptomatisch*, \leq Exazerbation jährlich, ambulant behandelt
- C – gering symptomatisch*, ≥ 2 Exazerbationen jährlich oder mindestens eine stationär
- D – höhergradig symptomatisch*, 2 Exazerbationen jährlich oder mindestens eine stationär

Standardisierte Erfassung der Symptomatik der COPD

COPD

- Pathophysiologie
- Akute Exazerbation
- Therapie bei akuter Exazerbation
- Prävention von Exazerbationen

■ Erfassung der Dyspnoe (modified Medical Research Council Scale = mMRC)

- 0 – Atemnot nur bei außergewöhnlicher Belastung
- 1 – Atemnot beim Treppensteigen
- 2 – Atemnot beim Gehen in der Ebene
- 3 – Patient muss wegen Atemnot nach 100 m anhalten
- 4 – Atemnot beim An- und Ausziehen, Patient zu kurzatmig, um das Haus zu verlassen

■ COPD-Assesment-Test (CAT)

- www.catestonline.org
- 8 Fragen

■ COPD control questionnaire (CCQ)

- 10 Fragen

S2k-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit COPD, 2018

Medikamentöse Therapie der COPD

COPD

- Pathophysiologie
- Akute Exazerbation
- Therapie bei akuter Exazerbation
- **Prävention von Exazerbationen**

■ Inhalative Bronchodilatoren

- Basistherapie
- Kombination von Sympathomimetika und Anticholinergika besser als Einzelpräparate

■ Inhalative Kortikoide (als Kombipartner)

- Reduziert Exazerbationsrisiko
- Langfristige Einnahme erhöht Pneumonierisiko

■ Orale Glukokortikoide

- Wichtig in der akuten Exazerbation
- Kein Nutzen in der Langzeitbehandlung!

■ Roflumilast (PDE-4-Hemmer)

- Bei schwerer COPD erwägen
- Kann Exazerbationen reduzieren

S2k-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit COPD, 2018

Nicht-medikamentöse Therapie

COPD

- Pathophysiologie
- Akute Exazerbation
- Therapie bei akuter Exazerbation
- **Prävention von Exazerbationen**

- Raucherentwöhnung
- Pneumokokken- und Grippeimpfung
- Patientenschulung
- Lungensport
- Behandlung von Komorbiditäten

Schlussbemerkung

COPD

- Pathophysiologie
- Akute Exazerbation
- Therapie bei akuter Exazerbation
- **Prävention von Exazerbationen**

COPD ist eine häufige und ernstzunehmende Erkrankung

Akute Exazerbationen besser vermeiden als antibiotisch behandeln!