

DER ARZNEIMITTELBRIEF

Jg. 59, S. 96; Ausgabe 12 / 2025

Leserbrief: Behandlung bei asymptomatischer COPD

Frage von Dr. R.G. aus M.: << Meiner Erfahrung nach wird bei nahezu allen Patienten, bei denen fachärztlich eine COPD diagnostiziert wird, eine medikamentöse Therapie eingeleitet. Zudem wird von verschiedenen Meinungsbildnern die Notwendigkeit einer frühen Diagnosestellung betont, um eine solche Therapie einleiten zu können. Häufig geschieht das mit Verweis auf die IMPACT- und ETHOS-Studie, die aber ein anderes Patientenkollektiv betrachtet haben. Im Fall von Symptomen oder Exazerbationen besteht kein Zweifel. Aber bei asymptomatischen Patienten (z.B. nach Frühgeburtlichkeit oder nach beendeten Tabakkonsum) ist mir die Rationale unklar. Im GOLD-Report von 2025 findet sich die Aussage: „Data suggest beneficial effects on rates of lung function decline and mortality.“ Wäre dies so, müsste man die Patienten ähnlich motivieren wie bei einer Therapie einer Hypertonie oder Hyperlipoproteinämie, andernfalls – und so lesen sich die Leitlinien NVL COPD und GOLD-Report – kann man auf eine pharmakologische Therapie verzichten und sollte dies dann auch aus wirtschaftlichen Gründen. Im Anbetracht der großen Zahl an Betroffenen erscheint mir dies sehr relevant zu sein. Könnten Sie hierzu eine unabhängige Einschätzung geben? <<

Antwort: >> Die großen randomisierten kontrollierten Studien, insbesondere die IMPACT-

[1]

und die ETHOS-Studie^[2], haben den Nutzen inhalativer Dreifachtherapien (ICS/LABA/LAMA) bei COPD-Patienten mit moderater bis schwerer Symptomatik und häufigen Exazerbationen gezeigt. Beide Studien fanden signifikante Reduktionen der Exazerbationsrate und in ETHOS zudem eine Mortalitätsreduktion bei Patienten mit hohem Risiko. Allerdings schlossen diese Studien vorwiegend Patienten mit bereits manifester symptomatischer COPD und mindestens einer Exazerbation in der Vorgeschichte ein. Die Übertragbarkeit dieser Ergebnisse auf asymptomatische oder nur wenig symptomatische Patienten mit lediglich spirometrisch gesicherter COPD ist somit limitiert.

Der GOLD-Report 2025^[3] weist darauf hin, dass inhalative Therapien möglicherweise positive Effekte auf den Verlauf der Lungenfunktion und die Mortalität haben können, jedoch wird die Evidenz für asymptomatische Patienten als unzureichend eingestuft. Die Leitlinie empfiehlt daher, die medikamentöse Therapie primär symptomorientiert und im Hinblick auf die Prophylaxe von Exazerbationen einzusetzen.

Die Nationale Versorgungsleitlinie COPD^[4] betont ähnlich, dass eine Pharmakotherapie bei asymptomatischen Patienten ohne relevante Symptome oder Exazerbationen nicht indiziert ist und nicht evidenzbasiert empfohlen werden kann. Stattdessen wird ein Fokus auf nicht-pharmakologische Maßnahmen wie Raucherentwöhnung, körperliche Aktivität und regelmäßige Überwachung gelegt.

Pathophysiologisch ist bekannt, dass eine chronische Entzündung und strukturelle Lungenschädigung die Grundlage der COPD bilden. Aktuelle Therapien können Symptome lindern und Exazerbationen reduzieren, haben aber keine gesicherte Fähigkeit, die Progression der Erkrankung bei asymptomatischen Patienten mit nur leicht eingeschränkter Lungenfunktion zu verhindern. Dies macht eine frühzeitige pharmakologische Therapie bei asymptomatischen Patienten klinisch und wirtschaftlich in der Tat fraglich. Darüber hinaus möchten wir aus eigener Erfahrung bezweifeln, dass die ohnehin niedrige Therapieadhärenz bei inhalativer Therapie bei Patienten mit einer asymptomatischen Erkrankung ausreichend ist, um auch einen präventiven Effekt zu erzielen. Auf der anderen Seite neigen COPD-Patienten zur Dissimulation und bei deutlich eingeschränkter Lungenfunktion sollten sie überzeugt werden, wenigstens drei Monate die Therapie anzuwenden, bevor sie urteilen.

Die medikamentöse Therapie bei COPD sollte individualisiert erfolgen und sich an einer fassbaren und oder messbaren Symptomatik sowie dem Exazerbationsrisiko orientieren. Bei asymptomatischen Patienten mit Risikofaktoren (z.B. früher Tabakkonsum, Frühgeburtlichkeit; ^[5]) sind regelmäßige Kontrollen und nicht-pharmakologische Maßnahmen der aktuelle evidenzbasierte Standard. Bei letzterem sei noch der Hinweis erlaubt, dass besonders Rauchen keine gute Idee ist, und wer kennt schon sein Geburtsgewicht? <<

Literatur

1. Lipson, D.A., et al. (IMPACT = A Study Comparing the Efficacy, Safety and Tolerability of Fixed Dose Combination (FDC) of FF/UMECH/VI With the FDC of FF/VI and UMEC/VI; Administered Once-daily Via a Dry Powder Inhaler (DPI) in Subjects With Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)): N. Engl. J. Med. 2018, 378, 1671. ([Link zur Quelle](#))
2. Rabe, K.F., et al. (ETHOS = Study to Assess the Efficacy and Safety of PT010 Relative to PT003 and PT009 in Subjects With Moderate to Very Severe COPD): N. Engl. J. Med. 2020, 383, 35. ([Link zur Quelle](#))
3. GOLD-Report 2025 Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. ([Link zur Quelle](#))
4. Nationale VersorgungsLeitlinie COPD (NVL COPD), Version 3 (2021). ([Link zur Quelle](#))
5. Bui, D.S., et al.: Lancet Respir. Med. 2022, 10, 478. ([Link zur Quelle](#))