

COPD-Exazerbation: Fünf Tage orale Corticosteroide reichen!

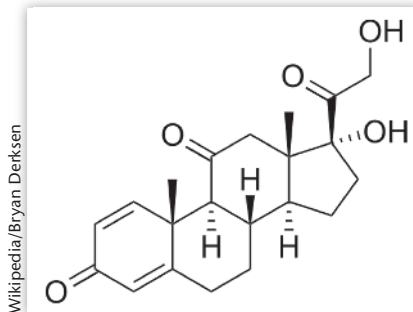
COPD Exacerbation: Five Days of Oral Steroids Suffice!

Die chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD) ist für die Betroffenen eine schwere und folgenreiche Krankheit: Neben der deutlichen Einschränkung der Lebensqualität erleiden rund die Hälfte der Patienten mindestens eine Exazerbation im Jahr (meist durch eine akute virale oder bakterielle Infektion getriggert). Dieses Ereignis führt allein in den USA zu jährlich über 800.000 stationären Einweisungen. In den Vereinigten Staaten stellt die COPD mit 143.000 Todesfällen pro Jahr die dritthäufigste Todesursache dar.

Die meisten nationalen und internationalen Leitlinien empfehlen zur Behandlung von Exazerbationen eine Therapie mit täglich 40 mg Prednison über 10–14 Tage. Im Gegensatz zu gesunden Personen, vertragen COPD-Kranke dieses konservative Therapieregime schlecht und viele nehmen an Gewicht zu, leiden unter Schlaflosigkeit und entwickeln eine Hyperglykämie. Bei den etwa 10 %, die jährlich mehr als zwei Exazerbationen bekommen, kann die jeweilige Steroiddosis so kumulieren, dass sich auch noch ein overter Diabetes mellitus oder eine Osteoporose einstellen können.

Ist die Therapiedauer zu lange bzw. können dieselben Effekte auch durch eine kürzere Behandlung erzielt werden?

Schweizer Kliniker haben jetzt eine randomisierte, doppelblinde (Nicht-unterlegenheits-)Studie publiziert, bei der an fünf Schweizer Lehrkrankenhäusern Patienten rekrutiert wurden, die entweder 5 oder 14 Tage lang mit täglich



40 mg oral verabreichtem Prednison behandelt wurden.

Details der Untersuchung:

- 717 Patienten mit Exazerbation einer bekannten COPD wurden auf Eignung geprüft.
- 314 Patienten wurden randomisiert (aktuelle oder frühere Raucher [mindestens 20 pack-years]; Alter mindestens 40 Jahre; kein Asthma; geschätzte [Über]Lebenszeit mindestens sechs Monate).
- Alle Patienten erhielten neben der Studienmedikation ein Breitspektrumantibiotikum über sieben Tage, einen kurzwirksamen Bronchodilatator; zweimal täglich ein inhalatives Corticoidpräparat, kombiniert mit einem Beta2-Agonist; einmal täglich Tiotropium; Physiotherapie und Sauerstoff.
- Primärer Endpunkt war die Zeit bis zur nächsten Exazerbation während der folgenden sechs Monate; sekundäre Endpunkte waren u.a. Gesamtmortalität, Änderungen der FEV1 und Lebensqualität.
- Die Datenauswertung erfolgte per intention-to-treat

Zwischen der 5-Tage- und der 14-Tage-Therapie ergaben sich keine statistisch

signifikanten Unterschiede (auch die unerwünschten Wirkungen waren vergleichbar). Bei innerhalb der festgelegten 180 Tage erneut exazerbierten Kranken betrug die mittlere Zeit bis zur nächsten Exazerbation 43,5 bzw. 29 Tage. Dass sich auch die sekundären Endpunkte nicht wesentlich unterschieden, ist bei der relativ kurzen Nachverfolgungszeit kaum verwunderlich – auf eine Folgestudie mit längerem Follow-up darf man gespannt sein.

Vielleicht werden sich nun einige Leser/innen fragen, warum hier eine Studie referiert wird, deren Teilnehmer im Krankenhaus behandelt werden. Meine Antwort:

- 25 der 314 Patienten wurden ambulant behandelt – in der Realität könnte diese Zahl noch deutlich höher liegen.
- Wenn solche Patienten nach dem stationären Aufenthalt wieder bei ihrem Hausarzt erscheinen, sollte der wissen, worauf die angewandte Therapie basiert (wenn sich das Krankenhaus – hoffentlich – an den neuen Erkenntnissen orientiert ...).

Quintessenz: Die Behandlung von Patienten mit exazerbierter COPD ist mit einer fünftägigen Corticoidgabe ebenso wirksam wie mit der bislang üblichen zweiwöchigen Anwendung.

Leuppi JD, Schuetz P, Bingisser R, et al. Short-term vs conventional glucocorticoid therapy in acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. The REDUCE randomized clinical trial. JAMA 2013; 309: 2223–2231. Frei verfügbar unter <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1688035>

Wie behandeln Sie einen Patienten, der an einer Gonorrhoe leidet? Oral oder parenteral? Antwort: Sowohl als auch ...

How Do You Treat Patients with Gonorrhoea – Oral or Parenteral? Answer: As Well As ...

Nachdem sich die Antibiotika-Resistenzsituation bei Gonokokken weiterhin verschlechtert, treten auch in europäischen Ländern resistente Gonokokkenstämme auf.

Die Eidgenössische Kommission für Sexuelle Gesundheit und die Schweizerischen Gesellschaften für Infektiologie sowie Dermatologie und Venerologie haben jetzt neue Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie publiziert.

Die wichtigsten Grundsätze:

- Die unkomplizierte Gonorrhoe wird mit einer Kombination einer Einzeldosis Ceftriaxon 500 mg intramuskulär und Azithromycin 1 g per os behandelt.

- *Neisseria gonorrhoeae* lässt sich zuverlässig durch die Polymerasekettenreaktion (PCR) nachweisen.

- Vor jeder Antibiotikabehandlung (symptomatische Patienten, asymptomatische Sexualpartner) soll zusätzlich zur Genamplifikations-Diagnostik immer eine Gonokokkenkultur angefertigt werden, da nur die Kultur eine Resistenztestung ermöglicht.

- Bei persistierenden oder neuen Symptomen nach Behandlung sollten die Diagnostik (Genamplifikation, Kultur inkl. Resistenztestung) wiederholt und ein Spezialist konsultiert werden.

- Genamplifikation ohne Kultur ist eine akzeptable Vorgehensweise, falls unmittelbar keine Antibiotikatherapie gegeben wird (asymptomatische Personen ohne eindeutige Gonorrhoe-Exposition) – bei positiver Genamplifikation kann die Kultur aus demselben Abstrich nachbestellt bzw. aus einem neu abgenommenen Urin veranlasst werden.

Toutous Trelu L, Oertle D, Itin P, et al. Gonorrhoe: neue Empfehlungen zu Diagnostik und Behandlung. Schweiz Med Forum 2014; 14: 407–409. Frei verfügbar unter <http://medicalforum.ch/aktuelle-ausgabe/artikel/gonorrhoe-neue-empfehlungen-zu-diagnostik-und-behandlung.html>



Vorankündigung

18. Jahrestagung der Thure von Uexküll-Akademie für Integrierte Medizin (AIM)

„**Verborgene Wirklichkeiten – Was Diagnosen (über) uns verraten**“

18.–20. Juni 2015 in Frankfurt am Main

Den Auftakt bildet wie gewohnt eine öffentliche Veranstaltung am Donnerstagsabend. David Klemperer aus Regensburg spricht über „Über-Unter-Fehlversorgung. Zu viel Medizin oder zu wenig: was ist gut und was ist richtig?“ Klemperer lehrt seit über zehn Jahren Sozialmedizin und Public Health an der Ostbayerischen Technischen Hochschule Regensburg. Schwerpunkte seiner Arbeit sind regionale Versorgungsunterschiede, Evidenzbasierte Medizin und Shared Decision Making sowie Interessenkonflikte in der Medizin.

Am Freitag und Samstag wird die Vielfältigkeit des Diagnosebegriffs beleuchtet. Beginnend mit einer Bestandsaufnahme aus der Praxis wird neben dem Nutzen einer Diagnose auch über deren Gefahr diskutiert, was sich z.B. am Beispiel des neuen DSM-V zeigt. Jeder von uns hat eine Vorstellung davon, was eine Diagnose ist und wofür sie hilfreich sein kann. Aber die Komplexität, die sich auftut, wenn man sich länger mit dieser Frage beschäftigt, hat uns bei der Tagungsvorbereitung doch überrascht. Diagnosen

sind reine Wirklichkeitskonstruktionen. Ihr Wandel im Lauf der Zeit und ihre unterschiedliche Bedeutung in unterschiedlichen Epochen oder Gesellschaften zeigen das. Und vor allem: Die Medizin ist voll von solchen Wirklichkeitskonstruktionen, aber wir sind uns nur sehr selten dessen bewusst.

Eingeladen sind alle Interessierten, das Tagungsprogramm und alle sonstigen Informationen finden sich auf www.uexkuell-akademie.de