



Internistische Leckerbissen aus der Pneumologie

## VZI Highlights from San Francisco 2013

Die aktuellsten Leckerbissen vom ACP (Annual Congress of the American College of Physicians)-Kongress in San Francisco aus den Bereichen Kardiologie, Gastroenterologie, Hämatologie und Diabetes, sowie aus der Pneumologie und Radiologie – speziell für Schweizer Internistinnen und Internisten aufbereitet – wurden an einem Symposium der Vereinigung der Zürcher Internisten von Schweizer Fachexperten präsentiert und kommentiert. Hier die Highlights im Gebiet Pneumologie.

Den Beginn des Symposiums machte ein Referat über „Fuzzy Logics in der Inneren Medizin“ von Prof. Dr. med. Edouard Battagay, Zürich. Der Begriff „Fuzzy“ kommt aus dem Englischen und heisst so viel wie verschwommen oder unscharf. Fuzzy Logic ist die Logik, die auch unscharfe Begriffe verarbeitet. Die binäre Beschränkung auf 0 und 1, schwarz und weiss, bzw. wahr und falsch, wird durchbrochen. In der Medizin ist aber der Entscheid gewöhnlich binär: ja oder nein. Der Referent machte klar, dass er vor allem über das Entscheiden, insbesondere das Entscheiden in „nebligen“ Situationen sprechen wird. Die Entscheidungsfindung unter Unsicherheit bedeutet intuitive Entscheidungsmethoden oder schnelles Denken, rationale Entscheidungsmethoden oder langsames Denken, unbewusste Denkmuster tragen zu Entscheidungen bei, auch Gruppen und Systeme tragen zu Entscheidungen bei. Der Referent spricht von

Heuristik, der Kunst, mit begrenztem Wissen und wenig Zeit zu guten Lösungen zu kommen. Er gibt zum Schluss ein Beispiel aus dem Fussball: Clubs, die Spieler aufgrund von Statistiken analysieren, schneiden besser ab, als solche die einfach teure Spieler einkaufen.

### Highlights aus der Pneumologie

Welche Bedenken tauchen im Zusammenhang mit der Langzeit-Anwendung von inhalativen Steroiden auf? Sollte für alle Asthmatikerinnen eine „Step-down“-Therapie (z.B. eine Dosisreduktion der inhalativen Steroidtherapie) in Betracht gezogen werden, wenn sie klinisch stabil sind?

Inhalative Kortikosteroide (ICS) sind allen Therapien zur Erreichung der Hauptziele der Asthmabehandlung überlegen, so der Experte Dr. med. Daniel Ritscher, Zürich. Der Haupteffekt entsteht durch niedrig dosierte Dauertherapie. Risiko für unerwünschte Nebenwirkungen steigt mit hoher Dosis. Nebenwirkungen sind lokal: Heiserkeit, Dysphonie, selten Husten, Candida Stomatitis. Systemisch: Hypothalamus, Hypophyse, Nebenniere, Wachstumsverzögerung, Atrophie der Haut, Osteoporose, Katarakt.

Die Ziele der Asthmatherapie (GINA) sind Kontrolle der Symptome Tag und Nacht, keine Einschränkung im täglichen Leben, Freiheit von Anfällen und Exazerbationen, normale Lungenfunktion. Die Therapieadhärenz ist wichtig (Non adherence 30–70%).

Verminderte Dosiswirkung bei genet. Polymorphismus, Rauchen, schwerem Asthma, Adipositas, Vitamin D Mangel.

Die geschätzten äquivalenten Dosen ( $\mu\text{g}$ ) der in der Schweiz erhältlichen Kortikosteroide sind in der Tabelle wiedergegeben.

Ein Grossteil des Benefits wird durch eine niedrige Dosis entsprechend Budesonid  $\leq 400 \mu\text{g}/\text{Tag}$  erreicht.

Unerwünschte Nebenwirkungen sollten vermieden werden. Entsprechende Massnahmen sind Vorspülungen bei Dosieraerosol, ICS Dosis minimieren (start low, step up, step down bei guter Kontrolle alle 2–3 Monate, intermittierende ICS Therapie bei mildem bis moderatem Asthma. 1000–1500 mg Calcium & 400–800 U Vitamin D pro Tag bei hohem Risiko für Osteoporose oder sicherer Osteopenie, Bisphosphonate erwägen.

#### Bei welchen Patienten sollte – basierend auf der aktuellen Datenlage – ein CT-Screening für Lungenkrebs in Betracht gezogen werden?

Empfehlungen ASCO 2013: Kliniker mit Zugang zu hochvolumigem, high-quality Lungenkrebs-Screening- und Behandlungszentren sollten eine Diskussion über Lungenkrebs bei Patienten, die die folgenden Kriterien erfüllen, initiieren:

- ▶ Raucher und frühere Raucher
- ▶ 55–74 Jahre alte Personen
- ▶  $\geq 30$  Paket-Jahre
- ▶ Raucher oder solche, die in den letzten 15 Jahren aufgehört haben.

Der Nutzen, die Unsicherheiten und der Schaden muss angesprochen werden. Es muss eine Rauchentwöhnungsberatung durchgeführt werden.

Lungenkrebs tötet:

1.4 Mio/Jahr weltweit, rund 3000/Jahr in der Schweiz (25% aller Krebsdiagnosen bei Männern, 12% bei Frauen in der Schweiz)

5 Jahresüberleben schlecht ( $< 20\%$ ). Bei Diagnose meist symptomatisch = inkurabel

Stadium I: 60%, Stadium IV:  $< 5\%$ .

Risikogruppe:

- ▶ Raucher
- ▶ Alter
- ▶ COPD

Probleme des Lungenkrebs-Screenings sind:

- ▶ Lead-time Bias: Frühe Diagnose = längere Krankheit
- ▶ Length Bias: Screen findet und beeinflusst v.a. langsame Tumore
- ▶ Überdiagnostik: Tumore sind nicht in jedem Fall fatal
- ▶ Volunteer Bias: Studienteilnehmer repräsentieren nicht Allgemeinbevölkerung
- ▶ Outcome?
- ▶ Schaden des Screenings?

#### Wie häufig sind bei Patienten mit obstruktiver Lungenerkrankung Lungenfunktionstests durchzuführen? Welchen Einfluss sollten die Resultate auf das Therapie-Management ausüben?

Die Diagnose obstruktiver Lungenerkrankungen ist ohne Lungenfunktionstest unmöglich, stellt der Experte fest.

#### Screening für obstruktive Lungenerkrankungen?

Beim Screening für obstruktive Lungenerkrankungen ist ein Benefit in Abwesenheit von Beschwerden nicht nachweisbar (unabhängig von COPD Risikofaktoren). Die Evidenz für die Behandlung von asymptomatischen Patienten ist schwach. Die Daten zur Auswirkung der Spirometrie auf die Raucherentwöhnung sind ambivalent.

TAB. 1	Äquivalente Dosen		
	niedrig	intermediär	hoch
Beclomethason	100–250	>500–1000	>1000–2000
Budesonid	200–400	>400–800	>800–1600
Ciclesonid	80–160	160–320	320–1280
Fluticasone	200–250	250–500	>500–1000
Mometason	200	>400	>800

Ein Grossteil des Benefits wird durch niedrige Dosis entsprechend Budesonid  $\leq 400 \mu\text{g}/\text{Tag}$  erreicht

Der Experte hat aber damit sehr gute Erfahrungen gemacht. Niedriger FEV1/FVC bei Screening ist assoziiert mit raschem FEV1-Verlust, Rauchstopp bremst Lungenfunktionsverlust, inhalative Bronchodilatoren reduzieren den jährlichen FEV1-Verlust und die Exazerbationsfrequenz.

Eine Untersuchung zum Raucherscreening in der Hausarztpraxis ergab:

- ▶ 25'000 Messungen in 440 Hausarztpraxen
- ▶ 44.2% Patienten waren Frauen, 55.8% Männer, 6% verwertbar (ca 15'000)
- ▶ 28.3% COPD
  - 10% leichte COPD
  - 17.7% mittelschwer bis schwer
  - 1.1% sehr schwer

COPD Phänotypen:

- ▶ Lungenfunktion. Jährlicher FEV1-Verlust (slow – rapid losers)
- ▶ Chronische Bronchitis
- ▶ Häufige Exazerbationen
- ▶ Emphysem
- ▶ Komorbiditäten.

Wie häufig sollten Lungenfunktionstests bei Patienten mit obstruktiver Lungenerkrankung durchgeführt werden?

Raucher! Gesicherte COPD 1 mal pro Jahr, abhängig vom klinischen Schweregrad

Welchen Einfluss sollten die Resultate auf das Therapie-Management ausüben?

Rauchstoppberatung

Anpassen der Therapie: langwirksame Bronchodilatoren!, ICS? Frage nach chronischer Hypoxämie > O2- Therapie.

▼ Prof. Dr. Dr. h.c. Walter F. Riesen

Quelle: VZI Highlights from San Francisco 2013: Multiple Small Feedings oft he Mind „Internistische Leckerbissen“