Zwischen Asthma und COPD differenzieren – mehr Mut zur probatorischen Therapie!

Dr. Thomas Hering
Niedergelassener
Lungenfacharzt
in Berlin

Seminar / Atemwegserkrankungen -- Autor: T. Hering

Bei Patienten mit obstruktiver Atemwegserkrankung muss zwischen einem Asthma bronchiale und einer COPD differenziert werden. Die Unterscheidung ist wegweisend für die Therapie – in der Praxis aber oft nicht einfach. Sind die Zusammenhänge nicht ganz klar, kann im individuellen Fall eine probatorische Therapie weiterhelfen.

**MMW-Fortbildungsinitiative:
Pneumologie für den Hausarzt**
Regelmäßiger Sonderteil
der MMW-Fortschritte der
Medizin

Herausgeber:
Bundesverband der
Pneumologen,
Geschäftsstelle,
Hainenbachstraße 25,
D-89522 Heidenheim,
Tel.: 0 73 21/94 99 19,
Fax: 0 73 21/94 98 19,
E-Mail: medinfo@
pneumologenverband.de

Redaktion:
Christine Vetter, Köln
(verantwortlich)

Selbstverständlich müssen in der heutigen Zeit bei Patienten, die sich mit Husten und Dyspnoe in der Praxis vorstellen, zunächst eine Infektion mit SARS-CoV-2 sowie andere Infektionen ausgeschlossen werden, die zur Exazerbation einer zugrunde liegenden COPD oder eines Asthma bronchiale geführt haben könnte. Liegt – wie nicht selten der Fall – bei der Erstvorstellung eine Exazerbation einer COPD vor, so ist diese primär zu behandeln, wobei anhand der Sputumfarbe abgeschätzt werden kann, ob eine bakterielle Infektion besteht. Hierbei ist die Stockley-Farbskala hilfreich (**Abb. 1**). Ab der Farbstufe 3 ist eine bakterielle Besiedlung der Atemwege wahrscheinlich und eine antibiotische Therapie in Betracht zu ziehen.

Halten dann nach Abklingen der Exazerbation die Symptome oder Restbeschwerden an und deuten auf eine obstruktive Atemwegserkrankung hin, so gilt es, zwischen einem Asthma bronchiale und einer COPD zu differenzieren – ein oftmals sogar auch in der pneumologischen Praxis keineswegs leichtes Unterfangen.

Diagnosekriterien der COPD

Hilfreich bei der Differenzialdiagnose sind zunächst Patientencharakteristika sowie die Anamnese. So sprechen ein höheres Lebensalter und die Angabe des Patienten zu rauchen, oder in der Vergangenheit Raucher gewesen zu sein, primär für eine COPD. Denn in aller Regel entwickelt sich die COPD erst im vierten oder fünften Lebensjahrzehnt. Die Patienten haben oft jahrelang geraucht und/oder waren beruflich einer hohen Schadstoffbelastung ausgesetzt.

Typische Symptome der COPD sind eine Dyspnoe sowie ein ausgeprägter Husten, v. a. morgens und häufig begleitet von einem zähem Auswurf. Es besteht eine Bronchialobstruktion, die in aller Regel auch unter der Therapie kaum reversibel ist.

Die COPD verläuft meist schleichend progredient, teils jedoch in durch Exazerbationen getriebenen Schüben, was sich am besten an der Dyspnoe zeigt. Diese tritt meist zunächst nur bei körperlicher Belastung auf, also z. B. bei sportlicher Aktivität. Bei fortgeschrittener Erkrankung geben die Patienten auch Atemnot bei alltäglichen Belastungen an, wie etwa beim Treppensteigen. Schließlich kommt es auch in Ruhe zu Kurzatmigkeit und Atemnot. Solche Symptome werden jedoch häufig v. a. in den frühen Krankheitsstadien als mangelnde Fitness oder als die Folge einer Adipositas fehlgedeutet.

Hustet er, weil er Asthma oder weil er eine COPD hat?

Ein wichtiges Kennzeichen der COPD ist das Auftreten von Exazerbationen, die mehr oder weniger häufig auftreten. Sie haben eine hohe prognostische Bedeutung. Die sogenannten „Oft-Exazerbierer“ werden für Behandlungsstrategien gesondert betrachtet und erhalten eher Roflumilast und inhalative Steroide.

Diagnosekriterien des Asthma bronchiale

Die Diagnose des Asthma bronchiale gründet sich ebenfalls auf den Nachweis einer bronchialen Obstruktion, wobei allerdings eine teilweise oder komplette Reversibilität besteht. Das Asthma kann mit oder auch ohne allergische Beteiligung auftreten, und es besteht teils eine ausgeprägte Eosinophilie. Charakteristisch ist ferner ein Krankheitsbeginn schon in jungen Jahren, nicht selten bereits im Kindesalter.

Auch Patienten mit Asthma klagen über einen ausgeprägten Husten. Dabei handelt es sich, anders als bei der COPD, im Allgemeinen aber um einen eher trockenen und durch Anstrengung oder Kaltluft induzierbaren Husten. Ein Zeichen des Asthma bronchiale ist ferner das Giemen, also das Auftreten auffälliger Geräusche beim Atmen als Folge der Bronchokonstriktion. Es kann nicht selten bei der Auskultation durch forcierte Expirationsmanöver provoziert werden.

Hinweisend auf die Diagnose sind eine akut reversible Atemwegsobstruktion, eine hohe Peak-Flow-Variabilität und eine bronchiale Hyperreagibilität sowie ein promptes Ansprechen auf die Therapie mit Bronchodilatoren sowie inhalativen Steroiden (ICS). Kommt es trotz adäquater Behandlung mit ICS nicht zu einer Besserung der Lungenfunktion und Symptomatik, so ist die Diagnose Asthma zu hinterfragen und als mögliche Ursache der Beschwerden auch eine COPD in Betracht zu ziehen. Differenzialdiagnostisch ist zudem auch an den (seltenen) Alpha-1-Antitrypsin-Mangel zu denken.

Beim Asthma sind verschiedene Phänotypen zu differenzieren. Das extrinsische Asthma ist durch ausgeprägten Wechsel zwischen Phasen mit Beschwerden und Zeiten der Beschwerdefreiheit und dem Vorliegen von Triggern, die Beschwerden auslösen, gekennzeichnet. Es ist abzugrenzen vom intrinsischen Asthma, bei dem der Allergentest negativ ausfällt und keine auslösenden Allergene und Krankheitstrigger entdeckt werden können.

Therapeutische Konsequenzen der Differenzierung

Die Differenzierung zwischen COPD und Asthma bronchiale ist entscheidend für die Therapie: Während ICS bei der COPD eine sehr begrenzte Indikation besitzen und erst eingesetzt werden sollen, wenn erhöhte Eosinophilenzahlen nachgewiesen wurden

Abb. 1 Die Farbskala zur Beurteilung des Sputums nach Stockley: Ab Stufe 3 ist eine bakterielle Infektion wahrscheinlich.

und häufige Exazerbationen das Bild kennzeichnen, gehören sie unbedingt zur Basistherapie des Asthma bronchiale.

Hilfreich bei der Differenzierung zwischen den beiden Krankheitsbildern kann somit das therapeutische Vorgehen sein, und man sollte durchaus den Mut zu einer probatorischen Therapie aufbringen. Reagiert der Patient auf die Inhalation eines Bronchodilatators mit einer Besserung der Obstruktion um mindestens 20%, so spricht das für ein Asthma bronchiale und gegen eine COPD. Es kann sich eine Behandlung mit einem ICS anschließen, wobei ein markantes Ansprechen des Patienten auf eine solche Maßnahme die Verdachtsdiagnose Asthma erhärtet. Reagiert der Patient hingegen nicht oder nur mit einer marginalen Symptomverbesserung auf ICS, besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass eine COPD vorliegt.

Potenzielle Begleitkomponenten berücksichtigen

Zu bedenken ist bei der Differenzierung, dass möglicherweise eine Mischform vorliegen kann – also ein Asthma bronchiale mit COPD-Komponente oder umgekehrt eine COPD als Grunderkrankung mit ausgeprägter asthmatischer Beteiligung. Daran ist z. B. zu denken, wenn ein COPD-Patient zugleich eine hohe Eosinophilie von > 300 Zellen/µl aufweist. Die Diagnose eines solchen Überlappungssyndroms, oftmals als Asthma-COPD-Overlap-Syndrom (ACOS) bezeichnet, wird aus wissenschaftlicher Sicht häufig kritisch bewertet und ist in der ICD10 nicht als eigenständige Diagnose geführt. Es wird jedoch im Praxisalltag immer wieder diagnostiziert, was auch therapeutische Bedeutung hat. Denn Patienten, die beide Krankheitskomponenten aufweisen, brauchen eine Behandlung, die auch beiden Erkrankungen gerecht wird.

Gelingt es nicht, die Symptomatik eindeutig einer Diagnose zuzuweisen, und persistieren die Beschwerden des Patienten trotz adäquater Therapie, ist unbedingt eine fachärztliche Abklärung anzustreben. ■

Literatur:

beim Verfasser

Title:

Distinguishing between asthma and COPD

Keywords:

Bronchial asthma, chronic obstructive pulmonary disease (COPD), asthma and COPD overlap syndrome (ACOS), steroid therapy

Korrespondenzadresse:

Dr. Thomas Hering

Schloßstraße 5

D-13507 Berlin

E-Mail: Hering@t-online.de