

arud

Zentrum für Suchtmedizin

Atemlos durch die Nacht– COPD in der Opiatagonisten- Therapie (OAT)

Lena Vogl

Oberärztin Innere Medizin, Arud Zentrum für Suchtmedizin, Zürich

26. Substitutionsforum Mondsee, 05. 05. 2024

Disclosure

Ich habe keinen tatsächlichen oder potenziellen Interessenkonflikt in Bezug auf diese Präsentation.

Arud – umfassende Suchtmedizin unter einem Dach



COPD

Chronic Obstructive Pulmonary Disease

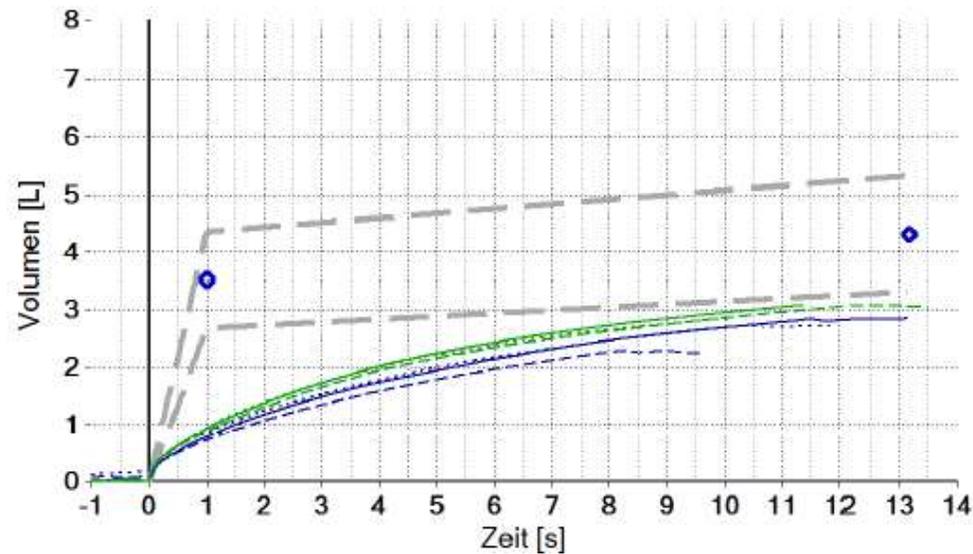
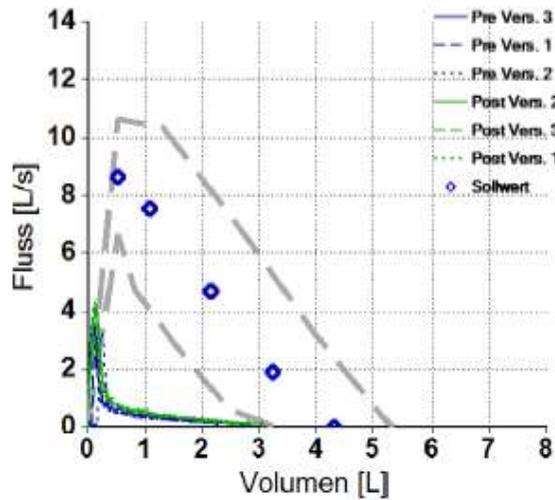
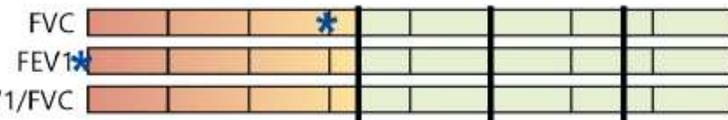
arud

Fallvignette 1, Herr V. D. geb 15.07.1975

- Selbstvorstellung zum Ultraschall Abdomen wegen Alkoholkonsum (1-2 Bier täglich)
- Anstrengungsdyspnoe seit zwei Wochen, kein Husten, kein Auswurf
- 10 Zigaretten täglich (kumulativ 35 py), ca 1993- 2010 Heroin Folienrauchen
- Einmalig mit 20a wegen «Asthma Episode» Salbutamol (Ventolin®) verwendet
- Familie stammt aus Neapel, Patient in der Schweiz aufgewachsen

Spirometrie Herr V.D.

FVC [L]	2.85*	3.31	-2.41	66	4.32	2.85*	2.28*	2.72*
FEV1 [L]	0.78*	2.67	-5.37	22	3.51	0.76*	0.72*	0.86*
FEV1/FVC	0.272*	0.667	-7.15	-	0.785	0.272*	0.315*	0.314*



Epidemiologie

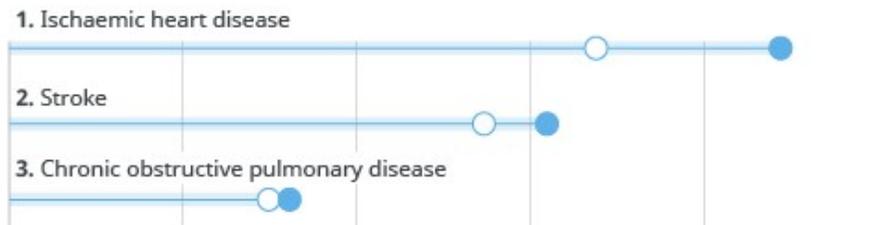
Prävalenz COPD Westeuropa 2019 6.6% (bis zu 10%)(1)

Prävalenz COPD in OAT 2019 13-30% (6,10)

Gemäss WHO (2,3)

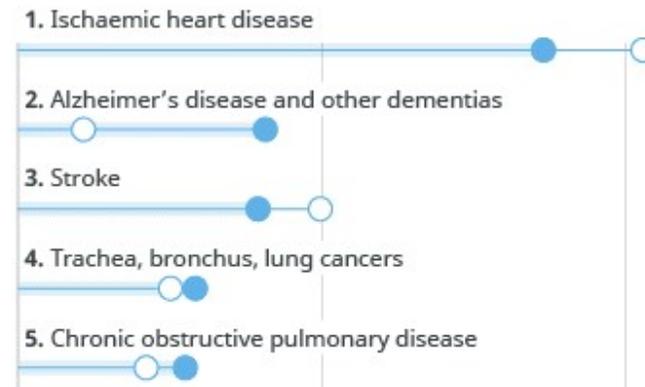
Leading causes of death globally

○ 2000 ● 2019



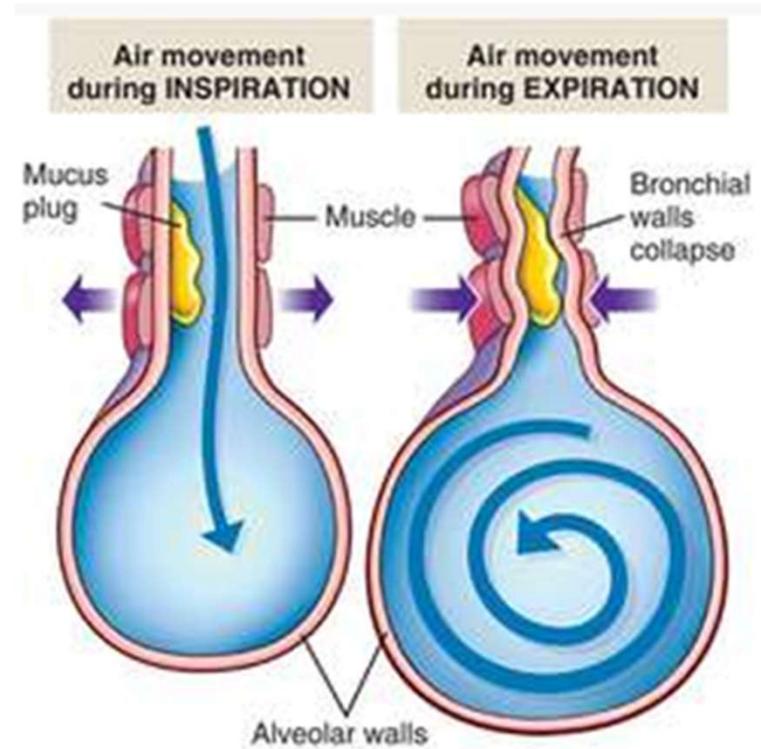
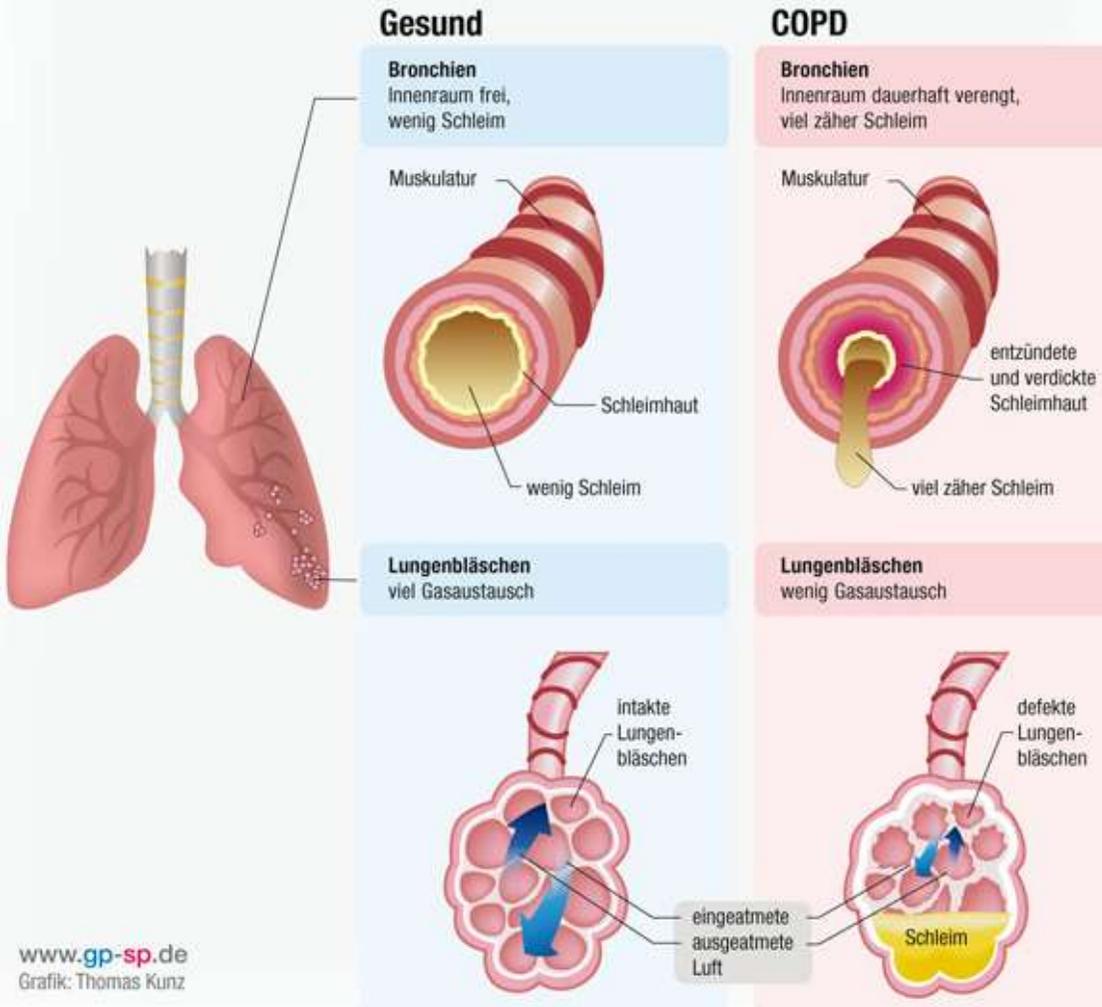
Leading causes of death in high-income countries

○ 2000 ● 2019

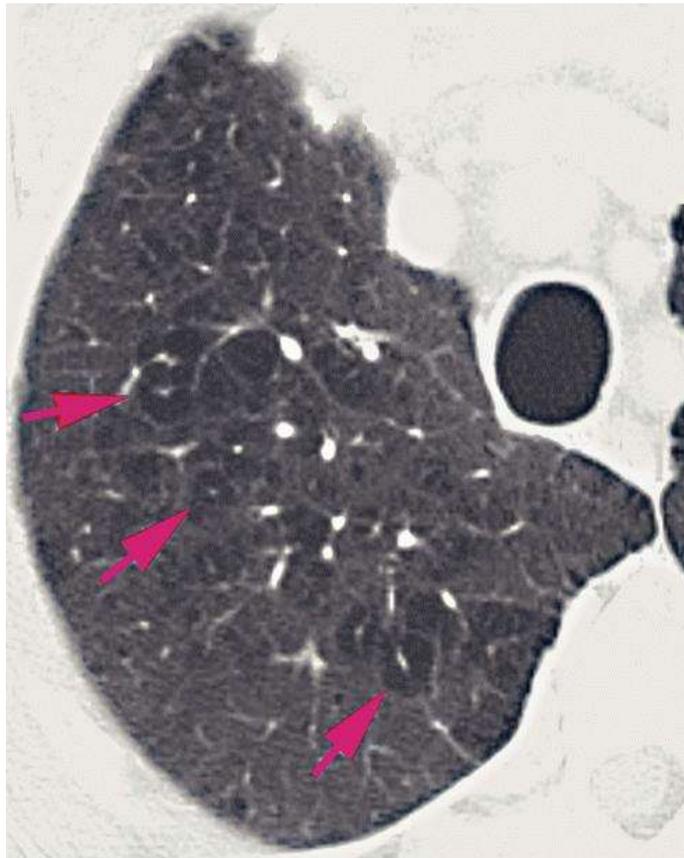


Physiopathologie

Chronisch obstruktive Lungenerkrankung Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)



Lungenemphysem



Prosch H ©

Air Trapping
Fassthorax
Erhöhte Atemarbeit
Bronchiektasien

Systemische Erkrankung

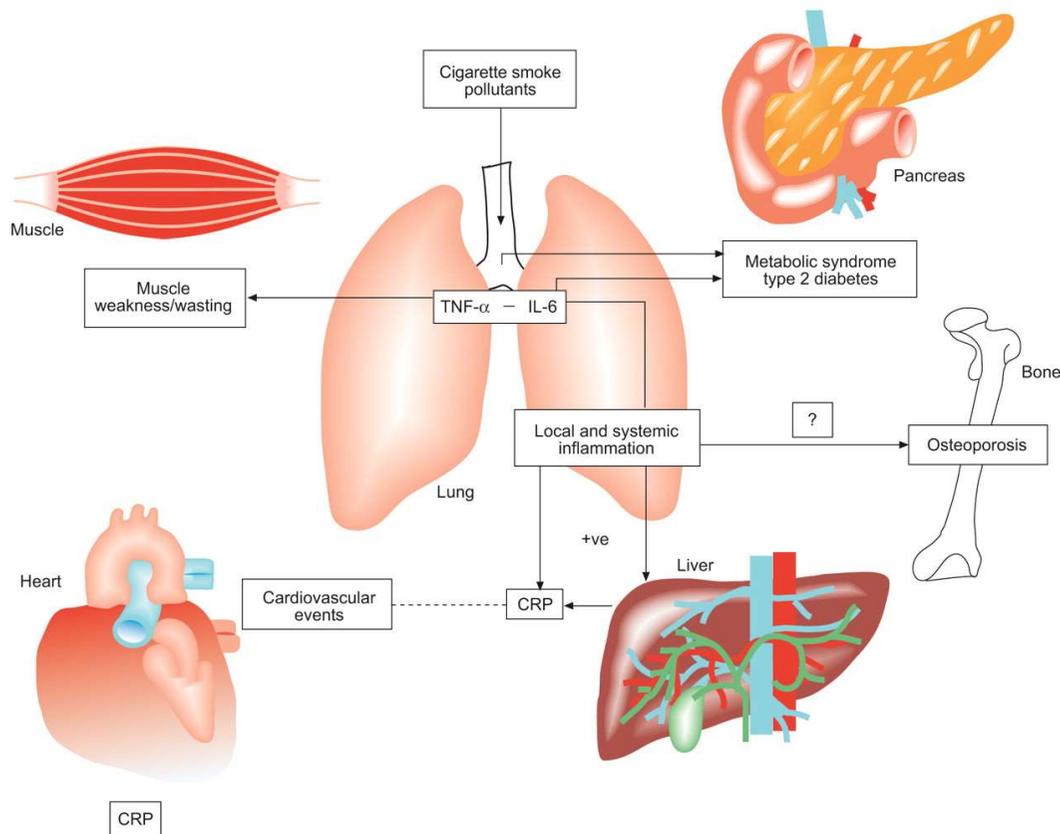
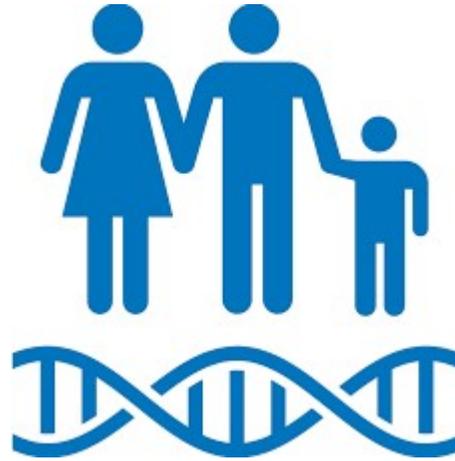


Tabelle 1: Wichtige Begleiterkrankungen bei COPD.

Koronare Herzkrankheit
Periphere arterielle Verschlusskrankheit
Herzinsuffizienz
Verlust von Skelettmuskelmasse, Kachexie
Bronchialkarzinom
Metabolisches Syndrom
Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom
Pulmonale Hypertonie
Osteoporose
Depression

Risikofaktoren



Raucheranteil Tabak Westeuropa: 20-25%

Raucheranteil Tabak in OAT (4): 70-95%

- Lebenszeitkonsum Cannabis 97%
- Lebenszeitkonsum Kokain inhalativ 69%
- Lebenszeitkonsum Heroin inhalativ 68%

Tabakkonsum bei Patienten mit OAT

Substanzkonsum

Substanz	Anteil Konsumenten letzte 30Tg. n (%)	Nur Konsumenten jeweiliger Substanz	
		Anzahl der letzten 30 Tage (Mean ± Stdv.)	Menge*/ typischer Tag (Mean ± Stdv.)
Tabak	131 (93.6 %)	29.6 ± 2.8	19.8 ± 9.2
Alkohol	101 (72.1 %)	16.5 ± 11.8	4.9 ± 6.2
Opioide	59 (42.1 %)	9.3 ± 9.7	470.9 ± 410.5
Cannabis	54 (38.6 %)	16.1 ± 12.0	597.3 ± 891.2
Kokain	54 (38.6 %)	8.9 ± 9.4	685.5 ± 549.9
Benzodiazepine	29 (20.7 %)	13.5 ± 12.0	32.4 ± 28.0

Anmerkungen. *Tabak: Stück; Alkohol: Standarddrink; übrige: Milligramm

Wann muss man daran denken?

Raucher oder Exraucher >10 py, Alter >40a und eines der 3 Leitsymptome AHA:

Auswurf

Entzündetes Lungengewebe produziert vermehrt Schleim

Husten

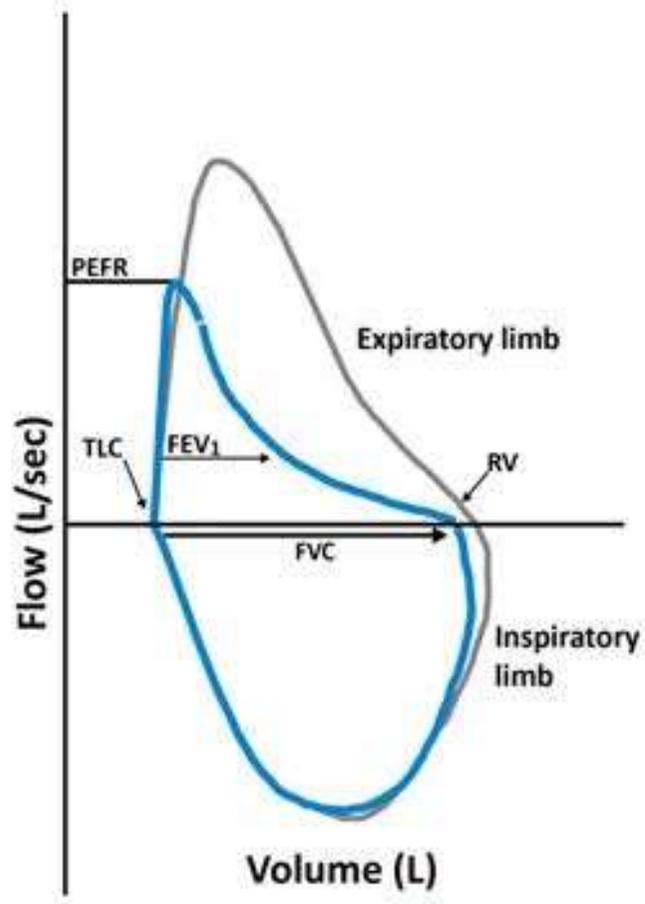
Häufig erstes Symptom am Morgen

Atemnot

Symptom bei fortgeschrittener Erkrankung

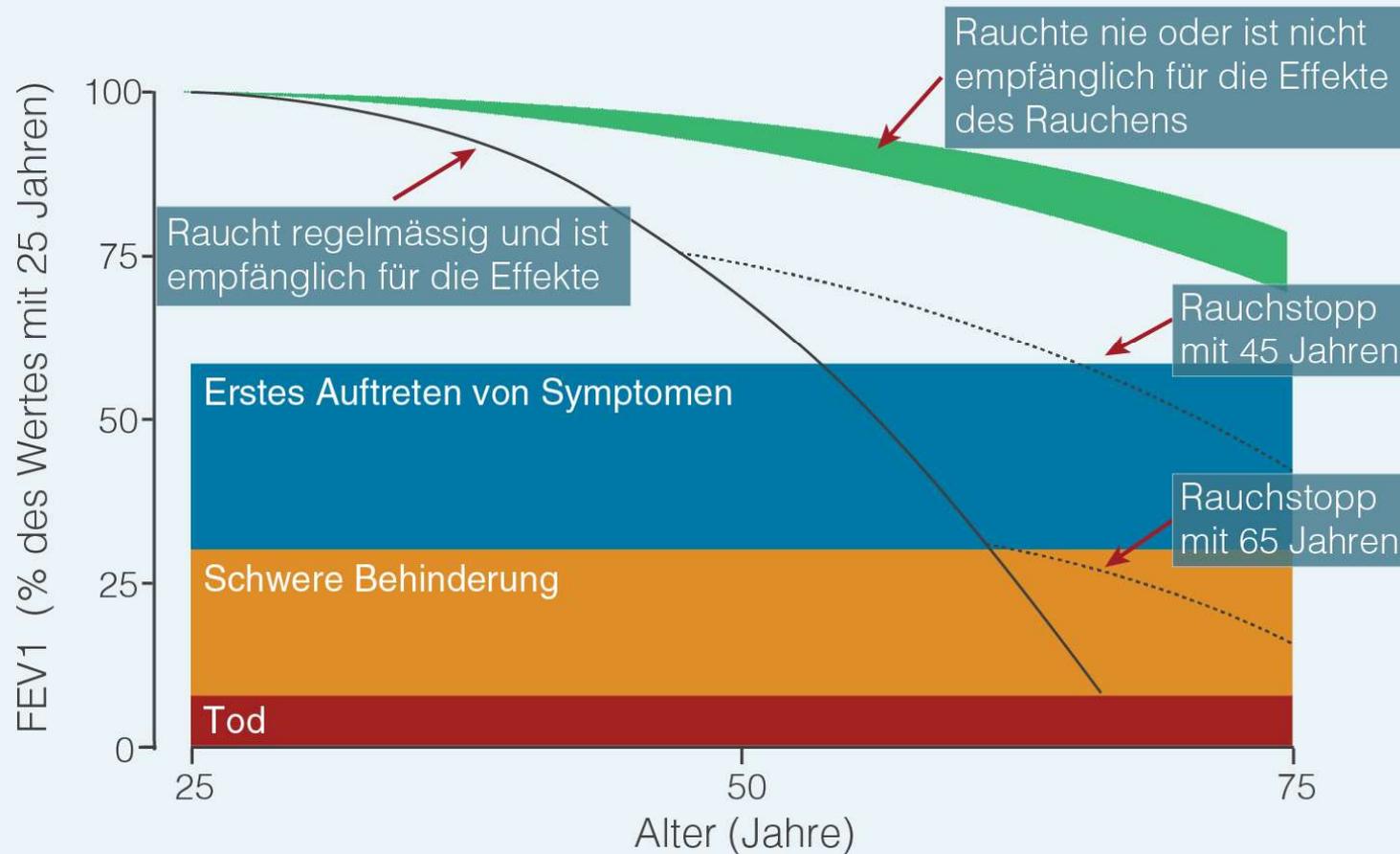
Herausforderung: reduzierte Selbstwahrnehmung, Bagatellisierung

Diagnostik Spirometrie



Nach Bronchodilatation:
 $FEV_1/FVC < 70\%$

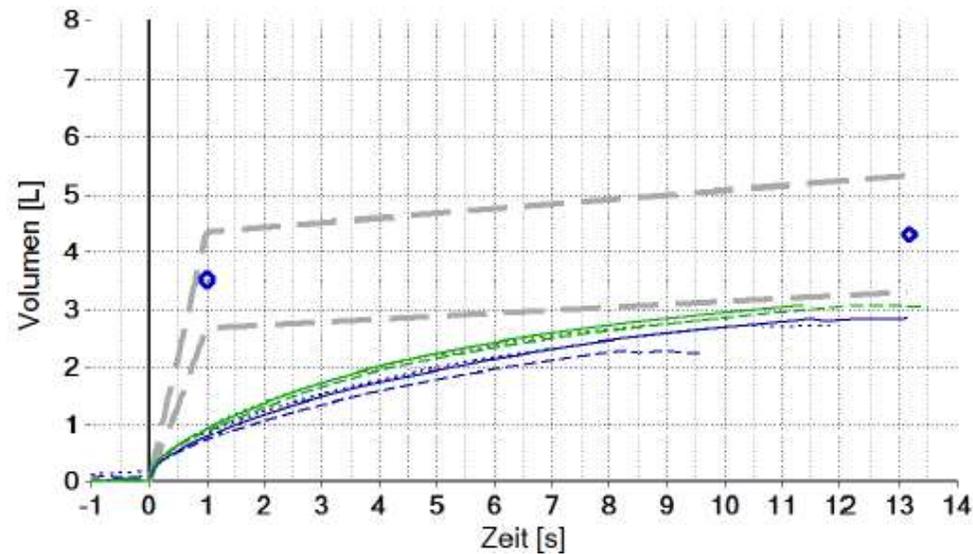
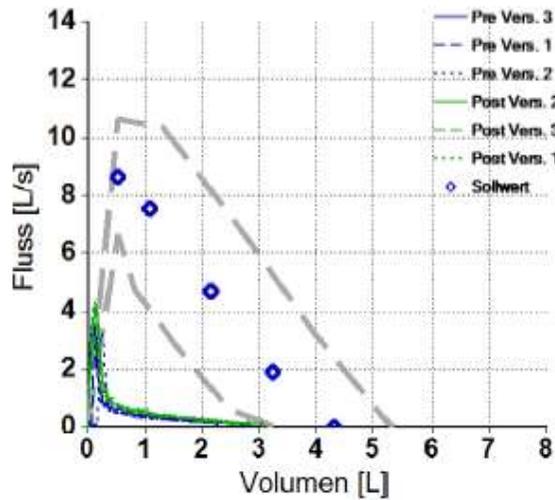
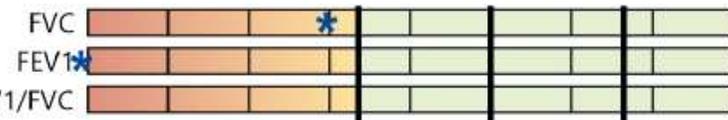
Rauchen verursacht eine beschleunigte Abnahme der Lungenfunktion



Adaptiert nach: Fletcher C et al. The natural history of chronic airflow obstruction. Br Med J. 1977;1(6077):1645-8.

Spirometrie Herr V.D.

FVC [L]	2.85*	3.31	-2.41	66	4.32	2.85*	2.28*	2.72*
FEV1 [L]	0.78*	2.67	-5.37	22	3.51	0.76*	0.72*	0.86*
FEV1/FVC	0.272*	0.667	-7.15	-	0.785	0.272*	0.315*	0.314*



Schweregrad COPD

FEV1 alleine unzureichend, um den Schweregrad zu erfassen

Entscheidend für den Verlauf und Prognose sind:

1. **Symptome**
2. **Spirometrie**
3. **Exazerbationen**
 - **Zunahme Dyspnoe/Husten/Auswurf**
4. **Begleiterkrankungen**

Schweregrad

Erfassung von Symptomen/Exazerbationsrisiko

Exazerbationsanamnese

Symptome

wenig
mMRC 0–1
CAT < 10

viel
mMRC ≥ 2
CAT ≥ 10

≥ 2 Exazerbationen
oder
 ≥ 1 Exazerbationen, die zu einer
Hospitalisierung geführt haben

C

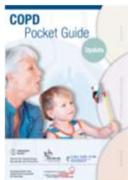
D

0–1 Exazerbationen
(ohne Hospitalisierung)

A

B

arud



COPD Assessment Test

Ich huste nie	0 1 2 3 4 5	Ich huste immer	
Ich habe keinerlei Schleim in meiner Brust	0 1 2 3 4 5	Meine Brust ist vollkommen mit Schleim gefüllt	
Ich spüre keinerlei Engegefühl im Brustbereich	0 1 2 3 4 5	Ich spüre ein sehr starkes Engegefühl im Brustbereich	
Wenn ich einen flachen Hügel oder eine Treppe hinaufgehe, komme ich nicht ausser Atem	0 1 2 3 4 5	Wenn ich einen flachen Hügel oder eine Treppe hinaufgehe, komme ich sehr ausser Atem	
Meine Aktivitäten zuhause sind nicht eingeschränkt	0 1 2 3 4 5	Meine Aktivitäten zuhause sind sehr eingeschränkt	
Ich habe keine Bedenken, trotz meiner Lungenerkrankung das Haus zu verlassen	0 1 2 3 4 5	Ich habe wegen meiner Lungenerkrankung grosse Bedenken, das Haus zu verlassen	
Ich schlafe gut	0 1 2 3 4 5	Wegen meiner Lungenerkrankung schlafe ich schlecht	
Ich habe viel Energie	0 1 2 3 4 5	Ich habe überhaupt keine Energie	

mMRC

mMRC-Dyspnoeskala¹ (modified Medical Research Council Dyspnea Scale)

Grad	Beschreibung
0	Nie Atemnot, ausser bei starker Anstrengung
1	Atemnot beim schnellen Gehen oder beim Bergaufgehen bei leichter Steigung
2	Geht beim Gehen in der Ebene wegen Atemnot langsamer als Gleichaltrige oder benötigt bei selbst gewählter Geschwindigkeit Pausen
3	Benötigt eine Pause wegen Atemnot beim Gehen in der Ebene nach ca. 100 m oder nach einigen Minuten
4	Zu kurzatmig, um das Haus zu verlassen, oder Atemnot beim An- und Ausziehen



Management

Rauch STOP

Impfungen

Körperliche Aktivität

Exazerbationen managen

Ambulante Rehabilitation

Sauerstoff

Self-Management

Palliativer Ansatz



Medikamentöse Therapie



Breezhaler®



Ellipta®



Diskus®



GenuairAb®



HandiHaler®



Turbuhaler®



Respimat®



Dosierraerosol (Spray)

Therapieempfehlung Patientengruppe

A

(wenig Exazerbationen, wenig Symptome)

Bevorzugte Behandlung

SAMA oder SABA
Bei ungenügender Wirkung*:
LAMA oder LABA

Therapieempfehlung Patientengruppe

B

(wenig Exazerbationen, viele Symptome)

Bevorzugte Behandlung

LAMA oder LABA
Bei ungenügender Wirkung*:
LAMA + LABA

Therapieempfehlung Patientengruppe

C

(häufige Exazerbationen, wenig Symptome)

Bevorzugte Behandlung

LAMA
Bei ungenügender Wirkung*:
LAMA + LABA

Alternativ: LABA + ICS*

Therapieempfehlung Patientengruppe

D

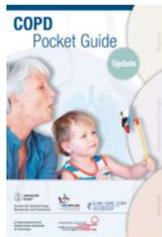
(häufige Exazerbationen, viele Symptome)

Bevorzugte Behandlung

LAMA + LABA

Alternativ: LAMA oder LABA + ICS*

Bei ungenügender Wirkung*:
LAMA + LABA + ICS*
Weiteren Ausbau in Betracht ziehen.*



Interventionen (7,8)

1. Nachfragen

2. Beraten

3. Unterstützen (z.B. Pharmakotherapie, Rauchstopberatung, Follow- Up)

Schlussfolgerung

- COPD beeinträchtigt den ganzen Körper inklusive Lebensqualität
- Mit Opioid behandelte PatientInnen haben eine Prävalenz bis 30%
- BehandlerInnen brauchen ein hohes Maß an Bewusstsein, Symptome aktiv erfragen, beobachten
- Tabakkonsum thematisieren, informieren und unterstützen

Literatur/Quellen

- (1) Amaral AFS et al. BOLD Study Collaborative Network. Cohort Profile: Burden of Obstructive Lung Disease (BOLD) study. *Int J Epidemiol*. 2023 Dec 25;52(6):e364-e373. doi: 10.1093/ije/dyad146. PMID: 37862437; PMCID: PMC10749748.
- (2) <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- (3) [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))
- (4) Guydish J, Passalacqua E, Tajima B, Chan M, Chun J, Bostrom A. Smoking prevalence in addiction treatment: a review. *Nicotine Tob Res*. 2011 Jun;13(6):401-11. doi: 10.1093/ntr/ntr048. Epub 2011 Apr 4. PMID: 21464202; PMCID: PMC3103720.
- (5) US Preventive Services Task Force; Mangione CM, Barry MJ, Nicholson WK, Cabana M, Caughey AB, Chelmow D, Coker TR, Davis EM, Donahue KE, Jaén CR, Kubik M, Li L, Ogedegbe G, Pbert L, Ruiz JM, Stevermer J, Tseng CW, Wong JB. Screening for Chronic Obstructive Pulmonary Disease:
- (6) Grischott T, Falcato L, Senn O, Puhan MA, Bruggmann P. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) among opioid-dependent patients in agonist treatment. A diagnostic study. *Addiction*. 2019 May;114(5):868-876. doi: 10.1111/add.14559. Epub 2019 Mar 10. PMID: 30675957.
- (7) Siu AL; U.S. Preventive Services Task Force. Behavioral and Pharmacotherapy Interventions for Tobacco Smoking Cessation in Adults, Including Pregnant Women: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med*. 2015 Oct 20;163(8):622-34. doi: 10.7326/M15-2023. Epub 2015 Sep 22. PMID: 26389730.
- (8) LeFevre N, St Louis J. Behavioral Interventions for Smoking Cessation. *Am Fam Physician*. 2022 Feb 1;105(2):133-135. PMID: 35166487.
- (9) Masterplan 2025 der Österreichischen Gesellschaft für Pneumologie (ÖGP) – die erwartete Entwicklung und Versorgung respiratorischer Erkrankungen in Österreich
- (10) Mehta S, Parmar N, Kelleher M, Jolley CJ, White P, Durbaba S, Ashworth M. COPD and asthma in patients with opioid dependency: a cross-sectional study in primary care. *NPJ Prim Care Respir Med*. 2020 Jan 14;30(1):4. doi: 10.1038/s41533-019-0161-7. PMID: 31937808; PMCID: PMC6959319.
- COPD Pocket Guide- Diagnostik und Managementsupport für Fachpersonen (lungenliga.ch)
- Weiterführend: Auer R, Schoeni A, Humair JP, Jacot-Sadowski I, Berlin I, Stuber MJ, Haller ML, Tango RC, Frei A, Strassmann A, Bruggmann P, Baty F, Brutsche M, Tal K, Baggio S, Jakob J, Sambigiato N, Hopf NB, Feller M, Rodondi N, Berthet A. Electronic Nicotine-Delivery Systems for Smoking Cessation. *N Engl J Med*. 2024 Feb 15;390(7):601-610. doi: 10.1056/NEJMoa2308815. PMID: 38354139.

Besten Dank
für Ihre Aufmerksamkeit

l.vogl@arud.ch

arud