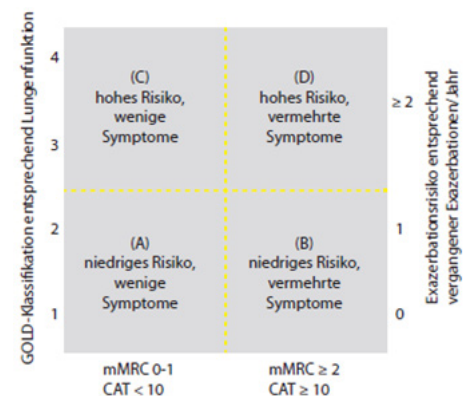


Schweregrade der COPD

Gemäß der internationalen GOLD-Leitlinie [Global Initiative for Obstructive Lung Disease] wird die COPD nun in vier Gruppen (A – D ... siehe nachfolgende Abbildung) eingeteilt. Dies erweitert die bisherige Schweregradeinteilung I – IV nach GOLD, die nur auf den FEV₁-Werten der Lungenfunktion basierte. Die Komplexität der Erkrankung wird durch das Berücksichtigen des Exazerbationsrisikos und der individuellen Symptomatik besser abgebildet.



Erklärung der einzelnen Kategorien:

Achse Links: Lungenfunktion

Auf der linken Achse befindet sich die bisherige Klassifikation der COPD nach dem in der Lungenfunktion ermittelten FEV₁-Wert (GOLD I-IV). Die Schweregrade sind in der nachfolgenden Tabelle aufgelistet. Weiterführende Informationen zur Lungenfunktion finden Sie in dem Link zur „Lungenfunktion“.

Schweregradeinteilung der COPD	
Schweregrad	Charakteristik
I (leichtgradig)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ FEV₁ ≥ 80 % Soll ▶ FEV₁/VK < 70 % ▶ mit oder ohne chronische Symptome (Husten, Auswurf, Atemnot – evtl. bei starker körperlicher Belastung)
II (mittelgradig)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 50 % ≤ FEV₁ < 80 % Soll ▶ FEV₁/VK < 70 % ▶ mit oder ohne chronische Symptome (Husten, Auswurf, Atemnot)
III (schwer)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 30 % ≤ FEV₁ < 50 % Soll ▶ FEV₁/VK < 70 % ▶ mit oder ohne chronische Symptome (Husten, Auswurf, Atemnot)
IV (sehr schwer)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ FEV₁ < 30 % Soll oder ▶ FEV₁ < 50 % Soll mit chronischer respiratorischer Insuffizienz ▶ FEV₁/VK < 70 %

FEV₁: forciertes expiratorisches Volumen in einer Sekunde (Einsekundenkapazität), gemessen nach Inhalation eines atemwegserweiternden Medikaments. Diese auch als Einsekundenluft bezeichnete Größe der Lungenfunktion entspricht der Luftmenge, die mit aller Kraft und möglichst schnell innerhalb einer Sekunde ausgeatmet werden kann. VK: inspiratorische Vitalkapazität; respiratorische Insuffizienz: arterieller O₂-Partialdruck unter 60 mmHg mit oder ohne arteriellen CO₂-Partialdruck über 45 mmHg bei Atmen von Raumluft auf Meeresniveau.

Der Begriff „respiratorische Insuffizienz“ ist in der Datei Blutgasanalyse weiter ausgeführt. Weitere Informationen finden Sie auch in der Datei Lungenfunktion.

Achse „unten“: Symptome

In dieser Achse werden die Symptome und damit die Einschränkung durch die COPD aus Patientensicht gewertet (so genannte PRO`s: Patient Reported Outcomes). Erfasst werden diese durch den Fragebogen CAT oder eine globale Einschätzung der Atemnot (mMRC-Skala).

CAT

Der COPD Assessment Test (CAT) besteht aus acht Fragen (siehe nachfolgende Abbildung). Der erreichte Punktwert kann zwischen 0–40 liegen. Je niedriger dieser sogenannte Score, desto weniger ist der Alltag durch die COPD beeinträchtigt.

Ich huste nie	①	①	②	③	④	⑤	Ich huste ständig
Ich bin überhaupt nicht verschleimt	①	①	②	③	④	⑤	Ich bin völlig verschleimt
Ich spüre keinerlei Engegefühl in der Brust	①	①	②	③	④	⑤	Ich spüre ein sehr starkes Engegefühl in der Brust
Wenn ich bergauf oder eine Treppe hinaufgehe, komme ich nicht außer Atem	①	①	②	③	④	⑤	Wenn ich bergauf oder eine Treppe hinaufgehe, komme ich sehr außer Atem
Ich bin bei meinen häuslichen Aktivitäten nicht eingeschränkt	①	①	②	③	④	⑤	Ich bin bei meinen häuslichen Aktivitäten sehr stark eingeschränkt
Ich habe keine Bedenken, trotz meiner Lungenerkrankung das Haus zu verlassen	①	①	②	③	④	⑤	Ich habe wegen meiner Lungenerkrankung große Bedenken, das Haus zu verlassen
Ich schlafe tief und fest	①	①	②	③	④	⑤	Wegen meiner Lungenerkrankung schlafe ich nicht tief und fest
Ich bin voller Energie	①	①	②	③	④	⑤	Ich habe überhaupt keine Energie

MMRC-Score

Alternativ zum CAT kann die Modified Medical Research Council (MMRC-)Dyspnoeskala verwendet werden. Mit ihr wird die Atemnot beurteilt.

Score	Beschreibung
1	nie Atemnot, außer bei starker Anstrengung
2	Atemnot beim schnellen Gehen oder beim Bergaufgehen mit leichter Steigung
3	geht beim Gehen in der Ebene wegen Atemnot langsamer als Gleichaltrige oder benötigt bei selbst gewählter Geschwindigkeit Pause
4	benötigt eine Pause wegen Atemnot beim Gehen in der Ebene nach ca. 100 m oder nach einigen Minuten
5	zu kurzatmig, um das Haus zu verlassen oder sich an- und auszuziehen

Rechte Achse: Exazerbationsrisiko

Exazerbationen (von Patienten häufig als Infekt bezeichnet) sind akute Verschlechterungen der stabilen COPD. Eine praktikable Definition der akute Exazerbationen einer COPD beinhaltet das akute Eintreten von Atemnot, Husten, Auswurf, eine akute aber anhaltende (> 24 Stunden) Verschlechterung dieser Symptome (welche das Maß der von Tag zu Tag vorliegen-

den Schwankungen übersteigt), thorakale Beklemmung und/oder Fieber und die Notwendigkeit der Intensivierung der (medikamentösen) Therapie.

Exazerbationen sind von hoher klinischer Relevanz, da Sie mit einer erhöhten Sterblichkeit [Mortalität] und einer starker Verringerung der Lebensqualität verknüpft sind. Allgemein scheinen Exazerbationen alle Veränderungen bei COPD massiv zu beschleunigen.

Allgemeine Interpretation des neuen Schemas:

Zur Festlegung des „Schweregrads“ gilt die individuelle „Gesamtkonstellation“. Es zählt immer der höchste Risikoparameter.

Beispiel: Die Lungenfunktion ist noch gut und z.B. GOLD II. Gleichzeitig aber liegen mehr als 2 Exazerbationen pro Jahr vor. Der Schweregrad wäre somit D.