

Kommentar zu S. Meinrenken. COPD-Diagnose: FEV₁:FVC-Grenzwert bestätigt sich in großen Studien. *Pneumologie* 2020; 74: 10

In der *Pneumologie* Heft 1, Januar 2020, wird die Studie von Bhatt SP et al. [1] in der Rubrik Pneumo-Fokus referiert. Wir können uns der Schlussfolgerung von Frau Dr. Meinrenken nicht anschließen, dass der Grenzwert der FEV₁/FVC-Ratio von 0,7 gegenüber anderen Grenzwerten durch diese Studie zur Diagnose einer relevanten COPD gestützt wird. Die Gründe sind wie folgt:

1. Es handelt sich bei den 24207 ausgewerteten Protokollen um Teilnehmer aus 4 unterschiedlichen Kohorten. Lediglich bei 26% (FEV₁/FVC < 0,7) bzw. 15% (FEV₁:FVC < lower limit of normal/LLN) der Teilnehmer lag die für die Diagnose einer COPD zwingend notwendige spirometrische Obstruktion vor. Dabei waren wegen fehlender Reversibilitätstestungen asthmatische Patienten nicht ausgeschlossen [1].
2. Die Kriterien für das Vorliegen einer relevanten COPD waren respiratorische Ereignisse, die zur Hospitalisierung oder Mortalität in einer im Mittel 15-jährigen Beobachtungszeit führten (incidence density rate IDR) und wenn die Diagnose COPD kodiert war. 43% der respiratorischen Ereignisse betrafen Patienten mit einem FEV₁:FVC-Quotienten von >0,7 (10% sogar mit >0,8), sodass die Diagnose COPD falsch kodiert war [1].
3. Die COPD ist hinsichtlich der Patienten-relevanten Bedingungen vor allen Dingen durch chronische Symptome (vorzugsweise Luftnot) und Einschränkungen der Lebensqualität gekennzeichnet. Nur ein kleinerer Teil der Patienten hat Exazerbationen – ca. 26% in der DACCORD-Population (N = 5924) im Verlauf von 6 Monaten vor Studieneinschluss, wobei die Hospitalisierungsrate hier bei unter 5% lag [2]. Eine Behandlung der COPD erfolgt vorzugsweise zur Kontrolle

von Symptomen. Eine Definition der COPD anhand von Grenzwerten für den FEV₁:FVC-Quotienten allein auf der Basis von Hospitalisierungs- und Mortalitätsraten trägt somit der primären klinischen Präsentation der Patienten keinesfalls Rechnung.

Natürlich ist es methodisch nicht gerechtfertigt, an einem Kollektiv mit maximal 26% COPD-Patienten und 43% fälschlich auf eine COPD zurückgeführten Ereignissen einen spirometrischen Grenzwert für eine COPD zu entwickeln.

Patienten mit chronischen Atemwegsymptomen entwickeln auch ohne spirometrische Obstruktion entsprechende respiratorische Ereignisse [3]. Dies dürfte der Grund für die klinische Überschätzung der COPD in 30–60% in Kohortenstudien sein [4,5]. Andererseits werden aber auch für die COPD typische Funktionsstörungen der Überblähung und Diffusion international nicht zur COPD-Diagnose verwendet [6].

Ein unbestreitbares Ergebnis der vorliegenden Studie ist aber, dass bei den Patienten mit COPD der Grenzwert FEV₁:FVC < LLN einen weitaus schlechteren Verlauf der Erkrankung prognostiziert als der Grenzwert < 0,7 (IDR 35,0 vs. 17,5).

Interessenkonflikt

W. Windisch und C.-P. Criée haben Vortragshonorare von Firmen der Pharmaindustrie erhalten, die Medikamente zur Behandlung obstruktiver Atemwegserkrankungen vertreiben.

Autorinnen/Autoren

W. Windisch, C.-P. Criée

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Wolfram Windisch
Lungenklinik Merheim, Kliniken der Stadt Köln gGmbH, Universität Witten/Herdecke
Ostermerheimer Straße 200
51109 Köln
E-Mail: windischw@kliniken-koeln.de

Literatur

- [1] Bhatt SP, Balte PP, Schwartz JE et al. Discriminative Accuracy of FEV₁:FVC Thresholds for COPD-Related Hospitalization and Mortality. *JAMA* 2019; 321: 2438–2447
- [2] Worth H, Buhl R, Criée CP et al. The 'real-life' COPD patient in Germany: The DACCORD study. *Respir Med* 2016; 111: 64–71
- [3] Çolak Y, Nordestgaard BG, Vestbo J et al. Prognostic significance of chronic respiratory symptoms in individuals with normal spirometry. *Eur Respir J* 2019; 54: 1900734
- [4] Diab N, Gershon AS, Sin DD et al. Underdiagnosis and Overdiagnosis of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2018; 198: 1130–1139
- [5] Sator L, Horner A, Studnicka M et al. Overdiagnosis of COPD in Subjects With Unobstructed Spirometry: A BOLD Analysis. *Chest* 2019; 156: 277–288
- [6] Windisch W, Criée CP. COPD – Stellenwert der Lungenfunktionsanalyse in Diagnostik und Therapie. *Dtsch Med Wochenschr* 2018; 143: 593–596

Publikationshinweis

Leserbriefe stellen die Meinung des Autors dar und entsprechen nicht unbedingt der Meinung von Herausgebern oder Verlag. Herausgeber und Verlag behalten sich vor, Leserbriefe nicht, gekürzt oder in Auszügen zu veröffentlichen.

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-1140-2941>
Pneumologie 2020; 74: 259
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York
ISSN 0934-8387