

ARDS

Beatmung in Bauchlage vorteilhaft?

Bisherige Studien zeigen, dass eine Beatmung in Bauchlage bei einem Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) zu einer besseren Oxygenierung führt. Eine Verringerung der Mortalität konnte aber bisher nicht nachgewiesen werden. Letzteres haben jetzt C. Guérin et al. in einer randomisierten Studie untersucht, an der 27 Intensivstationen beteiligt waren.

N Engl J Med 2013; 368: 2159–2168

466 Patienten mit ARDS wurden randomisiert entweder herkömmlich in Rückenlage beatmet (n=229) oder innerhalb der ersten Stunde nach Randomisierung für mindestens 16 Stunden in Bauchlage beatmet (n=237). Dies wiederholte sich bis Tag 28 jeden Tag, danach entschieden die behandelnden Ärzte über das weitere Vorgehen. Das Studienprotokoll definiert als primären End-

punkt die Mortalität an Tag 28, als weitere Endpunkte u. a. die Mortalität nach 90 Tagen, die Rate erfolgreicher Extubationen, die Länge des Intensivaufenthalts, die Tracheotomie-Rate, Blutgase und Komplikationen.

In Bauchlage behandelte Patienten wiesen nach 28 Tagen mit 16% eine deutlich niedrigere Mortalität auf als die her-

kömmlich behandelten Patienten mit 32,8% (Hazard Ratio 0,39, 95%-Konfidenzintervall 0,25–0,63; $p < 0,001$). Auch nach 90 Tagen bestätigte sich dieser deutliche Unterschied, während die Komplikationsrate in beiden Gruppen gleichauf lag. Ausnahme waren Herzstillstände; diese traten bei Rückenlage häufiger auf (31 vs. 16; $p = 0,02$). Die $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ -Ratio, PEEP und FiO_2 lagen bei Bauchlage deutlich günstiger als in Rückenlage, die Plateaudrucke der Beatmung niedriger, häufiger konnte erfolgreich extubiert werden.

Fazit

Bei Patienten mit ARDS verringert eine frühzeitige und anhaltende Beatmung in Bauchlage die Mortalität nach 28 und 90 Tagen. Dies gilt aber nur, wenn diese Behandlungsform über den größten Teil eines Tages angewendet wird, so die Autoren.

Dr. Peter Pommer, Oberammergau

COPD

Wie hoch ist das Pneumonierisiko bei inhalativer COPD-Therapie?

Eine Dauertherapie von Patienten mit COPD mit inhalierbaren Steroiden ist umstritten. Bisherige Studien und ein Cochrane-Review lassen eine erhöhte Pneumonie-Inzidenz vor allem bei Therapie mit Fluticason vermuten. C. Janson et al. haben in einer retrospektiven Kohortenstudie die Fixkombination Fluticason/Salmeterol mit Budesonid/Formoterol verglichen.

BMJ 2013; 346: f3306

Die Autoren der Studie bedienten sich staatlicher Register in Schweden, in denen Patientendaten aus ambulanter sowie stationärer Versorgung unter einer eindeutigen Nummer zugänglich sind. Die beiden Studienkohorten bestanden aus je 2734 Patienten mit COPD, die entweder Fluticason/Salmeterol oder Budesonid/Formoterol als inhalative Dauertherapie erhielten. Die Patienten wurden hinsichtlich der Einflussfaktoren wie Al-

ter, Geschlecht, Krankheitsschwere, Begleiterkrankungen und Begleitmedikation 1:1 gematcht. Primärer Endpunkt der Studie war die jährliche Pneumonie-Rate, weitere Endpunkte Hospitalisierungsrate, Pneumonie-Mortalität und Gesamtmortalität.

Dabei fanden sich unter Fluticason/Salmeterol deutlich mehr Pneumonien (Rate Ratio 1,73, 95%-Konfidenzintervall

[KI] 1,57–1,90; $p < 0,001$). Die Pneumonie-Rate bezogen auf 100 Patientenjahre lag für Fluticason/Salmeterol bei 11, für Budesonid/Formoterol bei 6,4. Die Hospitalisierungsrate betrug 7,4 vs. 4,3. Die Pneumonie-Mortalität war unter Fluticason/Salmeterol mit 97 Todesfällen gegenüber 52 mit Budesonid/Formoterol ebenfalls erhöht (Hazard Ratio 1,76, 95%-KI 1,22–2,53; $p = 0,003$), während sich die Gesamtmortalität nicht unterschied.

Fazit

Das Risiko für eine Pneumonie und damit verbundenen Ereignissen war in dieser Studie bei COPD-Patienten unter inhalativer Therapie mit Fluticason/Salmeterol höher als unter Budesonid/Formoterol. Die Autoren sehen als mögliche Erklärung das bis zu 10-fach höhere immunsuppressive Potenzial von Fluticason gegenüber Budesonid. Sie halten randomisierte, kontrollierte Studien zu dieser Fragestellung für erforderlich.

Dr. Peter Pommer, Oberammergau