

Asthma und COPD

Strategien bei Atemwegobstruktionen

In den letzten 2–3 Jahren hat es im Bereich Asthma und chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD) Neuerungen gegeben, die bessere Therapieoptionen ermöglichen, so Prof. Roland Buhl, Mainz, zu Beginn eines Symposiums¹. Allerdings ist es bei diesen Krankheiten, die zu erheblichen Einschränkungen der Lebensqualität führen, um Therapietreue und Adhärenz schlecht bestellt.

COPD und Asthma stehen an der Spitze der Non-Adhärenz, erklärte PD Dr. Michael Kreuter, Heidelberg, was zu erhöhter Mortalität, Morbidität und auch gestiegenen Kosten führt. Ständige Schulungen der Patienten zur richtigen Medikamenteneinnahme, aber auch der Ärzte im Umgang mit ihren Patienten, die Vereinfachung und Individualisierung der Medikation und die Bereitschaft neue Wege zu gehen, helfen diese unbefriedigende Situation zu überwinden.

Asthma, so Buhl, ist eine heterogene Erkrankung, die im Verlauf variable, respira-

torische Symptome unterschiedlicher Intensität zeigt. In Abgrenzung zur COPD, bei der der Patient zu 90% ein älterer Raucher ist, deuten Atembeschwerden bei jungen unter 40-Jährigen, die nicht rauchen, nahezu ausschließlich auf Asthma hin. Die GINA (Global Initiative on Asthma) 2015 empfiehlt die Behandlung mit inhalativen Kortikosteroiden (ICS) ggf. plus lang wirksamen Bronchodilatoren (Beta-2-Sympathomimetikum [LABA] oder Anticholinergikum [LAMA] oder beides). In der nationalen Versorgungsleitlinie wird angemerkt, dass die Kombinationsbehandlung mit ICS und LABA die Anzahl der Asthmaanfälle verringert, die Notwendigkeit der Anwendung von Bedarfsmedikamenten senkt und mehr Patienten eine Kontrolle der Erkrankung erreichen. Die 1-mal tägliche Gabe von Fluticason/Vilanterol² erhöht dabei zusätzlich die Therapieadhärenz.

Die Langzeittherapie der stabilen COPD wird durch eine schrittweise Steigerung der Therapiemaßnahmen in Abhängigkeit

vom Schweregrad der Erkrankung bestimmt, wobei es hinsichtlich des Einsatzes von ICS Abweichungen im Vorgehen geben kann, so Prof. Claus Vogelmeier, Marburg. Basisedikamente sind die Bronchodilatoren LAMA und LABA, die zur Linderung der Beschwerden bei COPD eingesetzt werden sollten. Dem sog. Pavord Paradigma, wonach bei Exazerbationen eher mit einem LAMA und bei Dyspnoe, Husten und Wheezing eher mit einem LABA begonnen werden sollte, wollte Prof. Vogelmeier nicht folgen, denn die Effekte der Bronchodilatoren seien nahezu identisch. Entscheidend für die Wahl zwischen Anticholinergikum und Beta-2-Sympathomimetikum seien vielmehr das individuelle Ansprechen des Patienten und mögliche unerwünschte Wirkungen.

Richard Kessing, Zeiskam

Symposium: „Asthma und COPD: wichtigste Behandlungspfade und -strategien für den Praxisalltag.“ im Rahmen des 121. DGIM-Kongresses, April 2015, Mannheim, Veranstalter: GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG

¹ Relvar® Ellipta®, GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG, München

Idiopathische Lungenfibrose

Weniger Exazerbationen unter Nintedanib

Die idiopathische Lungenfibrose (IPF) verläuft individuell sehr unterschiedlich, letztlich aber führt sie unvermeidlich zum Tod. Patienten mit bereits eingeschränkter forcierter Vitalkapazität (FVC) (<50–65% vom Soll) beim ersten Arztkontakt haben eine ungünstige Prognose. Auch ein hoher jährlicher Verlust an FVC ist ein ungünstiges prognostisches Zeichen, erläuterte Prof. Martin Kolb, Hamilton/Kanada auf einem Symposium¹.

Akute Exazerbationen sind klinisch bedeutsame Ereignisse mit einer hohen Mortalität von etwa 50% nach 6 Monaten. Die Ursachen der idiopathischen Lungenfibrose sind noch weitgehend unbekannt, dies gilt aber nicht für das Geschehen bei der Progression, so Kolb. In diesem Bereich wirkt auch Nintedanib². Wie Prof. Ulrich Costabel, Essen, ausführte, blockiert der Tyrosinkinasehemmer die Rezeptoren von 3 maßgeblich an den Fibroseprozessen beteiligten Wachstumsfaktoren:

VEGF (Vascular Endothelial Growth Factor), FGF (Fibroblast Growth Factor) und PDGF (Platelet Derived Growth Factor).

FVC-Abnahme reduziert

Die Zulassung von Nintedanib für alle Stadien der IPF erfolgte im Herbst 2014 auf Grundlage der weltweiten INPULSIS-1 und -2-Studien^{3,4}. Beide vom Aufbau her identischen Studien liefen über 52 Wochen plus 4 Wochen Nachbeobachtung. Primärer Endpunkt war die Abnahme der jährlichen FVC als Indikator für das Fortschreiten der Erkrankung. Die Patienten (rund 80% Männer, mittleres Alter etwa 67 Jahre, Ausgangs FVC etwa 80%) wurden im Verhältnis 3:2 auf Nintedanib (150 mg 2-mal täglich) bzw. Placebo randomisiert. Bei Studienende stellte sich die relative Abnahme der FVC in beiden Studien mit 52 bzw. 45% als sehr konsistent heraus, sagte Costabel. Bereits nach 4–6 Wochen fiel der FVC-Verlust unter Verum geringer aus und war bereits nach 12 Wochen sta-

tistisch signifikant. Nach 52 Wochen waren 30% weniger Patienten verstorben ($p=0,1399$). Bei den Nebenwirkungen überwogen gastrointestinale Probleme, beide Studien zusammengefasst litten 62% der Patienten an Diarrhoe, 24% an Übelkeit und 12% an Erbrechen. Prof. Jürgen Behr, München, verwies in seinem Vortrag darauf, dass Nintedanib auch die Zeit bis zur ersten Exazerbation verlängert. Gemäß der gepoolten Daten aus beiden Studien waren adjudizierte akute IPF-Exazerbationen um 68% seltener.

Martin Bischoff, Planegg

¹ Industriesymposium „FOCUS IPF“ anlässlich des 56. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin, März 2015, Berlin, Veranstalter: Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG

² Ovef®, Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG, Ingelheim

³ Richeldi L et al. *Respir Med* 2014; 108: 1023–1030

⁴ Richeldi L et al. *NEJM* 2014; 370: 2071–2082