COPD

Versorgungssituation in deutschen Praxen

Die Datenlage zur COPD aus randomisiert-kontrollierten klinischen Studien ist zwar sehr gut, jedoch bilden sie „bestenfalls 5 % dessen ab, was Hausärzten und Pneumologen im Praxisalltag begegnet“, so Prof. Heinrich Worth, Fürth, auf einem Workshop[1].

Um die Versorgungsrealität darzustellen seien daher groß angelegte Registerstudien unverzichtbar, die mit einem Minimum an Ein- und Ausschlusskriterien auskommen. Ende 2012 wurde mit der Rekrutierung für die DACCORD-Studie begonnen, in die inzwischen 6208 Patienten aufgenommen wurden – nun liegen die 1-Jahres-Verlaufsdaten von 4417 Patienten vor[2–4].

Das mittlere Alter der Patienten lag bei 65,7 Jahren (40–96 Jahre), 45 % waren jünger als 65 Jahre und 59,6 % waren Männer. Leitsymptom war die Atemnot unter Belastung, die von 85 % der Patienten als störend empfunden wurde. An 2. Stelle folgte Husten (65 %) und 55 % klagten über eine limitierte körperliche Belastbarkeit. „Ziel unserer Therapie sollte sein“, so Worth, „die körperliche Belastbarkeit unserer Patienten zu steigern, indem wir ihre Lungenfunktion verbessern und die Atemnot lindern.“

Die QUANTIFY-Studie[5] mit dem LAMA/LABA-Kombinationspräparat QVA149[6] (Glycopyrronium/Indacaterol) fokussierte sich auf die patientenrelevanten Parameter Dyspnoe und Lebensqualität – was dazu führte, dass IQWiG und G-BA QVA149 als bisher einziger Fixkombination einen Zusatznutzen bescheinigten. Im Halbjahr vor Einschluss in das Register hatte lediglich ein Viertel der Patienten eine Exazerbation erlitten, nach einem Jahr blieb diese Rate unverändert niedrig. Umso alarmierender sei daher die erneute Erkenntnis, dass zu viele Patienten inhalative Kortikosteroide (ICS) erhielten: 39 % der Patienten, die nie exazerbiert hatten, wurden mit ICS behandelt.

Prof. Claus Vogelmeier, Marburg, betonte hierzu, dass diese Übertherapie nicht nur unnütz sei, sondern den Patienten sogar schaden könne. Er verwies auf die erhöhte Gefahr von Pneumonien, die sich quer durch alle Studien immer wieder gezeigt habe. Wie die Ende 2014 publizierten Daten der WISDOM-Studie[7] zeigten, ist ein Ausschleichen von ICS über 52 Wochen bei Patienten unter Triple-Therapie (LAMA/LABA/ICS) ohne Erhöhung der Exazerbationsrate möglich. Allerdings kam es bei den Dosisreduktionen in Woche 18 und 52 zu einem Absinken der Einsekundenkapazität FEV_1, die noch abzuklären sei. Vogelmeier warnte außerdem nochmals eindrücklich vor zu wenig Sorgfalt bei der Differenzierung zwischen Asthma und COPD und der zu schnellen Diagnose eines Asthma-COPD-Overlap-Syndroms (ASCO). „Die Folge wäre eine fatale Übertherapie, denn unter den COPD-Patienten profitiert nur eine Minderheit von ICS“.

Dr. Silke Fanta, Stuttgart

1 COPD Experten-Workshop „Der symptomatische Patient im Fokus – Duale Bronchodilatation setzt neue Maßstäbe“, anlässlich des ATS-Kongresses, Mai 2015, Denver/USA, Veranstalter: Novartis Pharma GmbH
2 Worth H et al. Am J Respir Crit Care Med 2015; 191: A2306
3 Buhl R et al. Am J Respir Crit Care Med 2015; 191: A2309
4 Kardos P et al. Am J Respir Crit Care Med 2015; 191: A2804
5 Buhl R et al. Thorax 2015; 70: 311–319
6 Ultibro® Breezhaler®, Novartis Pharma GmbH, Nürnberg
7 Magnussen H et al. NEJM 2014; 371: 1285–1294

Spezifische Immuntherapie

Mit vier Schritten auf Höchstdosis

Die subkutane spezifische Immuntherapie (SIT) mit Pollenallergenen[1] ist seit mehr als 20 Jahren etabliert. Neben gesundheitspolitischen und finanzökonomischen Gegebenheiten spielt die Schwierigkeit, die SIT in den Alltag zu integrieren eine wichtige Rolle.

Für den Patienten bedeutet v. a. die Einleitungsbehandlung mit der wöchentlichen Aufdosierung einen erhöhten Zeitaufwand. Die neueste Weiterentwicklung für das hypoallergene Allergoid-Präparat ist ein vom Paul-Ehrlich-Institut genehmigtes verkürztes Aufdosierungs-Schema für alle gräser- und getreidepollenhaltigen Präparate bei Erwachsenen: Mit 4 Injektionen lässt sich innerhalb von 4 anstatt 7 Wochen die Höchstdosis erreichen. Mit dem verkürzten Aufdosierungsschema erhalten die betreffenden Allergiker eine höhere Initialdosis und zusätzlich wird die Dosis schneller gesteigert. Das erhöht die Flexibilität in der perennialen und präsaisonalen Immuntherapie und erleichtert dem Patienten die Therapie durch eine verkürzte Einleitungsphase. Das neue Schema wurde von Prüfärzten sowie von Patienten als gut verträglich beurteilt[2] und zeigte ein ebenfalls gutes Sicherheitsprofil[3]. In dieser Studie wurde die verkürzte Aufdosierung vs. der Standardaufdosierung des Gräser-Präparats an insgesamt 122 Patienten mit allergischer Rhinokonjunktivitis mit oder ohne bronchialem Asthma getestet.

Nach einer Pressemitteilung (Allergopharma)

Bild: ccvision

1 Allergovit®, Allergopharma GmbH & Co. KG, Reinbek
2 Teichmann P et al. Poster 9. Deutscher Allergiekongress 2014, Wiesbaden
3 Karjalainen M et al. Poster 9. Deutscher Allergiekongress 2014, Wiesbaden

Nach Angaben der Industrie

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.