Chronisch obstruktive Lungenerkrankung

Welche Therapie für wen?

— COPD-Patienten sollten nicht über einen Kamm geschert werden. Jeder Patient hat Anspruch auf eine auf seine Bedürfnisse ausgerichtete Therapie. Prof. Felix Herth, Heidelberg, schilderte das Beispiel eines 65-jährigen Patienten mit koronarer Zweigefäßerkrankung mit Stenteinlage vor 11 Monaten, Hypertonie, Diabetes mellitus Typ 2 und COPD im Stadium II (FEV₁ 65% vom Soll, FVC 89% vom Soll, FEV₁/FVC 58%).

Seit dem Eingriff leidet der Patient bei Anstrengungen wie Treppensteigen unter Luftnot. Hinzu kommt frühmorgendlicher Auswurf. Den Zigarettenkonsum hat er auf ca. 10 pro Tag eingeschränkt. Gut, aber noch nicht gut genug, kommentierte Herth. „Es gibt eine klare Obergrenze für Zigarettenkonsum – und die liegt bei null“, so der Pneumologe.

Additive Bronchodilatation

Die medikamentöse COPD-Therapie beinhaltet im vorgestellten Fall bereits die Gabe des langwirksamen β_2 -Sympathomimetikums (LABA) Formoterol. Herth würde den Patienten jedoch auf ein langwirksames Anticholinergikum (LAMA) umstellen.

Mittlerweile seien zwei große Studien zu dem Ergebnis „LAMA beats LABA“ gekommen – und dies unabhängig vom Sponsor der jeweiligen Studie.

Darüber hinaus könnte auch schon zu Beginn der medikamentösen COPD-Therapie eine Kombination beider Substanzen in Erwägung gezogen werden. Herth begründete dies mit Compliance-Aspekten: „Wir haben bei COPD-Patienten eine Gruppe mit schlechter Compliance. Nur ca. 50% nimmt die Medikamente tatsächlich ein.“ Daher würde er von Anfang an eine optimierte Therapie in Form einer LAMA/LABA-Kombination anstreben. Die Gabe eines inhalativen Steroids stehe am Ende der Therapieeskalation, da die Nebenwirkungen nicht zu unterschätzen seien und sie nur bei wiederkehrenden Exazerbationen helfen würden.

Mit Duaklir® steht seit Februar 2015 eine neue LAMA/LABA-Fixkombination aus Aclidiniumbromid und Formoterol zur Verfügung, die im Genuair®-Trockenpulverinhalator verabreicht wird. Die Fixkombination trägt durch additive Bronchodilatation zu einer raschen Symptomlinde- rung bei, wie u. a. in der randomisierten,

© christian-colista / Fotolia

Diese Treppe wieder bewältigen zu können – welch ein Plus an Lebensqualität!

doppelblinden, placebokontrollierten Studie ACLIFORM-COPD gezeigt werden konnte [Singh D et al. BMC Pulm Med. 2014;14:78].

Ursula Hilpert ■

■ Satellitensymposium „Der multimorbide Patient in der Praxis: Interdisziplinäre Diskussion von Kasuistiken zu Priorisierung & Management von Komorbiditäten“ im Rahmen des DGIM-Kongresses 2015; Mannheim, April 2015 (Veranstalter: AstraZeneca)

Chronische Hepatitis C – Genotyp 1

Neue Kombination erreicht Ansprechrage von 90%

— In Deutschland ist eine Interferon-freie Hepatitis-C-Therapie mittlerweile Standard, führte Dr. Peter Buggisch, Ärztlicher Leiter des Leberzentrums Hamburg am ifi-Institut für interdisziplinäre Medizin, aus. Eine der empfohlenen Therapien bei Infektionen mit dem Hepatitis-C-Virus (HCV) vom Genotyp 1 sei Simeprevir (Olysio®) in Kombination mit Sofosbuvir (SIM/SOF).

Die Kombination erhielt 2014 die Zulassung auf Basis von Phase-II-Daten. Mittlerweile hätten die Ergebnisse der beiden Phase-III-Studien OPTIMIST I und II die gute Wirksamkeit und Verträglichkeit von SIM/SOF bestätigt, so Buggisch.

In der OPTIMIST-I-Studie sprachen 97% der Patienten ohne Zirrhose und in der

OPTIMIST-II-Studie 84% aller Patienten mit Zirrhose und 94% der Patienten mit gut kompensierter Zirrhose (Albumin ≥ 4 g/dl) virologisch anhaltend an, d. h. die Viruslast war auch 12 Wochen nach Ende der Therapie nicht nachweisbar (sustained virological response, SVR) [Kwo P et al. J Hepatology. 2015;62:S236–S864, Abstract LP14; Lawitz E et al. J Hepatology. 2015;62:S236–S864, Abstract LP04].

Erste Ergebnisse aus Praxisdaten

Buggisch berichtete über mehrere Patientenkohorten, in denen sich die 12-wöchige Therapie mit SIM/SOF auch im Praxisalltag bewährt hat. Als ein Beispiel stellte er die deutsche „Real Life“-Kohorte SOFGER vor, in

der 115 von insgesamt 790 therapienaiven und vorbehandelten Patienten mit SIM/SOF behandelt wurden. Von ihnen hatten 58% bereits eine fortgeschrittene Zirrhose (F4), und 67% waren vorbehandelt, davon 15% mit einem Proteasehemmer (Buggisch P et al. J Hepatology. 2015;62:S236–S864, Abstract P0777). Die erste Zwischenauswertung ergab eine SVR4-Rate von 87%. Diese Bestätigung der Studienergebnisse in der realen Anwendung gebe mehr Sicherheit für die tägliche Praxis, sagte Buggisch.

Andrea Warpakowski ■

■ Pressekonferenz „Post-EASL: Hepatitis C im Versorgungsalltag“; Berlin, Mai 2015 (Veranstalter: Janssen-Cilag)