Inhalative Asthmatherapie

Medikamentöse Therapie war nie einfacher

— Am Anfang der Diagnostik steht beim klassischen allergischen Asthma immer eine Allergietestung, führte Prof. Roland Buhl, Mannheim, aus. Präventiv sollten Allergene und inhalative Noxen einschließlich Nikotin ausgeschaltet und Medikamente wie Betablocker, nicht-steroidale Antirheumatika (NSAR) oder Inhibitoren des Angiotensin Converting Enzymes (ACE), die die Symptomatik verstärken, vermieden werden. Sport werde Asthmatikern heute ausdrücklich empfohlen, so Buhl.

„Die medikamentöse Therapie des Asthma war nie einfacher und nie erfolgreicher“, konstatierte der Pneumologe. Die Behandlung beginnt mit einem inhalativen Kortikosteroid (ICS), das in Abhängigkeit vom Schweregrad mit

einem langwirksamen β_2 -Sympathikomimetikum (LABA) kombiniert wird – beide niedrig dosiert und idealerweise fix kombiniert in einem Inhalator. Bei schwerem Asthma (Stufen 4 und 5) kommen ICS und LABA in mittlerer bis hoher Dosis zum Einsatz – z. B. die Fixkombination aus Fluticasonfuroat (FF) und Vilanterol (VI) in Relvar®, die mit dem Inhalator Ellipta® verabreicht wird. FF/VI wird einmal täglich inhaliert.

Die Fixkombination hat sich gegenüber Placebo als signifikant überlegen erwiesen [Kempford R et al, 2013]. Die Einmalgabe von FF/VI zeigte sich im Vergleich mit der zweimal täglichen Applikation von Fluticasonpropionat/Salmeterol als ebenso wirksam [Woodcock A et al., Chest 2013;144:1222–9]. Als Al-

ternative bezeichnete Buhl die fixe Kombination aus ICS und Formoterol einmal oder zweimal täglich. Bei schwerer erkrankten Asthmatikern kann zusätzlich ein Anticholinergikum (Tiotropium) eingesetzt werden.

Zur Steigerung der Therapietreue müssen, so Buhl, komplizierte Regime vermieden und einfach zu bedienende Inhalatoren genutzt werden. Wichtig seien Patientenschulungen. Er wies auf spezielle Filme hin (www.youtube.com/atemwegsliga), die zu jedem verfügbaren Inhalator eine Gebrauchsanweisung vorführen.

Michael Koczorek

■ Symposium „Asthma und COPD: wichtigste Behandlungspfade und -strategien für den Behandlungsalltag“, 121. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM), Mannheim, April 2015; (Veranstalter: GlaxoSmithKline)

Sekundärprävention mit Rivaroxaban nach Thrombosen

Gleiche Wirksamkeit bei geringerer Dosis?

— Mit bis zu 160.000 Fällen pro Jahr sind venöse Thromboembolien (VTE) die dritthäufigste Herz-Kreislauf-Erkrankung in Deutschland, erinnerte Dr. Matthias Held, Missionsärztliche Klinik Würzburg. Um Rezidive und Folgeerkrankungen wie postthrombotisches Syndrom oder chronisch thromboembolische pulmonale Hypertonie (CTEPH) zu verhindern, sei eine effektive Antikoagulation erforderlich, deren Dauer individuell an das Risikoprofil des jeweiligen Patienten angepasst werden müsse.

In den EINSTEIN-Studien hat sich das neue Antikoagulans (NOAK) Rivaroxaban (Xarelto®) in der Therapie von tiefen Venenthrombosen (TVT) und Lungenembolien (LE) laut gepoolter Analyse als mindestens ebenso effektiv und als sicherer als das frühere Standardvorgehen mit Enoxaparin und Vitamin-K-Antagonist (VKA) erwiesen [Prins MH et al. Thrombosis J. 2013;11: 21–30]. Held betonte, dass Subanalysen zufolge auch Patienten mit eingeschränkter Kreatinin-Clearance und onkologische Patienten von Rivaroxaban profitierten.

Langfristig hohes Risiko

VTE-Patienten sind langfristig rezidivgefährdet: „Das Problem ist nie ganz ausgestanden. Selbst nach fünf Jahren beträgt das Risiko für VTE-Rezidive noch 5%“, betonte Held. Der Nutzen einer verlängerten Rezidivprophylaxe wurde in der EINSTEIN-Extension-Studie überzeugend belegt: Durch die Gabe von Rivaroxaban über weitere sechs Mo-

nate konnte das Risiko für ein erneutes VTE gegenüber Placebo um 82% gesenkt werden, ohne dass das Blutungsrisiko signifikant anstieg [EINSTEIN Investigators; N Engl J Med 2010;363:2499–510].

In der laufenden Studie EINSTEIN CHOICE wird jetzt geprüft, ob in der Langzeitprävention von VTE auch eine niedrigere Rivaroxaban-Dosis in puncto Effektivität ausreichend und gleichzeitig sicherer ist, informierte Prof. Sven Moosmang, Bayer Vital Leverkusen. Für die dreiarmlige Studie werden 2.800 Patienten, die nach TVT oder LE bereits 6–12 Monate prophylaktisch behandelt wurden, zu einer verlängerten Therapie mit Rivaroxaban in der Standarddosis von 20 mg oder der niedrigeren 10-mg-Dosierung oder zu Acetylsalicylsäure (100 mg) randomisiert. Primäre Endpunkte der Studie sind tödliche und nicht-tödliche systemische Thromboembolien und schwere Blutungen.

Dr. Katharina Arnheim

■ Xarelto® Kloster-Presseworkshop 2015 Wermelskirchen, Juli 2015 (Veranstalter: Bayer HealthCare)

© Dr. Tobias Lange

Befund bei akuter Lungenembolie (Computertomogramm).