

## Asthmatherapie mit Fixkombination

## Extrafeine Formulierung erreicht auch kleine Atemwege

— Trotz großer Fortschritte in der Asthmatherapie sind die Symptome nur bei einem kleinen Teil der Patienten (13%) vollständig kontrolliert. Dies ergab eine Befragung von mehr als 7000 Patienten durch den Bundesverband der Pneumologen. Anhand des Asthmakontrolltestes (ACT) wurden die Patienten gefragt, wie gut ihre Symptome in den letzten vier Wochen kontrolliert waren. Fast die Hälfte (48%) gab an, dass ihr Asthma nicht unter Kontrolle war.

**Das sollten Sie vor einer Therapieescalation prüfen**

Bei nicht vollständig kontrolliertem Asthma sollten vor einer Therapieescalation zuerst folgende Fragen mit „Ja“ beantwortet werden, betonte Dr. med. Thomas Voshaar, Moers:

- \_ Ist es wirklich ein Asthma?
- \_ Sind alle Triggerfaktoren erfasst?
- \_ Kann der Patient wirklich mit dem Inhalationssystem umgehen?

- \_ Ist die Compliance/Adhärenz optimal?
- \_ Werden wirklich alle Atemwege, auch die kleinen erreicht?

**Entzündung in der „Peripherie“ stärker berücksichtigen**

Neue Erkenntnisse deuten laut Voshaar darauf hin, dass auch beim Asthma der wichtigste Ort der Entzündung die Peripherie ist, das heißt die kleinen Atemwege. Die neuen GINA-Leitlinien werden dies voraussichtlich berücksichtigen. Eine Kombinationstherapie, die diesem Umstand mit seiner speziellen Galenik Rechnung trägt, ist die Fixkombination des inhalativen Glukokortikoids (ICS) Beclometason – in extrafeiner Formulierung – mit dem langwirksamen Beta-2-Agonisten (LABA) Formoterol (Inuvair® Mikrosol). „Es gibt Arbeiten die zeigen, dass die extrafeinen Teilchen beim Steroid tatsächlich einen Effekt auf die kleinen Atemwege haben, und dass dies der Inha-

lation von größeren Teilchen überlegen ist“, betonte Voshaar.

**Glukokortikoid mit jedem Hub**

Ein weiterer wichtiger Vorteil der Fixkombination ICS und LABA ist darin begründet, dass der Patient bei jeder Inhalation automatisch ein Glukokortikoid inhaliert, betonte Voshaar. Denn die Basis jeder Asthmatherapie ist die antientzündliche Therapie. Voshaar wies in diesem Zusammenhang auch noch einmal auf eine Änderung in der Nationalen Versorgungsleitlinie (NVL) Asthma vom November 2010 hin: auf Stufe drei der Therapieempfehlungen sollte zuerst ein ICS mitteldosiert geben werden und erst im zweiten Schritt ein ICS niedrigdosiert plus LABA. **ke**

Symposium „Fixkombinationen bei Asthma bronchiale – ein Update“ anlässlich des 52. DGP-Kongresses am 8. April 2011 in Dresden (Veranstalter: Janssen-Cilag)

## PDE-4-Hemmung bei COPD

## Orale Begleittherapie hemmt Entzündung

— COPD führt als entzündliche Systemerkrankung außer zu einem strukturellen Umbau der Lunge auch zu Schäden an anderen Organsystemen. Die häufigsten Komorbiditäten sind kardiovaskuläre Erkrankungen, Diabetes, Osteoporose, Depression und Krebs. Als Risikofaktor für Herzerkrankungen, führt sie zu einem mit erhöhter Letalität assoziierten Gewichtsverlust und begünstigt die Entwicklung einer Osteoporose, die zu weiterer

Inaktivität zwingt und zu einem Umbau der Muskelfasern mit Beeinträchtigung der Atempumpe führt. Wichtigste Ursache für diese Koexistenz scheint die systemische Entzündung zu sein, erklärte Prof. Erich Russi, Zürich. Daher besteht Bedarf an antientzündlichen Therapien, die die fibrotischen und destruktiven Prozesse der COPD unterdrücken.

**In GOLD-Leitlinie aufgenommen**

Als erfolgreich hat sich der selektive Phosphodiesterase-4-Hemmstoff Roflumilast (Daxas®) erwiesen, der als orale Begleittherapie zur Erhaltungstherapie mit langwirksamen Bronchodilatoren antiinflammatorische Effekte entfaltet und bei schwerer COPD (FEV<sub>1</sub> < 50%) die Lungenfunktion verbessert und vor Exazerbationen schützt. Roflumilast wurde als Vertreter einer neuen Substanzklasse bereits in die Kurzfassung der GOLD-Leitlinie aufgenommen und hat sich seit seiner Zulassung 2010 in der klinischen Praxis bewährt, erklärte Prof. Roland Buhl, Mainz. Die orale Therapie sei mit allen zur

inhalativen COPD-Therapie empfohlenen Wirkstoffen kombinierbar. Die Patienten profitieren von additiven Effekten.

**„Blue Bloater“ profitieren am meisten**

Als der COPD-Phänotyp, der offenbar am meisten von der antientzündlichen Behandlung mit dem PDE-4-Hemmer profitiert, hat sich die schwere COPD mit chronischer Bronchitis, bronchialer Hypersekretion, Husten und Auswurf und häufigen Infektionen der Atemwege sowie Exazerbationen in der Vergangenheit herauskristallisiert, sagte Buhl. Dieser als „Blue Bloater“ bezeichnete Phänotyp kann vom sogenannten „Pink Puffer“ abgegrenzt werden, der meist älter und durch Dyspnoe, Emphysem und Muskela-trophie gekennzeichnet ist. **bk**

Pressekonferenz „Von der Wissenschaft zum Patienten“ COPD: neue Erkenntnisse in der Klinischen Praxis“ anlässlich des 52. DGP-Kongresses am 9. April 2011 in Dresden (Veranstalter: Nycomed/MSD)



© imago/HRSchulz

**Patienten mit schwerer COPD profitieren von der antientzündlichen oralen Therapie.**