

Was ist neu in der medikamentösen Therapie? Wir halten Sie auf dem Laufenden mit Berichten von Kongressen und Symposien der pharmazeutischen Industrie.

COPD mit Exazerbationen

Wann sind Dreifachkombinationen indiziert?



© Science Photo Library / Phanie / Burger (Symbolbild mit Fotomodell)

Ihre COPD-Therapie muss intensiviert werden.

— Die kürzlich publizierte IMPACT-Studie verglich unterschiedliche inhalative Therapiestrategien bei Patienten mit schwerer COPD. Die Ergebnisse können bei der Entscheidung helfen, wann von einer Behandlung mit zwei Medikamenten auf eine mit drei Medikamenten umgestellt werden sollte, berichtete Prof. Joachim Lorenz, Lüdenscheid.

In der IMPACT-Studie [Lipson DA et al. *N Engl J Med.* 2018;378:1671–80] wurden 10.355 COPD-Patienten mit akuten Exazerbationen im Vorjahr und einer deutlichen Beschwerdelast (CAT-Score im Schnitt 20) in drei Gruppen ein Jahr lang behandelt. Gruppe 1: Fluticasonfuroat, Umeclidinium, Vilanterol (FF/UMEC/VI, Trelegy®, 4.151 Patienten), Gruppe 2: Fluticasonfuroat, Vilanterol (FF/VI, Relvar®, ICS/LABA, 4.134 Patien-

ten), Gruppe 3: Umeclidinium/Vilanterol (Umec/VI, Anoro®, LABA/LAMA, 2.070 Patienten). Alle Medikamente wurden einmal täglich mit dem Ellipta®-Inhalator appliziert.

15%ige Exazerbationssenkung durch Dreifachkombination

Die jährliche Rate moderater und schwerer Exazerbationen war primärer Studienendpunkt. Sie lag bei 0,91 (Dreifachtherapie), 1,07 (ICS/LABA) und 1,21 (LABA/LAMA). Dies entspricht einer relativen Risikosenkung von 15% durch FF/UMEC/VI gegenüber FF/VI bzw. von 25% gegenüber UMEC/VI, so Dr. Christina Berchtold, Fachbereich Pneumologie bei GSK. Das relative Risiko für schwere Exazerbationen war unter der Dreifachkombination um 34% geringer als unter LABA/LAMA, bei allerdings niedrigem absolutem Risiko (0,13 vs. 0,19 pro Jahr).

Darüber hinaus zeigte die Dreifachkombination weitere Vorteile: Sie verbesserte die Lungenfunktion (Trough FEV₁ +97 ml vs. FF/VI und + 54 ml vs. UMEC/VI) und die Lebensqualität (SGRQ-Score unter FF/UMEC/VI –5,5 versus –3,7 unter den dualen Therapien).

Die Gesamtmortalität war unter beiden ICS-haltigen Therapiearmen signifikant niedriger als im Arm der dualen Bronchodilatation (1,20%, 1,19% vs. 1,88%). Die Autoren schreiben hier von einem Signal für eine geringere Sterblichkeit, welches es näher zu untersuchen gelte, weil die SUMMIT-Studie (Vestbo J et al. *Lancet.* 2016;387:1817–26) keine Mortalitätsreduktion ergeben hatte.

Unter den ICS-haltigen Regimes wurden häufiger Pneumonien (4,4%, 3,7%) als unter dualer Bronchodilatation (2,6%) registriert.

Somit sprechen die Ergebnisse dafür, dass COPD-Patienten, die unter einer inhalativen Zweifachtherapie noch Beschwerden haben und akute Verschlechterungen erleiden, von einer Umstellung auf eine Dreifachtherapie profitieren. ■

Dr. Dirk Einecke

■ Presse-Roundtable „IMPACT: Meilenstein-Studie in der COPD-Therapie“, München, Mai 2018 (Veranstalter: GSK)

Erster zellbasierter Vierfach-Grippe-Impfstoff vor europäischer Markteinführung

Aktuellen Laboruntersuchungen zufolge können sich Grippeviren verändern, wenn sie in Eiern vermehrt werden. Die Wirksamkeit eibasierter Influenza-Impfstoffe könnte so beeinflusst werden. Gleichzeitig wurde gezeigt, dass in Zellkulturen gezüchtete Grippeviren dem ursprünglich selektierten Virus ähnlicher sind als hühnereibasierte Virusantigene. Für den ersten zellbasierten Vierfach-Grippeimpfstoff (quadrivalente Influenza-Vakzine, zellbasiert; QIVc) ist die europaweite Zulassung seit wenigen Monaten bei der EMA beantragt. Ab der Saison 2019/20 soll QIVc dann gegen die vier häufigsten Erregerstämme der saisonalen Grippe zur Verfügung stehen. In den USA befindet sich der Vierfach-Grippeimpfstoff bereits seit 2016 auf dem Markt. ■

Red.

■ Nach Informationen von Seqirus