

Symptomkontrolle bei COPD

Standardtherapie mit dualer Bronchodilatation

Wie lassen sich COPD und schweres Asthma abgrenzen? Vom klinischen Aspekt her sei es nicht immer leicht, eine COPD von schwereren Asthmaformen abzugrenzen, sagte Prof. Marek Lommatzsch, leitender Oberarzt an der Universität Rostock. Hier haben sich Biomarker als hilfreich erwiesen, z. B. die Bestimmung der Blut-Eosinophilen oder die Messung von exhaltem Stickstoffmonoxid (FeNO).

Die Standardtherapie bei COPD lasse sich auf einen einfachen Nenner bringen: Patientinnen und Patienten mit Belastungsluftnot, aber ohne akute Atemwegsverschlechterung, erhalten zunächst ein langwirksames Anticholinergikum (LAMA) wie Acclidinium (z. B. Bretaris® Genuair®), gefolgt von einer dualen Bronchodilatation aus einem LAMA und einem lang-

wirksamen Betamimetikum (LABA) wie der Fixkombination Acclidinium plus Formoterol (Brimica® Genuair®).

Um Diagnose und Schweregrad einer Exazerbation leichter einschätzen zu können, wurden Cut-off-Werte für verschiedene Marker definiert („Rom-Vorschlag“ [1]):

- Luftnot > 5 gemäß visueller Analogskala,
- Atemfrequenz ≥ 24 /min,
- Herzfrequenz ≥ 95 /min,
- Sauerstoffsättigung < 92% und
- C-reaktives Protein ≥ 10 mg/l.

Sind mindestens drei dieser fünf Kriterien erfüllt, gilt die Exazerbation als mittelschwer, bei Klinikaufnahme als schwer. Zur Behandlung wird bei einer Exazerbation zusätzlich ein niedrigdosiertes inhalatives Steroid (ICS) verabreicht, z. B. Elebrato® Ellipta®. Wie Lommatzsch ergänzte, ist jedoch nicht jede akute Atem-



wegsverschlechterung ICS-responsiv. Zuweilen kann auch eine bakterielle Infektion dahinterstecken, die eine Antibiose erfordert. Im Einzelfall können auch zusätzliche Maßnahmen nötig sein, z. B. die Behandlung einer Herzinsuffizienz, eine Lungenvolumenreduktion, eine nicht-invasive Beatmung oder eine Sauerstoff-Langzeittherapie.

Als weitere wichtige Säulen der COPD-Therapie hob Lommatzsch die Rehabilitation und den Erhalt des Reha-Erfolgs hervor.

Dr. Martina-Jasmin Utz

Quellen: [1] Celli et al. Am J Respir Crit Care Med. 2021;204:1251–8; Fortbildungsveranstaltung „Pneumovisions“, 8. Oktober 2022 (Veranstalter: Berlin-Chemie)

Bei Herzinsuffizienz sollte ein ARNI erste Wahl sein

Umfangreiche Daten

Für den Angiotensin-Rezeptor-Nepriylsin-Inhibitor (ARNI) Sacubitril/Valsartan (Entresto®) liegt umfangreiches Datenmaterial zu Wirksamkeit und Sicherheit in und außerhalb von klinischen Studien vor. Deshalb gehört der ARNI zu den vier First-Line-Substanzen, mit denen entsprechend der europäischen Leitlinie jeder Mensch mit systolischer Herzinsuffizienz (HFrEF) primär innerhalb von 4 Wochen nach Diagnosestellung behandelt werden sollte.

„Ein ACE-Hemmer oder Angiotensin-1-Rezeptor-Blocker sollte nur dann zum Einsatz kommen, wenn die Gabe des

ARNI wegen Intoleranzen oder Kontraindikationen nicht möglich ist“, so Prof. Michael Böhm, Direktor der kardiologischen Universitätsklinik Homburg/Saar. In der Zulassungsstudie PARADIGM-HF konnte die Rate der durch Herzinsuffizienz bedingten Hospitalisierungen mit dem ARNI im Vergleich zu dem ACE-Hemmer bzw. AT₁-Rezeptor-Blocker um 21% gesenkt werden. In Studien aus dem Versorgungsalltag lagen die Werte zwischen 10% und 38%. Dr. Peter Stiefelhagen

Quelle: Fachpresseveranstaltung „Realitätscheck: Studien-/Real-World-Vergleich zu Sacubitril/Valsartan und Echtzeitdaten zu Inclisiran aus VICTORIAN-Implement-Studie“, DGK-Herztag, Bonn 29. September 2022; Veranstalter: Novartis

Kurz notiert

Antibiotika bei Blasenentzündung vermeiden

Bei Frauen mit unkomplizierten Harnwegsinfektionen könnte der Gesamtantibiotikaverbrauch durch den Einsatz alternativer Therapien um 63% reduziert werden. Das zeigte eine Metaanalyse über neun Studien [1]. In einer dieser Studien (CanUTI-7) wurde die pflanzliche Dreierkombination aus Rosmarin, Tausendgüldenkraut und Liebstöckel (Canephron® Uno) bei 659 Patientinnen mit unkomplizierten Harnwegsinfekten mit dem Standardantibiotikum Fosfomycin verglichen [2]. In der kontrollierten, randomisierten, multizentrischen Phase-III-Studie zeigte sich das Phytotherapeutikum sowohl hinsichtlich des Therapieerfolgs (definiert als die Vermeidung der zusätzlichen Gabe eines Antibiotikums neben der initialen Behandlung) als auch der Symptomreduktion auf Augenhöhe mit dem Antibiotikum. red

Quellen: [1] Kaußner Y et al. Clin Microbiol Infect. 2022;28:1558–66; [2] Wagenlehner F et al. Urol Int. 2018;101:327–36; nach Informationen von Bionorica