

SIT bei Hausstaubmilbenallergie: Wirksamkeit, Sicherheit und Wirtschaftlichkeit im Fokus

Bei der perennialen allergischen Rhinokonjunktivitis gilt es, durch eine spezifische Immuntherapie (SIT) im frühen Erkrankungsstadium einer Entstehung von allergischem Asthma vorzubeugen. Bei der



© LETI Pharma

Zuchtmilben auf Substrat, LETI-Produktionsanlagen, Tres Cantos, Madrid

ärztlichen Entscheidung für ein geeignetes SIT-Präparat spielen eine gute Wirksamkeit und ein günstiges Nebenwirkungsprofil eine wichtige Rolle – beides ist für depigmentierte polymerisierte Allergenextrakte (DPAEs, z.B. Depigoid® Milben-Mix und Depigoid® *D. pteronyssinus*) bei Erwachsenen und Kindern belegt, bei gleichzeitig hoher Wirtschaftlichkeit mit langfristig günstigen Therapiekosten.

Für den Erfolg der SIT spielt die Adhärenz eine entscheidende Rolle. Patienten mit einer subkutanen Immuntherapie (SCIT) haben im Mittel eine signifikant bessere Therapietreue im Vergleich zu Patienten, die mit einer sublingualen Immuntherapie (SLIT) behandelt werden [Vogelberg C et al. Congress Poster TP 1309, EAACI 2019, Lisbon, 1.–5. June 2019]. Wichtig für die Therapietreue der Patienten ist auch, dass die Therapie schnell spürbar Wirkung zeigt. Mit DPAEs konnten signifikante Verbesserungen in der Symptomatik in einer placebokontrollierten Studie nach drei Monaten nachgewiesen werden [Garcia-Robaina J-C et al. J Allergy Clin Immunol 2006;118:1026]. Wirksamkeit und Sicherheit von DPAEs sind in mehreren Studien dokumentiert. Eine aktuelle Metaanalyse von acht doppelblinden, placebokontrollierten Studien

mit insgesamt 915 Patienten zeigt: Patienten mit einer Rhinokonjunktivitis mit oder ohne Asthma, die eine SIT mit Depigoid® erhalten, verspüren weniger Symptome und haben eine bessere Lebensqualität [Mösges R et al. Clin Transl Allergy 2019; 9:29].

Schon im Jahr 2005 wurde die Wirksamkeit einer Therapie mit Depigoid® bei Patienten mit allergischer Rhinitis und Asthma aufgrund einer Sensibilisierung gegen Milben in einer randomisierten, doppelblinden, placebokontrollierten Studie mit 55 Patienten belegt [Ameal A et al. Allergy 2005; 60:1178–83]. Dies gilt auch für Kinder und Jugendliche mit Asthma aufgrund einer Sensibilisierung gegen Milben [Ibero M et al. J Investig Allergol Clin Immunol 2006; 16:194–202].

DPAEs haben ein besonders günstiges Nebenwirkungsprofil: Durch das patentierte Herstellungsverfahren entsteht ein hochgereinigter und konzentrierter Allergenextrakt. Während die Immunogenität weitestgehend erhalten bleibt, wird die Allergenität verringert. Der Vorteil für die Patienten, aber auch für den behandelnden Arzt: Die Aufdosierung bei der SCIT kann schneller erfolgen, ohne dafür Kompromisse bei der Verträglichkeit oder der Sicherheit machen zu müssen. *red*

Nach Informationen von LETI

Schweres Asthma: Orale Glukokortikoide stehen hinten an

Für Patienten mit schwerem Asthma sehen die aktuelle GINA-Leitlinie sowie die nationale S2k-Leitlinie orale Glukokortikoide (OCS) nur noch in Ausnahmen vor. Nämlich dann, wenn auch mit hohen Dosen inhalativer Glukokortikoide in Kombination mit langwirksamen Bronchodilatoren (LABA und/oder LAMA) und der Gabe eines Biologikums keine ausreichende Kontrolle zu erreichen ist. Hintergrund dieses Paradigmenwechsels sind die erheblichen Nebenwirkungen der systemischen Glukokortikoidtherapie insbesondere bei einer Langzeitgabe.

Erste Wahl für Patienten mit schwerem Asthma sind der GINA-Leitlinie zufolge

heute Biologika – darunter auch Dupilumab – zusätzlich zu einer hoch dosierten Inhalationstherapie. Dupilumab (Dupixent®) ist seit Mai 2019 zugelassen als Add-on-Erhaltungstherapie bei Patienten ab zwölf Jahren mit schwerem Asthma mit Typ-2-Entzündung, wenn trotz hochdosierter inhalativer Glukokortikoide (ICS) plus einem weiteren zur Erhaltungstherapie angewendeten Arzneimittel die Erkrankung unzureichend kontrolliert ist. Das schwere Asthma muss gekennzeichnet sein durch eine erhöhte Anzahl der Eosinophilen im Blut und/oder erhöhtes fraktioniertes exhalierendes Stickstoffmonoxid (FeNO [fractional exhaled nitric oxide]).

Dupilumab hemmt durch duale Rezeptorblockade die Signalwege von IL-4 und IL-13 – den Schlüsselmediatoren der Typ-2-Entzündung. Dieser Entzündungstyp ist das gemeinsame pathophysiologische Dach einer Reihe verschiedener Asthmaphänotypen. Hierzu zählen eosinophiles Asthma, allergisches Asthma sowie Mischformen aus eosinophil und allergischem Asthma. Zu den klinischen Biomarkern, die eine Typ-2-Entzündung bei Asthma anzeigen, gehören unter anderem erhöhte Werte an Eosinophilen im Blut und/oder erhöhte FeNO-Werte. Ist bei einem Patienten mit schwerem unkontrolliertem Asthma einer dieser beiden Biomarker erhöht (Eosinophile im Blut $\geq 150/\mu\text{l}$ und/oder FeNO ≥ 25 ppb), kann Dupilumab verordnet werden. *red*

Nach Informationen von Sanofi Genzyme