

Schweres eosinophiles Asthma: Remission durch Add-on-Therapie mit Benralizumab

Lässt sich bei Patient*innen mit schwerem eosinophilem Asthma eine klinische Remission unter Alltagsbedingungen erreichen? Dafür sprechen Real-World-Daten mit Benralizumab, die auf dem diesjährigen-Kongress der European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI) vorgestellt wurden.

Von einer Remission geht man aus, wenn Asthmapatient*innen über mindestens zwölf Monate hinweg folgende Kriterien aufweisen: keine asthmatischen Symptome, keine Exazerbationen, stabile Lungenfunktion und kein Bedarf an oralen Glukokortikoiden (OCS) aufgrund asthmatischer Beschwerden. Der gegen die Alpha-Untereinheit des Interleukin-5-Rezeptors (IL-5R α)

gerichtete Antikörper Benralizumab (Fasenra[®]) wird als Add-on-Erhaltungstherapie bei erwachsenen Patient*innen eingesetzt, deren schweres eosinophiles Asthma trotz hochdosierter intranasaler Glukokortikoide (ICS) plus LABA unzureichend kontrolliert ist. Dass eine klinische Remission auch bei schwer erkrankten Patient*innen möglich ist, verdeutlichte Prof. Girolamo Pelaia, Catanzaro/Italien, anhand von Real-World-Daten. „Wie eine aktuelle Auswertung der internationalen, retrospektiven Real-World-Studie XALOC-1 zeigte, kann Benralizumab innerhalb von zwölf Monaten eine klinische Remission induzieren: 43 % der Patient*innen mit schwerem eosinophilem Asthma waren ohne Exazerbationen, benötigten

keine OCS-Erhaltungstherapie und erlangten eine Symptomkontrolle des Asthmas“, berichtete der Pneumologe. Betrachtet man nur die Parameter – keine Exazerbationen und keine OCS-Erhaltungstherapie – steigt die Zahl der Patient*innen auf 60 % [Jackson D et al. Allergy Clin Immunol 2023; 151:AB13].

Hinsichtlich der Verträglichkeit wurden unter Alltagsbedingungen keine neuen Signale beobachtet. „Meiner Erfahrung nach waren die Reaktionen zumeist mild, schwere unerwünschte Ereignisse traten nicht auf“, ergänzte die Pneumologin Prof. Cláudia Loureiro, Coimbra/Portugal.

Dr. Marion Hofmann-Aßmus

Hybrid-Symposium „Targeting eosinophils in severe asthma: real-world data and clinical remission“ im Rahmen des EAACI Congress 2023, Hamburg, 9. Juni 2023; Veranstalter: AstraZeneca

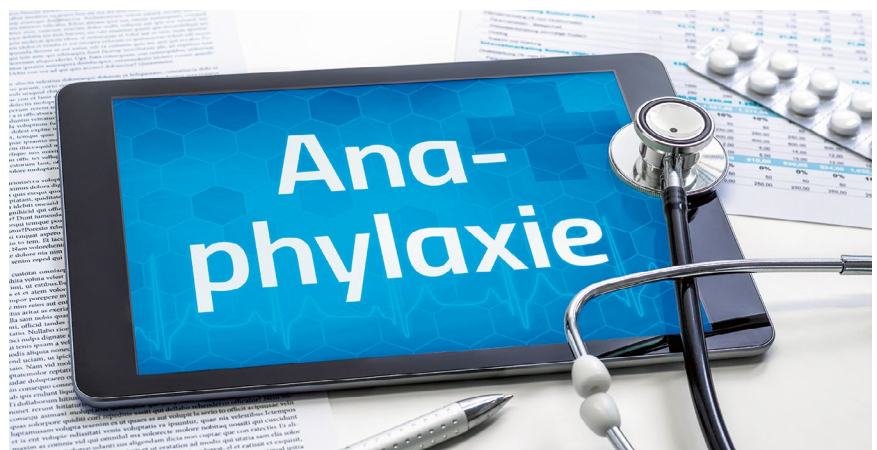
Adrenalin im Zentrum der Anaphylaxietherapie

Zusammen mit der Zunahme allergischer Erkrankungen gibt es auch immer mehr anaphylaktische Reaktionen. Insbesondere die Inzidenz der nahrungsmittelinduzierten Anaphylaxien steigt stetig, berichtet PD Dr. Katharina Blümchen, Frankfurt. Und Prof. Ludger Klimek, Wiesbaden, erklärt: „Was die Pharmakotherapie der Anaphylaxie angeht steht Adrenalin im Zentrum, da es innerhalb von wenigen Minuten und aufgrund seines vielfältigen Wirkmechanismus an zahlreichen unterschiedlichen Organsystemen gleichzeitig wirken kann, und zwar als sofortige intramuskuläre Applikation, am besten mit einem Adrenalin-Autoinjektor.“ Nach erfolgreicher Akutbehandlung sollte betroffenen Patient*innen ein Adrenalin-Autoinjektor (AAI) – zum Beispiel Fastjekt[®]/Fastjekt[®] Junior verordnet werden. Dabei ist es wichtig, die Patient*innen mit „ihrem“ AAI-Modell zu trainieren und sicherzustellen, dass dieses von der Apotheke nicht aufgrund eventuell bestehender Rabattverträge ausgetauscht wird. „Denn AAI ist nicht gleich AAI, die Modelle der verschiedenen Hersteller sind unterschiedlich, im Notfall muss aber jeder Handgriff schnell, korrekt und sicher erfolgen, um keine kostbare Zeit zu vergeuden. Je rascher die Adrenalingabe erfolgt, desto besser sind die vielfältigen Symptome einer Anaphylaxie kontrollierbar

und das potenziell letale Risiko deutlich zu senken“, gibt Klimek zu bedenken und erläutert: „Ich empfehle, bei Verordnung eines AAI das Feld „*ne c aut idem*“ – Substitutionsverbot für den Apotheker – anzukreuzen.“ Zudem ist zu erwägen, den Patient*innen von vornherein zwei AAI zu verordnen. Die European Medicines Agency rät generell zur Zweitverordnung. Insbesondere bei hohem Körpergewicht der Patient*innen, einem besonderen Risiko für Anaphylaxie oder einer sehr schweren Anaphylaxie in der Anamnese ist das sinnvoll. Auch im Kindes-

alter könne ein zweiter AAI zur Lagerung in Kindergarten oder Schule rezeptiert werden. Direkte Vergleichsuntersuchungen mit unterschiedlichen AAI bei unter-, normal- und übergewichtigen Personen ergaben, dass ein AAI mit einer höheren Auslösekraft eine bessere Effektivität hinsichtlich der Adrenalinfreisetzung hat als einer mit längerer Nadel und einer höheren Adrenalinindosierung, aber schwächerem Auslösemechanismus. AAI unterscheiden sich also auch bei wichtigen pharmakokinetischen Parametern. *red*

Nach Informationen von Viatrix



In der Pharmakotherapie der Anaphylaxie ist Adrenalin von zentraler Bedeutung.