

Erstmals bei Senioren gezeigt

## Vakzine schützt auch Ältere vor Pneumokokken-Pneumonien

Mit einer Pneumokokken-Impfung kann das Risiko älterer Patienten, an einer durch Pneumokokken verursachten Lungenentzündung zu erkranken, erheblich reduziert werden.

Die Pneumokokken-Impfung wird bei Erwachsenen bislang mit einem 23-valenten Polysaccharid-Impfstoff empfohlen und durchgeführt. Doch nun konnte erstmals gezeigt werden, dass die Pneumokokken-Impfung bei Senioren Pneumokokken-Pneumonien verhindert. Eingesetzt wurde dabei der moderne 13-valente Pneumokokken-Konjugat-Impfstoff (PCV13, Prevenar®). Auf Basis dieser Daten wurde die in der Kinderimpfung gängige Vakzine im März 2015 auch bei Erwachsenen ab 18 Jahren zugelassen.

„Ich empfehle, alle Menschen über 50 Jahre gegen Pneumokokken zu impfen, und zwar mit der Konjugat-Vakzine. Das ist einfach der bessere Impfstoff“, erklärte Prof. Tobias Welte, Klinik für Pneumologie an der MH Hannover.

In der CAPITA-Studie (Bonten MJM, et al.; N Engl J Med 2015; 372: 1114-25) war der PCV13-Impfstoff doppelblind

mit Placebo bei 85 000 Senioren im Alter über 65 Jahren getestet worden. 49 geimpfte und 90 Kontrollpatienten erlitten innerhalb von vier Jahren eine Pneumokokken-Pneumonie durch einen der 13 im Impfstoff enthaltenen Serotypen, entsprechend einer Effektivität von 46%, so Welte.

Der Konjugat-Impfstoff ist etwas teurer als der Polysaccharid-Impfstoff, für den die aktuelle STIKO-Empfehlung gilt. Welte betonte aber, dass Impfstoffe grundsätzlich erstattet werden müssen, mit der CAPITA-Studie im Rücken wird die Erstattung von PCV13 nicht verweigert werden können.

In Deutschland erkranken jährlich rund eine halbe Million Patienten an einer ambulant erworbenen Pneumonie. Mit ca. 40% sind Pneumokokken die häufigsten Erreger (ca. 200 000 Pneumonien). Davon wird knapp die Hälfte von

den 13 Serotypen verursacht (ca. 100 000 Fälle). Bei einer Effektivität von knapp 50% könnte der PCV13-Impfstoff auf Basis der CAPITA-Daten jährlich ca. 50 000 ambulant erworbenen Pneumonien verhindern, davon 2000-3000 mit tödlichem Verlauf, errechnete Privatdozent Dr. Martin Kolditz, Abteilung Pneumologie an der TU Dresden.

Auch wenn die Pneumonie überstanden ist, haben die Patienten ein deutlich erhöhtes Risiko für eine erneute Lungenentzündung sowie für eine zeitlich versetzte Dekompensation einer chronischen Grunderkrankung mit entsprechender Übersterblichkeit. Darauf sollten die Kollegen in der Nachsorge achten, so Kolditz.

Bei allen 65-Jährigen sollte immer anamnestic erfragt werden, ob gegen Pneumokokken geimpft wurde, ergänzte Prof. Hans-Jürgen Heppner, Geriater am Klinikum der Universität Witten/Herdecke. Spätestens nach der ersten überstandenen Pneumonie sollte bei fehlendem Impfschutz die Impfung schleunigst nachgeholt werden.

Dr. Dirk Einecke

Quelle: Pressegespräch „Pneumokokken-Pneumonie – ein vermeidbares Risiko“, Kongress der DGIM, Mannheim, 19.04.2015, Veranstalter: Pfizer.

Asthma bronchiale

## Fixkombination für regelmäßige und auch für Bedarfstherapie geeignet

Bei leichtem bis moderatem Asthma lässt sich mit einer Fixkombination aus inhalativem Kortikosteroid (ICS) und Beta-2-Mimetikum (LABA) bei regelmäßiger und auch bei bedarfsorientierter Anwendung eine gute Asthmakontrolle erreichen.

Prof. Roland Buhl vom Uniklinikum Mainz stellte die Therapiestufen der Asthma-Schweregrade und aktuelle Erkenntnisse dazu vor. Neu in den Empfehlungen der Global Initiative for Asthma (GINA) 2014 sei die Überlegung, schon bei Schweregrad 1 ein ICS in niedriger Dosis zu erwägen [1]. Bei leichtem bis moderatem Asthma kann eine Fixkombination aus ICS/LABA, etwa Budesonid/Formoterol (Symbicort®), regelmäßig oder bei Bedarf genutzt werden. Mit beidem lasse sich Asthma gut kontrollieren, sodass sich ein genügend großer Ermessungsspielraum für den Einzelfall ergebe.

Mit fixen ICS/Formoterol-Kombinationen als Erhaltungs- und Bedarfstherapie reduziere sich zudem im Vergleich zur konventionellen Asthmatherapie das Risiko für Exazerbationen – sie seien deshalb für instabile Patienten mit hohem Exazerbationsrisiko zu empfehlen.

Zur Abgrenzung von Asthma und COPD bzw. der Mischform „Asthma COPD Overlap Syndrome“, ACOS, referierte Prof. Christian Taube vom University Leiden Medical Center, Niederlande. Die These gemeinsamer genetischer Grundlagen von COPD und Asthma habe eine Genomanalyse widerlegt [2].

Jedoch sei auch bei ca. 5–20% der COPD-Patienten eine Th2-Signatur erkennbar, die mit einer schlechteren Lungenfunktion und erhöhten Zahl Eosinophiler im Blut assoziiert seien. Womöglich, so Taube, eigneten sich die Th2-Signatur und die Bluteosinophilen als Parameter für die Schwere des ACOS. Letztere neigen verstärkt zu Exazerbationen und Hospitalisierungen infolge Exazerbation. Bei der Therapie stehe neben der Bronchodilatation immer auch die Antiinflammation im Vordergrund. Die Studienlage lasse eindeutige Schlüsse zum ACOS aber nicht zu.

Kathrin von Kieseritzky

Literatur:

1. From the Global Strategy for Asthma Management and Prevention, Global Initiative for Asthma (GINA) 2014 <http://www.ginasthma.org/>
2. Smolonska J. et al. Eur Respir J 2014, erj00019-2014

Quelle: Industriesymposium „Von A bis C – Asthma, ACOS, Biologika und COPD“, 56. DGP-Kongress; Berlin, 19.03.2015; Veranstalter: AstraZeneca