

Asthma-Therapie

Richtige Inhalation und gute Lungen-deposition bestimmen den Therapieerfolg

Bei Asthma bronchiale sind inhalative ICS/LABA-Kombinationen ein Grundbaustein der Therapie ab Stadium 3. Dabei gilt es, möglichst wenig Wirkstoff im Rachen und möglichst viel in der Lunge zu deponieren.

Eine wichtige Erfolgskomponente bei der Asthmatherapie ist die Inhalation: „Die Kunst besteht darin, möglichst wenig Wirkstoff im Rachen und möglichst viel in der Lunge zu deponieren. Die Bronchodilatoren wirken mehr in zentralen, die

Entzündungshemmer mehr in peripheren Atemwegen“, so der in Berlin niedergelassene Pneumologe Dr. Matthias Krüll.

Die Lungen-deposition ist messbar, per Szintigrafie der radioaktiv markierten Partikel, oder neuerdings mittels numerischer Strömungsmechanik (CFD-Methode; Computational Fluid Dynamics), einer Methode aus der Luftfahrttechnik. Mit letzterer „lässt sich das Partikelverhalten in oberen und unteren Atemwegen ebenso gut berechnen wie mit Szintigrafie – beide Verfahren zeigen sehr ähnliche Werte, sagte Rolf Michael Clös, Medical Project Manager bei Mundipharma.

Krüll berichtete die Ergebnisse von Depositionsmessungen verschiedener ICS/LABA-Präparate. Besonders gut schnitt

dabei die Fluticason/Formoterol-Kombination flutiform® mit Lungen-depositionswerten von etwas über 40% ab. Dies war besser als bei den meisten Vergleichspräparaten. V.a. erwies sich die Deposition als unabhängig vom Inhalationsfluss: Egal, ob der Patient gemächlich (30 ml/min) oder heftig (60 ml/min) inhalierte, mehr als 40% der Wirkstoffpartikel wurden in der Lunge deponiert, so Krüll.

Flutiform® wird 2x täglich angewendet, steht in 3 Wirkstärken (►s. Abb. 1) zur Verfügung und wird mit einem Dosier-aerosol inhaliert. „Dosieraerosole bieten ein konstanteres Partikelspektrum als Pulverinhalatoren und sind alle gleich zu bedienen, erfordern aber eine Koordination zwischen Auslösung und Luft holen“, so Krüll. Das müsse man einüben, viele Patienten kommen damit gut zurecht. Die Koordinationsproblematik lässt sich mit einer Inhalierhilfe mildern; mit dem Spacer reduziert sich die Rachendeposition noch einmal deutlich. Dr. med. Dirk Einecke

Quelle: Pressekonferenz „Pulmonale Wirkstoff-deposition – Schlüsselfaktor für die erfolgreiche Asthmatherapie“, 57. Kongress der DGP, Leipzig, 3.3.2016; Veranstalter: Mundipharma



1 Flutiform® gibt es in 3 Wirkstärken, und es hat ein farbcodiertes Zählwerk.

Therapie bei NSCLC

Demnächst ein Quartett gegen Lungenkrebs

Bei Patienten mit EGFR-mutiertem NSCLC kann mit Tyrosinkinase-Inhibitoren (TKI) das mediane progressionsfreie Überleben (progression free survival, PFS) um einige Monate verlängert werden. Einzelnen Patienten können wir eine langfristige Perspektive bieten, erklärte Professor Wolfgang Schütte, Ärztlicher Direktor des Krankenhauses Martha-Maria in Halle an der Saale.

EGF-Rezeptor-Mutationen betreffen die Exons 18 bis 21 auf Chromosom 7. Patienten mit Exon-19-Mutation sprechen auf alle drei TKIs am besten an, so Schütte. Daten, die eine Verlängerung des Überlebens zeigen (overall survival, OS), liegen derzeit nur für Afatinib (Giotrif®) vor. Schütte setzt daher bei Patienten mit gutem Allgemeinzustand (AZ) primär Afatinib ein. Bei Komorbidität oder reduziertem AZ präferiert er das etwas besser verträgliche Erlotinib (Tarceva®).

Schütte überblickt zwei Patienten mit EGFR-positivem metastasiertem NSCLC, deren Erkrankung unter Erlotinib seit zehn Jahren kontrolliert ist. Einer dieser

Patienten hatte nach langer Behandlungszeit den TKI abgesetzt, der Tumor kam prompt wieder. Dies zeige, so Schütte, dass wir bis zu einem sichtbaren Progress weiter behandeln müssen.

Bei Lungenkarzinom bietet Roche weitere Optionen, darunter Bevacizumab (Avastin®), laut Schütte ein klarer Baustein der First-Line-Therapie beim NSCLC ohne Plattenepithelhistologie. Der Angiogenese-Hemmer kann mit allen Platindoubletten eingesetzt werden und verlängert das OS von 10–12 auf 14–16 Monate. Laut Leitlinie ist er eine 1-a-Empfehlung. Schütte: Wer ihn verträgt, sollte ihn erhalten.

Zwei Substanzen kurz vor der Zulassung

2016 erwartet Roche die Zulassung von zwei neuen Medikamenten, berichtete der Medizinische Direktor des Unternehmens Dr. Stefan Frings: zum einen Atezolizumab, ein Checkpoint-Inhibitor, der hemmende Signale des Tumors in Richtung T-Zellen aufhebt und somit die körpereigene Tumorabwehr ankurbelt. Die Substanz besitzt „Breakthrough Therapy“-Status der FDA bei PD-L1-positivem NSCLC.

Zum anderen den Inhibitor der ALK-Tyrosinkinase Alectinib zur Behandlung des ALK-positiven NSCLC, der ebenfalls „Breakthrough-Therapy“-Status besitzt. Die Substanz wirkte in Studien auch bei Progress unter Crizotinib und hat den Vorteil einer guten Hirngängigkeit.

Dr. med. Dirk Einecke

Quelle: Pressekonferenz „Den Patienten im Blick – Innovation und Langzeiterfahrung bei lebensbedrohlichen Lungenerkrankungen“, 57. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V., Leipzig, 4.3.2016, Veranstalter: Roche Pharma