

## Asthma bronchiale

## Gute Asthmakontrolle ist ein erreichbares Ziel

Die Asthmatherapie sollte heute individuell an die Bedürfnisse der Patienten angepasst werden. Dazu zählt nicht nur die Auswahl der richtigen Medikamente, sondern auch das richtige Dosierungsschema und das richtige Inhalationsgerät. Für Patienten mit schwerem refraktärem eosinophilen Asthma haben sich seit kurzem die Therapieoptionen mit dem Anti-IL-5-Antikörper Mepolizumab erweitert.

„Das Ziel der Therapie – gute Asthmakontrolle – ist für die meisten Patienten erreichbar“, betonte Dr. Cordula Mohrlang vom Unternehmen GlaxoSmithKline Deutschland, München. Voraussetzung dafür ist eine sorgfältige Diagnose, Beurteilung von Komorbiditäten und von Triggerfaktoren sowie der gezielte Einsatz der Antiasthmatica.

„Bei Patienten mit schwerem refraktärem eosinophilem Asthma ( $\geq 150$  Eosinophile/ $\mu\text{l}$  Blut bei Therapiebeginn bzw.  $\geq 300/\mu\text{l}$  in den letzten 12 Monaten), die trotz intensiver Standardtherapie Beschwerden und regelmäßige Exazerbationen haben, ist Mepolizumab eine wich-

tige Option“, erklärte Dr. Frank Albers, Global Respiratory Franchise, GSK US, North Carolina. Der IL-5-Antikörper wird als Zusatzbehandlung alle vier Wochen einmal s.c. in einer fixen Dosis von 100 mg injiziert.

In den Zulassungsstudien DREAM [1], MENSA [2] und SIRIUS [3] bei Patienten mit schwerem refraktärem eosinophilem Asthma (mit Hochdosis-ICS-Therapie und zusätzlichen Controllern  $\geq 2$  Exazerbationen in letzten 12 Monaten) wurden durch die zusätzliche Behandlung von Mepolizumab (Nucala®) schwere Asthmaanfälle um etwa die Hälfte gegenüber Placebo re-

duziert, berichtete Albers. Zudem konnten Lebensqualität und Asthmakontrolle verbessert werden.

Je höher die Bluteosinophilie der Patienten war, desto höher war die Schutzwirkung vor Exazerbationen [4]. In SIRIUS bei Patienten, die alle mit oralen Kortikosteroiden (OCS) behandelt wurden (5–35 mg täglich), konnte die OCS-Tagesdosis in der Mepolizumab-Gruppe um 30–67% (vs. 11–23% Placebo) verringert werden.

Die Verträglichkeit des Antikörpers war in allen 3 Studien gut. Die häufigsten behandlungsbedürftigen unerwünschten Ereignisse waren lokale und systemische Reaktionen (rund 10%, keine Anaphylaxie), Kopfschmerzen und Müdigkeit.

Roland Fath

### Literatur:

1. Pavord ID et al. Lancet 2012; 380: 651–9.
2. Ortega HG et al. N Engl J Med 2014; 371: 1198–207.
3. Bel EH et al. N Engl J Med 2014; 371: 1189–1197.
4. Yancey SW et al., Poster 677, AAAAI 2016, Los Angeles

Quelle: Symposium „Asthma – vom leichten bis zum schweren Ende“, Leipzig, 3.3.2016, DGP-Jahrestagung, Veranstalter: GlaxoSmithKline

## Idiopathische Lungenfibrose

## Bringt die antifibrotische Therapie auch einen Überlebensvorteil bei IPF?

Die Möglichkeiten der medikamentösen Therapie bei Patienten mit idiopathischer Lungenfibrose (IPF) sind nach wie vor begrenzt. Wünschenswert ist eine Individualisierung der Pharmakotherapie, sagte Prof. Andreas Günther vom Universitätsklinikum Gießen. Viele Patienten sprechen auf den antifibrotischen Wirkstoff Pirfenidon an und der Abfall der Vitalkapazität wird verlangsamt. Hinzu gibt es auch für eine Verringerung der Mortalität.

Eine IPF ist der „worst case“ einer interstitiellen Lungenerkrankung, so Günther. Betroffen davon sind in Europa schätzungsweise 400.000 Menschen. Die Prognose der Patienten sei ähnlich schlecht wie bei vielen malignen Erkrankungen. Charakteristisch ist ein stetiger Abfall der Vitalkapazität der Lunge, um mehr als 200 ml pro Jahr. Die Erkrankung kann nach Angaben des Pneumologen durch Pirfenidon (Esbriet®) bei den meisten Behandelten stabilisiert, der Abfall der Vitalkapazität im Mittel um rund

50% verlangsamt werden. Allerdings: Die Behandlungseffekte können von Patient zu Patient variieren, ein Teil spricht nicht an, bei manchen kommt es sogar unter der Therapie zu Verschlechterungen. Es gibt in der Therapie der IPF kein „one size fits all“, betonte Günther.

Belegt sind für Pirfenidon antifibrotische und antientzündliche Effekte, der genaue Wirkmechanismus ist allerdings nicht bekannt. Die Behandlung ist für alle Patienten geeignet, die Wirksamkeit sei unabhängig von der Ausgangssituati-

on und von bekannten Patientenfaktoren, berichtete Günther. Erfahrungen mit Pirfenidon liegen inzwischen über Einnahmezeiträume von bis zu 10 Jahren vor.

Eine gepoolte Analyse der Studiendaten aus ASCEND und CAPACITY weist auf einen länger als 52 Wochen anhaltenden Überlebensvorteil der Behandelten hin (Nathan SJ et al. ERS 2015). Im ersten Jahr betrug die Mortalität der Patienten in der Pirfenidon-Gruppe 3,5% vs. 6,7% in der Placebo-Gruppe ( $p=0,01$ ), so Günther. Die IPF-bezogene Mortalität betrug 1,1% vs. 3,5%.

Zu den häufigsten Nebenwirkungen der Therapie zählen Übelkeit und Photosensitivität der Haut, weshalb ein guter Sonnenschutz erforderlich ist. Die gastrointestinalen Nebenwirkungen sind durch Aufspaltung der Dosis gut zu behandeln, sagte Günther. „In Summe ist die Therapie gut verträglich.“

Roland Fath

Quelle: Pressegespräch: „Den Patienten im Blick – Innovation und Langzeiterfahrung bei lebensbedrohlichen Lungenerkrankungen“, 4.3.2016, Leipzig, DGP-Jahrestagung, Veranstalter: Roche Pharma