

Inhalative Therapie bei Asthma und COPD

## Bewährte Kombination in neuem Device

Für inhalative Medikamente gibt es immer mehr unterschiedliche Inhalatoren. Nicht jeder Patient kommt mit jedem Device gleich gut zurecht. Probieren geht oft über studieren.

Seit der im Oktober 2016 erfolgten Markteinführung von Pulmelia® steht die bei Asthma und schwerer COPD angezeigte bewährte inhalative Wirkstoffkombination aus Budesonid und Formoterol in drei Dosierungen jetzt auch im Elpenhaler® zur Verfügung. Wie Prof. Adrian Gillissen, Chefarzt der Abteilung für Innere Medizin der Ermstaklinik Bad Urach, die Vorteile des weltweit in über 80 Ländern patentierte Einzeldosen-Trockenpulverinhalators ausführte, gewährleistet das strömungstechnisch optimierte Gerät einen konstanten Partikel-Flow über ein breites Spektrum von Inspirationsflüssen (30–90 l/min). Wie jedes Device erfordert auch der in Griechenland entwickelte Elpenhaler® eine ausreichende initiale Bedienungsanleitung durch den Arzt oder sein Praxispersonal. Offensichtlich erlernen die Patienten den korrekten Umgang mit diesem Inhalator aber leichter als mit so manch anderem etablierten Pulverinhalator. Gillissen

verwies hierzu auf eine griechische Studie mit über 750 Asthma- und COPD-Patienten [1]. Aufgeteilt auf drei etwa gleich große Gruppen, erhielten die Patienten als einen für sie neuen Trockenpulverinhalator entweder einen Diskus®, einen Turbohaler® oder einen Elpenhaler®.

Im Vergleich zum ersten Inhalationsversuch war nach vier Wochen mit dem Elpenhaler die Zahl fehlerhafter Anwendungen um 57% reduziert (144 vs. 62 Handhabungsfehler). Mit dem Diskus reduzierte sich im gleichen Zeitraum die Fehlerquote um 36% (155 vs. 100) und mit dem Turbohaler um 20% (179 vs. 144).

Gillissen betonte, dass die Einzelblister-technologie des Elpenhalers® eine versehentliche Überdosierung praktisch unmöglich macht und die Einzeldosen perfekt vor Licht und Feuchtigkeit geschützt sind. Nach der Inhalation zeigen Reste in der Blistermulde eine unvollständige Inhalation an, die ggf. durch einen zweiten Atemzug korrigiert werden kann.

Jede Verordnung eines Inhaliergerätes setzt eine ausreichende Schulung am gewählten Device voraus, betonte auch in seinem Beitrag der niedergelassene Pneumologe Dr. Dieter Klopff aus Nürnberg. Findet sich kein Gerät, das ein körperlich oder geistig eingeschränkter Patient zuverlässig bedienen kann, müssen betreuende Angehörige geschult werden. Im Rezept sei auszuschließen, dass der Apotheker ein anderes Device abgibt als das, auf welches der Patient beziehungsweise seine Angehörigen in der verordnenden Arztpraxis eingewiesen worden sind.

### Patientengerechte Anleitung

Eine patientengerechte Bedienungsanleitung für alle auf dem deutschen Markt befindlichen Inhalationssysteme einschließlich Demovideos in verschiedenen Sprachen finden sie auf der Homepage der Deutschen Atemwegsliga: [www.atemwegsliga.de](http://www.atemwegsliga.de) (=> richtig inhalieren).

Werner Stingl

Literatur:

1. Bouros D et al.: J Pulm Respir Med 2016; 6:4

Quelle: Pressegespräch „Starkes Team bei Asthma und COPD – Pulmelia®: Bewährte Wirkstoffkombination neu im Elpenhaler®“ am 20.10.2016 in München; Veranstalter: Elpen Pharma, Berlin.

Spezifische Immuntherapie

## Weniger Asthmasymptome mit sublingualer Immuntherapie

Allergien sind oft das erste Zeichen für eine Asthmadisposition. Ein wichtiges Behandlungsziel ist, die Entwicklung zum Asthma zu verhindern. In einer Studie konnte die sublinguale Immuntherapie das Risiko für das Auftreten von Asthmasymptomen fast halbieren.

„Auf diese Studie haben wir jahrelang gewartet“, so Prof. Eckard Hamelmann, Ruhr-Universität Bochum. Denn die (noch unpublizierte) Grazax®-Asthma-Prevention-(GAP-)Studie belege erstmals, dass sich der Entwicklung von Asthmasymptomen vorbeugen und die Symptomatik der Gräserpollenallergie anhaltend lindern lasse. „Das ist ein Durchbruch“, sagte der pädiatrische Allergologe. In die randomisierte, doppelblinde, kontrollierte Studie wurden 812 Kinder im Alter von 5 bis 12 Jahren an 101 Zentren in 11 europäischen Ländern einge-

geschlossen. Alle hatten zu Beginn der Studie relevante Symptome einer Gräserallergie (allergische Rhinokonjunktivitis), aber keine Asthmasymptome. Sie erhielten ein standardisiertes Allergenpräparat aus Gräserpollen von Wiesenlieschgras (Phleum pratense, Grazax®) oder Placebo. An die dreijährige Behandlung schloss sich eine zweijährige doppelblinde Nachbeobachtung an. Beim Kongress der Europäischen Akademie für Allergologie und klinische Immunologie (EAACI) in Wien wurden nun aktuelle Daten daraus vorgestellt. Zwei Jahre nach Abschluss

der Behandlung zeigte sich, dass die Immuntherapie den Anteil der Patienten mit Asthmasymptomen (Giemen, Engegefühl in der Brust, Kurzatmigkeit oder Husten über >10 Tage) oder mit Anwendung von Asthamedikamenten (z.B. systemische oder inhalative Kortikosteroide) deutlich verringert hatte (OR: 0,66, p<0,05). Zudem sankt mit Verum auch der Teil an Patienten, die in der gesamten fünfjährigen Studie Asthmasymptomen hatten (OR: 0,71, p<0,05). Dieser Effekt wurde besonders während der zweijährigen Phase nach Behandlungsschluss beobachtet (OR: 0,55, p<0,05). Es ließ sich jedoch kein Effekt bzgl. der Zeit bis zur Erstdiagnose einer reversiblen Lungenfunktionsstörung belegen, weshalb der primäre Endpunkt der Studie nicht erreicht wurde.

Dr. Marion Hofmann-Aßmus

Quelle: Pressekonferenz „Pollenallergie: Asthma verhindern“, am 29.9.2016 in Berlin, 11. Deutscher Allergie Kongress. Veranstalter: ALK-Abelló