

Paradigmenwechsel in der COPD-Therapie

Bronchodilatoren bei COPD first, inhalative Steroide nur als Ausnahme

Die Versorgung von COPD-Patienten hat sich deutlich verbessert. Mit der neuen GOLD-Strategie 2017 sind erneut wichtige Veränderungen für die Therapie definiert worden.

„Vor wenigen Jahrzehnten erlitten unsere COPD-Patienten häufig noch zwei Exazerbationen im Jahr. Heute sehen wir eher eine Exazerbation in zwei Jahren. Viele Bausteine haben dazu beigetragen, dass sich die Prognose verbessert hat“, erklärte Prof. Tobias Welte, Medizinische Hochschule Hannover.

Großen Anteil daran haben nicht medikamentöse Therapien wie Raucherentwöhnung, Trainingstherapie und Infektionsprophylaxe. Aber auch die medikamentöse Therapie wurde verbessert.

Wichtige Neuerungen hat jüngst die laut Welte „Studie des Jahres 2016“ FLAME angestoßen. Die doppelblinde Studie verglich bei 3.362 COPD-Patienten (75 %

im Stadium GOLD D) zwei Bronchodilatoren (Indacaterol/Glycopyrronium, Ultibro® 1 × 110/50 µg/d) mit einem Bronchodilatator plus einem inhalativen Steroid (Salmeterol/Fluticason 2 × 50/500 µg/d) [1]. Wie Welte berichtete, zeigte sich die Doppel-Bronchodilatation generell und in allen Untergruppen als „deutlich effektiver“ bei gleichzeitig reduzierter Nebenwirkungsrate. Das Risiko für Exazerbationen lag um 11–12 % niedriger.

Diese Ergebnisse verändern die COPD-Therapie. Bronchodilatoren haben sich endgültig als „Universalmedikamente“ bei allen obstruktiven Lungenerkrankungen erwiesen, so Welte. Die aktualisierten COPD-Leitlinien empfehlen sie in

allen Schweregraden als Therapie der 1. Wahl.

Inhalative Steroide (ICS) hingegen sollten nur COPD-Patienten mit einem bestimmten Phänotyp vorbehalten bleiben, die häufige Exazerbationen erleiden und gleichzeitig hohe Eosinophilen-Zahlen von 300/µl und mehr aufweisen, so Welte. Deshalb gehört heute ein Differenzialblutbild zur COPD-Diagnostik. Als generelle Eskalationstherapie für alle Patienten seien ICS nicht geeignet.

Man kann inhalative Steroide (ICS) auch absetzen, ohne dem Patienten zu schaden, berichtete Welte. In seiner Ambulanz werden nur noch wenige Patienten auf ICS eingestellt. Viel häufiger käme es vor, dass ICS bei zugewiesenen Patienten abgesetzt werden.

1. Wedzicha JA et al. N Engl J Med 2016;374: 2222–34

Dr. Dirk Einecke

Quelle: Presse Advisory Board „Brennpunkt COPD – 360 Grad Beleuchtung der aktuellen Therapieempfehlungen“, Berlin, 02.02.2017, Veranstalter: Novartis

Basisbaustein der Asthmatherapie

Unterschiedliche Asthma-Exazerbationsraten bei ICS/LABA-Kombinationen?

Zu den Zielen der Asthmatherapie gehört es, akute Beschwerden zu kontrollieren und Asthma-Exazerbationen zu vermeiden. Wer wiederholt schwere Exazerbationen erleidet, riskiert langfristig einen fortschreitenden Verlust der Lungenfunktion, berichtete Prof. Christian Virchow, Zentrum für Pneumologie an der Universität Rostock [1].

Fixkombinationen von inhalativen Steroiden mit lang wirksamen Betamimetika (ICS/LABA) werden in den aktuellen Asthma-Leitlinien ab Stufe 3 als Basistherapie empfohlen. Sie repräsentieren ein balanciertes Therapiekonzept, ermöglichen Dosisanpassungen und erleichtern die Therapieadhärenz, bilanzierte Virchow.

Verfügbare ICS/LABA-Fixkombinationen könnten Unterschiede bezüglich des Exazerbationsrisikos aufweisen, ergänzte Prof. Alberto Papi, Universität Ferrara. Papi berichtete die Ergebnisse einer eigenen Studie, welche die Exazerbationsraten unterschiedlicher ICS-LABA-Fixkombinationen verglich [2]. Berücksichtigt

wurden zwei offene klinische Studien mit der Fluticason/Formoterol-Fixkombination flutiform® sowie drei Cochrane-Metaanalysen zu anderen ICS/LABA-Kombinationen.

Fluticason-Kombi vorteilhaft

Exazerbationen, die orale Steroide (OCS) notwendig machten, traten unter flutiform® mit einer Inzidenz von 2,1 % auf. Solch niedrige Inzidenzen wurden nur in zwei von 19 Behandlungsarmen beobachtet, die Cochrane untersucht hatte, berichtete Papi. Fluticason/Salmeterol sowie Budesonid/Formoterol-Kombinationen zeigten meist OCS-pflichtige Exazerbationsraten im Bereich von 10–15 %.

Zwar handelt es sich um einen indirekten Vergleich unterschiedlicher Studien mit unterschiedlichen Patientenkollektiven. Dennoch vertrat Papi die Ansicht, dass die Unterschiede auch mit günstigen pharmakologischen und mechanischen Charakteristika der Fluticason/Formoterol-Fixkombination erklärt werden könnten. Formoterol habe gegenüber Salmeterol den Vorteil des schnelleren Wirkeintrittes.

Fluticasonpropionat habe in Reviewarbeiten eine bessere Wirkung auf FEV₁ und symptomfreie Tage im Vergleich zu anderen ICS gezeigt.

Hinzu käme bei flutiform® eine gute Deposition der Wirkstoffe in zentralen und peripheren Bereichen des Bronchialbaumes.

1. Bai TR et al. Eur Resp J 2007, 30; 452
2. Papi A et al.; J Aerosol Med Pulm Drug Del 2016;29:346

Dr. Dirk Einecke

Quelle: Symposium „Navigating the bronchial tube: connecting the routes for successful real-life outcomes in asthma care“. International Congress 2016 der European Respiratory Society (ERS), London, 03.–07.09.2016, Veranstalter: Mundipharma