

Anti-IgE oder Anti-IL 5?

## Differenzialtherapie mit Antikörpern bei schwerem Asthma bronchiale

Welches ist das richtige Medikament bei schwerem Asthma? In letzter Zeit haben sich die Optionen mit dem IgE-Antikörper Omalizumab sowie zwei IL-5-Antikörpern Mepolizumab und Reslizumab erweitert. Welche Entscheidungshilfen gibt es?

Bevor der Einsatz eines Antikörpers erwogen werde, müsse die Diagnose „unzureichend kontrolliertes schweres Asthma bronchiale“ gesichert sein, betonte Dr. Peter Killian, medizinischer Fachbereich bei GSK. Dies ist der Fall, wenn der Patient trotz hoher ICS-Dosen und weiterer Asthmakontrollmedikation und ggf. oraler Steroidmedikation eine schlechte Symptomkontrolle (Asthmakontrolltest < 20) oder eine dauerhafte Obstruktion ( $FEV_1 < 80\%$ ) hat sowie zwei oder mehr schwere Asthmaanfälle pro Jahr erleidet. Probleme mit der Inhalationstechnik und der Adhärenz müssen ausgeschlossen, Risikofaktoren und Trigger beseitigt und Komorbiditäten behandelt werden.

Für den „Phänotyp schweres allergisches Asthma“ sprechen: Assoziation mit

allergischer Sensibilisierung, hohe IgE-Konzentration, früher Krankheitsbeginn, allergische Komorbidität, positive Familienanamnese. Für solche Patienten sei Omalizumab eine effektive Therapie, so Killian. Sie reduziert Exazerbationen, Symptome und Steroidbedarf und verbessert die Lebensqualität.

Hinweise für den Phänotyp „schweres eosinophiles Asthma“ sind Bluteosinophilie, keine Assoziation mit allergischer Sensibilisierung, niedriges IgE, später Krankheitsbeginn, Komorbidität wie nasale Polypen, Rhinosinusitis, Reflux. Dies sind die richtigen Patienten für IL-5-Antikörper wie Mepolizumab (Nucala®). Dieser halbiert die Häufigkeiten von Exazerbationen und den Steroidbedarf. Zudem verbessere er Lungenfunktion,

Asthmakontrolle und Lebensqualität, berichtete Killian.

Reslizumab ist eine Alternative mit ähnlicher Effektivität, aber erst ab Eosinophilen-Zahlen über 400/ $\mu$ l untersucht (Mepolizumab ab 150/ $\mu$ l).

Etwa 30 % der Patienten mit schwerem Asthma bronchiale lassen sich nicht eindeutig zuordnen, wenn z. B. erhöhte IgE-Werte und erhöhte Eosinophilen-Zahlen vorliegen. In diesen Fällen müsse man ausprobieren, welcher Antikörper am besten hilft, so Killian. *Dr. med. Dirk Einecke*

Quelle: Symposium „Biologika-Therapie bei schwerem Asthma: Erfahrungen, die bewegen“, DGP-Kongress, Stuttgart, 23.3.2017. Veranstalter: GSK



*Je nach Asthmatyp kann ein anderer Antikörper therapeutisch der beste sein.*

© [M] martinprague / stock.adobe.com

COPD mit häufigen akuten Verschlechterungen

## ICS/LABA-Fixkombination bessert Beschwerden und senkt Exazerbationen

Bei schwerer COPD lässt sich die Therapie mit einer Fixkombination aus Fluticasonfuroat/Vilanterol vereinfachen. In einer großen Praxisstudie sank das Exazerbationsrisiko im Vergleich zu Therapien nach Wahl des Hausarztes, die überwiegend aus drei Substanzen bestanden, geringfügig, und den Patienten ging es besser.

Wie Dr. Christina Berchtold, Med. Fachabteilung bei GSK, auf dem DGP-Kongress berichtete, war das COPD-Studienkollektiv der „Salford Lung Study“ schwer lungenkrank: Die 2.800 im Schnitt 67 Jahre alten Patienten hatten im Vorjahr im Median zwei Exazerbationen erlitten, und sie waren trotz Behandlung symptomatisch (90 % mit CAT-Score > 10,  $FEV_1$  nach Bronchodilatator-Gabe im Schnitt 1,62 l). 77 % wiesen Begleiterkrankungen auf, darunter 21 % ein Asthma. Zu Studienbeginn nahmen 14 % der Patienten nur Bronchodilatoren ein (LABA, LAMA oder beides). 34 % wurden mit inhalativen Steroiden (ICS) und

einem Bronchodilatator behandelt. 52 % erhielten ICS, LABA und LAMA.

Ziel der Studie war es, herauszufinden, wie Fluticasonfuroat/Vilanterol (FF/VI, Relvar® Ellipta®) in niedriger Dosis (100  $\mu$ g/25  $\mu$ g) im Vergleich zur Fortführung der bisherigen Therapie abschneidet. Tägliche Einmalgabe, zuverlässige 24-Stunden-Wirkung und einfache Bedienung des modernen Devices ließen die Firma hoffen, dass Patienten mit der dualen Fixkombination die COPD besser kontrollieren als bisherige Therapien.

Die Häufigkeit von mäßigen und schweren Exazerbationen im Folgejahr – der primäre Endpunkt – belief sich bei

Patienten mit FF/VI auf 1,74 und bei den Kontrollpatienten auf 1,9. Dies entspricht einer relativen Risikoreduktion von 8,4 % ( $p=0,02$ ). Subgruppenanalysen zeigten, dass einmal täglich FF/VI vor allem gegenüber ICS/LABA-Kombi mit zweimal täglicher Anwendung überlegen war. Gleichzeitig ging es den Patienten mit FF/VI gesundheitlich besser. Ein Nachlassen der Beschwerden (CAT-Score um mind. 2 Punkte verbessert) berichteten 45 % der Patienten mit FF/VI und 36 % der Kontrollgruppe ( $p < 0,001$ ). Pneumonien traten mit 7 und 6 % etwa gleich oft auf.

Die „Salford Lung Study“ gilt als innovativer Weg, um die Wirksamkeit von Medikamenten bei Alltagsbedingungen an nicht selektierten Praxispatienten zu prüfen. 75 Allgemeinarztpraxen der Stadt Salford hatten 2.800 COPD-Patienten rekrutiert. *Dr. med. Dirk Einecke*

Literatur: Vestbo J et al. NEJM 2016; 375:1253–60

Quelle: Symposium „GSK meets NASA: Mit SLS neue Wege gehen“, DGP-Kongress in Stuttgart, 24.03.2017. Veranstalter: GSK