

Idiopathische Lungenfibrose (IPF)

Sofortige Therapie nach Diagnose ist nötig

Die IPF ist eine der häufigsten interstitiellen Pneumonien mit schlechter Prognose. Aber der Progress kann verzögert werden.

Geschätzt 85.000 bis 141.000 Menschen in der EU leiden an IPF. Die mittlere Lebenserwartung nach Diagnose liegt bei 2,5 Jahren. Weltweit steigen die Morbiditätsraten, sagte Prof. Michael Kreuter vom Uniklinikum Heidelberg. Dies liege aber auch an einer vermehrten Aufmerksamkeit für die Krankheit, v. a. seit Medikamente verfügbar sind, die das Fortschreiten der IPF verzögern können.

So geht aus Analysen der Studien CAPACITY und ASCEND mit Pirfenidon (Esbriet®) hervor, dass IPF-Patienten etwa in Bezug auf die forcierte Vitalkapazität (FVC) nach 12 Monaten Therapie versus Placebo signifikant profitieren. Bei

Patienten, bei denen innerhalb der ersten 6 Monate ein Progress eintrat, definiert durch FVC-Abfall $\geq 10\%$, sinkt das Risiko der weiteren Progression um 72% [1].

Weitere Auswertungen der gepoolten Studiendaten führten zum Ergebnis, dass zu jedem Zeitpunkt, 3, 6, 9 und 12 Monate innerhalb des ersten Therapiejahres, die Ergebnisse von Patienten mit Pirfenidon konsistent besser sind als mit Placebo. Betrachtet man die Veränderungen im oberen und unteren FVC-Quartil, so betrug der Unterschied in der FVC-Abnahme nach 1 Jahr im oberen Quartil 2,2% und im unteren 3,2%. Dies entspricht einem absoluten FVC-Unterschied von 80 ml

und 130 ml [2]. Die IPF-bedingte Mortalitätsrate sinkt mit Therapie um 65% [3].

PD Dr. Dirk Koschel aus Coswig sprach sich dafür aus, frühzeitig die Progression zu verhindern. „Eine leichte IPF gibt es nicht“, sagte er und verwies auf die aktuelle Leitlinie. Demnach soll symptomatischen Patienten mit definitiver IPF ab dem Diagnosezeitpunkt eine antifibrotische Behandlung empfohlen werden. Nur in besonderen Fällen, bei fehlender oder geringgradig eingeschränkter Lungenfunktion, könne ggf. abgewartet werden. Dann müssen mindestens alle 3 Monate klinische und lungenfunktionelle Kontrollen erfolgen.

Dr. Thomas Meißner

1. Nathan SD et al. Thorax 2016; 71: 429-35
2. Bonella F et al. DGP-Kongress 2018, P374
3. Nathan SD et al. Lancet Respir Med 2017; 5: 33-41

Quelle: Symposium „Wie sich der Blick auf die ILD-Welt ändert“ am 16. März 2018 beim DGP-Kongress in Dresden; Veranstalter: Roche Pharma

COPD

Aktiver mit dualer Bronchodilatation

Eine Therapie mit lang wirksamen Bronchodilatoren bei COPD kann den Patienten helfen, einen aktiven Lebensstil beizubehalten und nicht in die Dekonditionierungsfalle zu tappen.

Verspüren Patienten mit chronisch-obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) erste Phasen von Dyspnoe als Ausdruck der abnehmenden Lungenfunktion, hören sie meist nicht etwa mit dem Rauchen auf. Nein, sie fahren ihre körperliche Aktivität herunter, bedauert Prof. Roland Buhl, Leiter des Schwerpunktes Pneumologie an der Uniklinik Mainz [1]. Steuere man hier nicht gegen, geraten Patienten in einen Teufelskreis aus obstruktionsbedingter Lungenüberblähung, Dyspnoe, körperlicher Schonung und weiterer Dekonditionierung mit Verlust an Lebensqualität.

Eine interessante Hypothese sei, dass eine progrediente Abnahme der Lungenfunktion bereits ab den Frühstadien der COPD durch Verengung und Verlust der kleinen Atemwege bedingt ist [2], was sich neuerdings auch durch Bildgebung sichtbar machen lässt [3]. Dies kann zukünftig vielleicht anstelle der FEV₁ als Früh- und Verlaufsmarker in Studien nutzbar werden. Der Verlust sei aber nur

aufzuhalten, wenn das Rauchen aufgegeben wird, sagte Buhl. Daneben sei eine adäquate Bronchodilatation die einzige medikamentöse Therapie, für die in Studien belegt ist, dass sie bei motivierten Patienten den Teufelskreis aus Überblähung, Dyspnoe und Dekonditionierung durchbrechen kann. Außer vielleicht bei therapienaiven Patienten mit wenig Symptomen sei hier die duale Bronchodilatation mit einem lang wirksamen Muskarin-Antagonisten (LAMA) plus einem lang wirksamen Beta-2-Rezeptor-Agonisten bei symptomatischer COPD die Therapie der Wahl. Buhl führte als Beispiel eine Open-label-Studie an, in der etwa 1.800 Patienten mit moderater bis schwerer COPD im GOLD-(Global initiative for chronic Obstructive Lung Disease) Stadium B–D über 4 bis 6 Wochen bronchodilatatorisch mit Tiotropium 5 µg resp. 18 µg + Olodaterol 5 µg täglich behandelt wurden [4]. Am meisten hinsichtlich ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit



profitierten die zuvor therapienaiven Patienten der GOLD-Stadien B und C.

Die Fixkombination aus dem LAMA Tiotropium + dem LABA Olodaterol ist als Spiolto® Respimat® zur täglichen Inhalation (2x 2,5 µg / 2,5 µg) bei Erwachsenen mit COPD zur Symptomlinderung zugelassen. Die Fixkombination hat ihre Effektivität und Sicherheit im Studienprogramm TOVITO® mit insgesamt über 16.000 COPD-Patienten unter Beweis gestellt, zu dem unter anderen die Zulassungsstudien TONADO®1+2 gehören [5].

Sarah L. Pampel

1. Troosters et al. Restpir Med 2010; 104(7):1005-11
2. Mc Donough et al. N Engl J Med 2011;365 (17):1567-75
3. Kirby M et al. Am J Respir Crit Care Med. 2018 Jan 1;197(1):56-65
4. Sauer et al. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2016 Apr 27;11:891-8
5. Buhl R et al. Eur Respir J 2015 Apr; 45(4): 969-79

Quelle: Symposium: „COPD – von früh bis spät“ 16.3.2018 beim DGP-Kongress in Dresden, Veranstalter: Boehringer Ingelheim