

COPD-Management

Ein LAMA ist bei therapienaiven Patienten ein guter Einstieg

Über die beste Initialtherapie bei COPD-Patienten wird viel diskutiert. Prof. Marco Idzko aus Wien empfahl eine Vorgehensweise nach Symptomschwere und Eosinophilenzahl im Blut. Als generell guten Therapieeinstieg nannte er ein lang wirksames Anticholinergikum (LAMA).

„Sie machen nichts falsch, wenn Sie einem noch nicht vorbehandelten COPD-Patienten initial ein LAMA geben“, sagte Idzko, Pneumologe an der Universitätsklinik Wien, bei den Berliner Lungen-Fortbildungstagen. Die aktuellen Empfehlungen der GOLD-Expertengruppe unterstreichen dies. Bei allen Patientengruppen (GOLD A bis D) wird ein LAMA als mögliche Initialtherapie genannt. Einzige diagnostische Voraussetzung: Die Differenzialdiagnose zum Asthma bronchiale sollte gesichert sein. Denn Asthmapatienten sollten besser keine Monotherapie mit einem LAMA erhalten, so Idzko, ein bewährter Standard ist hier die Kombination ICS/LABA.

Bei der Monotherapie von COPD-Patienten sollten LAMAs im Vergleich zu LABAs bevorzugt werden, so der Pneumologe weiter. In direkten Vergleichsstudien, z. B. zwischen Indacaterol und Tiotropium hatten Patienten mit einem LAMA ein geringeres Exazerbationsrisiko [1]. Seien die Patienten bei der Erstvorstellung stark symptomatisch, könne aber auch schon initial zur LAMA/LABA-Kombinationstherapie gegriffen werden. Laut GOLD-Empfehlungen spricht ein CAT-Score < 20 eher für eine LAMA-Monotherapie, ein Score \geq 20 für die Kombinationstherapie.

Haben die Patienten ein hohes Exazerbationsrisiko, bietet sich eine ICS-LABA-

Kombination oder eine Triple-Therapie mit ICS/LAMA/LABA an, etwa mit der neuen Fixkombination aus Umeclidinium/Vilanterol/Fluticason (z. B. Elebrato® Ellipta®). Zur Beurteilung des Exazerbationsrisikos empfahl Idzko die Messung der Bluteosinophilen. „Je höher die Eosinophilenzahl, desto wahrscheinlicher sind schwere Exazerbationen.“

Die Therapie ist an die Symptomatik anzupassen

Die Therapie sollte möglichst an die Symptomatik angepasst werden und bei ungenügendem Ansprechen sollten auch Adhärenz und Inhalationstechnik überprüft werden. Als weiteren Therapiebaustein nannte Idzko Roflumilast, das seit kurzem auch in der besser verträglichen 250-mg-Dosis zur Verfügung steht, und als letzte Option bei Häufig-Exazerbieren, einen Behandlungsversuch über 6 Monate mit Azathioprin. *Roland Fath*

Literatur

1. Decramer et al. Lancet Respir Med. 2013;1:524-33

Quelle: Berliner Lungen-Fortbildungstage, 16.-18.11.2018 in Berlin; Veranstalter: Berlin-Chemie

Schweres allergisches Asthma bronchiale

Anti-IgE-Antikörper auch bei hohen Eosinophilen-Zahlen vorteilhaft

Bei schwerem Asthma werden laut aktueller Therapieleitlinie Biologika vor systemischen Corticosteroiden (SCS) eingesetzt. Es gebe keine harmlose SCS-Dosis. „Wer diese heute in Dauertherapie einsetzt, ohne Biologika erwogen zu haben, bewegt sich auf sehr dünnem Eis“, so Prof. Jens Schreiber, Uniklinik Magdeburg.

Wenn Asthma trotz optimaler inhalativer Therapie unkontrolliert bleibt und immer wieder exazerbiert, stehen heute Biologika zur Verfügung, die sich gegen IgE oder Interleukin 5 richten, demnächst auch ein Anti-IL-4-/13-Antikörper. Deshalb muss schweres Asthma laut Schreiber zunächst phänotypisiert werden, es muss eine Allergiediagnostik erfolgen sowie nach einer IgE-vermittelten Ursache geforscht werden.

Das allergische Asthma mit erhöhten IgE-Werten wird leitliniengemäß mit dem Anti-IgE-Antikörper Omalizumab (Xolair®) behandelt. Nach 16 Wochen erfolgt eine Erfolgskontrolle. Bei Anspre-

chen wird weiterbehandelt. Bei Therapieresistenz kann, ebenso wie primär bei nicht allergischem Asthma, eine IL-5-Antikörper-Therapie erfolgen, sofern die Eosinophilen-Werte erhöht sind.

STELLAIR-Studie im französischen Praxisalltag ergab Verbesserung

Wie aber werden Patienten behandelt, bei denen sowohl IgE als auch die Eosinophilen erhöht sind? In dieser Situation liegt man mit einer Anti-IgE-Therapie nicht falsch, wie die kürzlich publizierte STELLAIR-Studie zeigte. In der retrospektiven Studie aus dem französischen Versorgungsalltag war bei 872 schwer betroffe-

nen Patienten (darunter 149 Kinder) mit einem IgE-Asthma die Wirksamkeit einer Omalizumab-Therapie untersucht worden [1]. Nach einem Jahr hatte sich die Exazerbationsfrequenz bei Erwachsenen von ausgangs 4,3 pro Jahr um 58,6 % reduziert, bei Kindern von ausgangs 5,2 pro Jahr sogar um 70,4 %. Diese Verbesserung war jeweils unabhängig von den Eosinophilen-Zahlen und fiel bei Werten > 1.000 Zellen/ μ l nicht geringer aus als bei Werten < 150 Zellen/ μ l, berichtete Schreiber.

Nach 12 Monaten konnte die Hälfte der erwachsenen Patienten SCS vollständig absetzen. Die meisten der übrigen Patienten reduzierten ihre SCS-Dosis. Auch die Hospitalisationsrate sank um > 70 %. *Dr. Dirk Einecke*

Literatur

1. Humbert M, et al. Eur Respir J 2018; 51(5); pii: 1702523

Quelle: Pressegespräch „Passgenaues Therapiemanagement – im Fokus der Patient mit COPD oder schwerem Asthma“, ERS-Kongress in Paris, 18.9.2018; Veranstalter: Novartis