

Neues Device bei Asthma

Atemzuggetriggert dosierte Inhalation kontrolliert Asthma noch besser

Bei der inhalativen Therapie des Asthma bronchiale kann der Patient viel falsch machen. Der verwendete Inhalator sollte intuitiv funktionieren, denn Inhalationsfehler vermindern die Asthmakontrolle und für eingehende Schulung ist in der Praxis wenig Zeit.

Die erfolgreiche Anwendung von Pulverinhalatoren (DPI) bzw. Dosieraerosolen (MDI) scheitert oft an unzureichendem Inspirationsfluss bzw. an mangelnder Koordination zwischen Einatmung und Auslösen des Hubes [1]. Inhalationsfehler beeinträchtigen die Asthmakontrolle sehr, erläuterte Dr. Justus De Zeeuw, Pneumologische Praxis Köln. Die Auswahl eines geeigneten Inhalationssystems sollte sich daher stets am Patienten orientieren (►Tab. 1). Die Unterweisung und Kontrolle des Patienten scheitert häufig an der engen Patiententaktung in der Praxis.

Mit flutiform® k-haler® steht seit 15.11.2018 das erste atemzuggetriggerte ICS/LABA-Dosier-Aerosol (BTI) zur Verfügung, bei dem weniger inspiratorische Kraft und Koordination aufgewendet wer-

den muss, als bei bisher gängigen Asthma-Devices. Der patentierte Knick im Ventil (k-valve™) erleichtert die korrekte Anwendung [2]. Nach Öffnen der Schutzkappe

T1 Anforderungen an die Inhalationstherapie in der Praxis

Medikament

- ▶ gute Pharmakologie
- ▶ schneller / merkbarer Wirkeintritt
- ▶ gute Depositionsdaten

Device

- ▶ Handhabung muss für jeden Patienten möglich sein
- ▶ geringe Fehlermöglichkeiten für Patienten und Schulungspersonal
- ▶ intuitive Bedienung

wird eine Wirkstoffdosis bereitgestellt und im Knick festgehalten. Durch den Atemzug begründet sich das Ventil und ein Sprühstoß wird frei. Es ist weder Koordination noch hohe inspiratorische Kraft nötig.

Der Inhaler enthält die bewährte ICS-LABA-Kombination Fluticason und Formoterol (flutiform® Dosier-Aerosol). Die Wirkstoffexposition ist bei Anwendung des Dosier-Aerosols und des atemzuggetriggerten Dosier-Aerosols vergleichbar (Bell D et al., ERS 2017, abstract). Mit dem neuen Device kann bei geringem Schulungsaufwand die Asthmakontrolle verbessert werden, so De Zeeuw. Die Lungen-deposition bei den Patienten liegt bei 43 %, die Aerosolwolke ist sanfter und wärmer als bei konventionellen Dosieraerosolen.

Dagmar Jäger-Becker

Literatur

1. Price DB et al. J Allergy Clin Immunol Pract. 2017;5:1071-81
2. Bell D et al. J Aerosol Med Pulm Drug Deliv. 2017;39(6):425-34

Quelle: Pressekonferenz „Die Vorteile aus zwei Welten für die Asthmatherapie“; Frankfurt/M., 17.10.2018; Veranstalter: Mundipharma

Personalisiert beim fortgeschrittenen Lungenkrebs

Zusätzliche Checkpointinhibition punktet

Die Addition des PD-L1-Hemmers Atezolizumab zur Chemotherapie führt beim kleinzelligen (SCLC) wie nichtkleinzelligen Lungenkarzinom (NSCLC) zu einem besseren Überleben der Patienten.

Für SCLC-Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung haben die Ergebnisse der Studie IMpower133 besondere Bedeutung. „Die Ergebnisse zeigen zum ersten Mal einen Therapiefortschritt. Das macht uns Hoffnung“, kommentierte PD Dr. Florian Fuchs, Erlangen. In der Phase-I/III-Studie führte die Addition von Atezolizumab (Tecentriq®) zur Chemotherapie mit Carboplatin/Etoposid in der Erstlinie und anschließender Atezolizumab-Erhaltungstherapie nach Jahrzehnten erstmals zum längeren Gesamtüberleben (OS) bei SCLC. Median lebten die Patienten mit der zusätzlichen Therapie 12,3 Monate (vs. 10,3 mit Chemotherapie allein) [1]. Dies, so Fuchs, sei gleichbedeutend mit einer Reduktion des Mortalitätsrisikos um signifi-

fikante 30 % (p=0,0069). Auch die 1-Jahres-Überlebensrate sei mit der Kombination besser (51,7 vs. 38,2%) und nicht durch schlechtere Lebensqualität erkauft.

In der Phase-III-Studie IMpower150 konnte bei therapienaiven Patienten mit fortgeschrittenem NSCLC gezeigt werden, dass die Addition von Atezolizumab zu Bevacizumab (Avastin®) plus Chemotherapie (Carboplatin und Paclitaxel) den Therapieerfolg bessert [2, 3]. Nicht nur Patienten ohne Treibermutation, sondern auch die mit EGFR- oder ALK-Mutation profitierten von der zusätzlichen Immuntherapie. Das mediane OS war mit der Viererkombination in der ITT-Wildtyp-(WT-) Population im Median 4,5 Monate länger (19,2 vs. 14,7 M. mit Bevacizumab/Chemo-

therapie; HR 0,78; 95%-KI 0,64–0,96; p=0,02) bei Patienten mit EGFR- oder ALK-Mutation noch nicht erreicht (vs. 17,5 M. mit Bevacizumab/Chemo; HR 0,54; 95%-KI 0,29–1,03), und Patienten mit Lebermetastasen, die in der Studie prospektiv stratifiziert wurden, lebten mit Atezolizumab zusätzlich median 4,1 Monate länger (13,2 vs. 9,1 M. mit Bevacizumab/Chemo; HR 0,54; 95%-KI: 0,33–0,88) [3].

Hoffnung bei ROS-1 aktivierenden Genfusionen mache nach Fuchs auch Entrectinib. Der selektive Tyrosinkinaseinhibitor (TKI) der Tropomyosin-Rezeptorkinase (Trk) A habe in einer gepoolten Analyse zu hohen Ansprechraten geführt, mit einer Ansprechdauer von bis zu einem Jahr und einem vergleichsweise guten Sicherheitsprofil [4].

Doris Berger

1. Liu S et al. WCLC. 2018; Abstr PL02.07
2. Socinski MA et al. NEJM 2018;378(24):2288-301
3. Socinski MA et al. ASCO. 2018; Abstr 9002
4. Doebele R et al. WCLC. 2018; Abstr OA02.01

Quelle: Satellitensymposium, AIO-Herbstkongress, 16.11.2018, Berlin; Veranstalter: Roche