

Schweres unkontrolliertes Asthma bronchiale

Anti-TSLP-Antikörper wirkt unabhängig von Eosinophilen und Allergiestatus

Bei schwerem Asthma bronchiale haben sich die Therapieoptionen mit der Einführung des Anti-TSLP(Thymus-Stroma-Lymphopoietin)-Antikörpers Tezepelumab verbessert. Vor allem für Patienten mit gemischtem Asthma-Phänotyp oder ohne auffällige Biomarker sei das neue Biologikum eine Bereicherung, so Prof. Stephanie Korn, Mainz.

Von den Patienten mit schwerem Asthma bronchiale, das mit den üblichen Standardmedikamenten nicht ausreichend zu kontrollieren ist, weisen etwa 60 % einen gemischten Asthma-Phänotyp auf, berichtete die Pneumologin. Bei ihnen lägen mehrere Entzündungstreiber wie erhöhte Eosinophile oder erhöhtes IgE vor – ein Hinweis auf verschiedene, gleichzeitig agierende Pathomechanismen. Gerade für diese Gruppe könne die breite, unspezifische Entzündungshemmung durch Tezepelumab (Tezspire®) eine Chance auf Therapieerfolg sein, so Korn. Der Antikörper, der einmal pro Monat subkutan appliziert wird, ist gezielt gegen das epitheliale Zytokin TSLP gerichtet und setzt damit an der

Spitze der Entzündungskaskaden bei schwerem Asthma an.

In der gepoolten Analyse der Daten von NAVIGATOR und PATHWAY bei Patienten mit schwerem unkontrollierten Asthma zeigte sich, dass die deutliche Reduktion der Exazerbationsrate unter Tezepelumab weitgehend unabhängig ist von Eosinophilenzahl (EOS), FeNO(Fraktionierte exhalierendes Stickstoffmonoxid)-Wert oder Allergiestatus. Am stärksten profitierten Betroffene mit eosinophilem Asthma (EOS ≥ 300 Zellen/ μ l bzw. FeNO ≥ 25 ppb) und mit allergisch-eosinophilem Mischtyp. Hier war die jährliche Exazerbationsrate um 70 % reduziert (vs. Placebo), bei Patienten mit niedrigen EOS (<300



Bis zu 10 % der Patienten mit Asthma bronchiale leiden an schweren Symptomen, die mit den üblichen Standardmedikamenten nicht in den Griff zu bekommen sind.

Zellen/ μ l und < 150 Zellen/ μ l) um 48 % [1]. Zugelassen ist Tezepelumab bei schwerem Asthma, das trotz hochdosierter inhalativer Kortikosteroide plus eines weiteren Arzneimittels zur Erhaltungstherapie unzureichend kontrolliert ist. *Roland Fath*

Literatur

1. Corren J, et al. Poster-Präsentation beim 2022 (AAAAI Annual Meeting. Poster 044, 26.2.2022)

Quelle: Virtuelles Meet the Expert „Tezepelumab - erste Anwendungserfahrungen in der Praxis“, 26.1.2023 (Veranstalter: AstraZeneca)

Interstitielle Lungenerkrankungen

Neue Leitlinien leiten durch die Diagnostik und Therapie

Oft wird wegen der unspezifischen Symptomatik wie Dyspnoe gar nicht an eine interstitielle Lungenerkrankung (ILD) gedacht. Die neue Sk2-Leitlinie hilft dabei, rational und rationell die Diagnose zu stellen und die antifibrotische Therapie rechtzeitig einzuleiten.

„Die große Bandbreite mit mehr als 200 unterschiedlichen interstitiellen Lungenerkrankungen stellt für die Diagnostik und Therapie eine komplexe Herausforderung dar und erfordert die Zusammenarbeit zwischen Pneumologen, Rheumatologen, Radiologen, Dermatologen und Pathologen“, erläuterte Prof. Jürgen Behr, München. In der neuen Leitlinie wird deshalb ein ILD-Board vorgeschlagen, das die Patienten interdisziplinär betreut. Die häufigsten Ursachen einer ILD sind neben der idiopathischen Fibrose Autoimmuner-

krankungen aus dem rheumatischen Formenkreis. Etwa 18–32 % der Patienten mit einer ILD zeigen einen chronisch progredienten Verlauf, was ein rasches und konsequentes therapeutisches Handeln erforderlich macht. „Die Progression sollte in einem frühen Stadium erkannt werden, um eine frühe antifibrotische Behandlung einleiten zu können“, so Behr.

Einen wichtigen Durchbruch bei der Therapie der Lungenfibrosen brachte der Tyrosinkinase-Inhibitor Nintedanib (Ofev®). Zugelassen ist die Substanz bei allen chro-

nisch progredienten fibrosierenden interstitiellen Lungenerkrankungen unabhängig von der Ursache. In der Zulassungsstudie INBUILD® verringerte Nintedanib den Verlust der forcierten Vitalkapazität (FVC) über 52 Wochen um 57 % vs. Placebo [1]. Auch in der Subgruppe der autoimmun bedingten ILD reduzierte Nintedanib den Verlust an FVC um 58 %.

Als Voraussetzungen für die Einleitung der antifibrotischen Therapie gelten nach der Leitlinie

- fibrosierende ILD im HRCT, die mind. 10 % des Lungenparenchyms erfasst hat,
- klinische, funktionelle oder röntgenologisch-morphologische Verschlechterung während eines angemessenen Zeitraums innerhalb von 24 Monaten als Nachweis der Progression.

Dr. Peter Stiefelhagen

Literatur

1. Flaherty KR et al, N Engl J Med. 2019; 381:1718-27

Quelle: Satellitensymposium „Neue ILD-Leitlinien leiten bei Lungenleiden“ beim DGP-Kongress, 30.3.2023 (Veranstalter: Boehringer Ingelheim)