

Neu diagnostizierte chronisch obstruktive Lungenerkrankung

Mit Dauertherapie nicht lange zögern

Mit einer Dauertherapie wird nach Diagnose einer COPD in der Praxis oft zu spät begonnen. Um Exazerbationen bei Risikopatientinnen und -patienten vorzubeugen, sollte frühzeitig eine Triple-Therapie erwogen werden.

Basistherapie sei für die meisten Betroffenen bereits initial die Kombination eines langwirksamen Anticholinergikums (LAMA) und eines langwirksamen Beta-2-Mimetikums (LABA), betonte Prof. Claus Vogelmeier, Leiter der Klinik für Innere Medizin, Schwerpunkt Pneumologie, Universitätsklinikum Marburg. Bei hohem Exazerbationsrisiko sollte zusätzlich die Hinzunahme eines inhalativen Kortikosteroides (ICS) erwogen werden, wie von der Expertengruppe GOLD (Global Obstructive Lung Disease) empfohlen. Die Vermeidung von Exazerbationen, die mit einer deutlichen Prognoseverschlechterung einhergehen, ist eines der Hauptziele beim COPD-Management. Am wirksamsten ist bei Risikopatienten (≥ 2 moderate Exazerbationen pro Jahr oder ≥ 1 , die zur Hospitalisie-

rung geführt hat) die Dreifachkombination. Betroffene mit hoher Bluteosinophilie (≥ 300 Zellen/Jahr) und gleichzeitig bestehendem Asthma bronchiale profitieren vom ICS besonders stark, berichtete Dr. Olaf Schmidt, niedergelassener Pneumologe in Koblenz.

Aktuelle, bei der internationalen Konferenz der American Thoracic Society (ATS) 2023 vorgestellte Real-World-Daten der EROS-Studie bei insgesamt 2.409 COPD-Patientinnen und -Patienten verdeutlichen die Relevanz einer frühzeitigen konsequenten Therapie nach mittelschwerer oder schwerer Exazerbation. Bei einem Teil ($n = 434$) wurde innerhalb von 30 Tagen nach dem Indexereignis mit der Triple-Inhalationstherapie Formoterol/Glycopyrronium/Budesonid (Trixeo Aerosphere*) begonnen, bei einem Teil

($n = 1187$) verzögert nach 31 bis 180 Tagen, bei den übrigen erst nach 181 bis 365 Tagen ($n = 788$). Durch die frühzeitige Triple-Therapie sei das Risiko für weitere Exazerbationen im Folgejahr um 24 bzw. 34% im Vergleich zu den anderen beiden Gruppen gesenkt worden, berichtete Schmidt.

Es sei absolut nicht verständlich, dass ein Großteil der neu diagnostizierten COPD-Patienten in Deutschland im ersten Jahr ohne Dauertherapie bliebe, sagte Vogelmeier. Diese Unterversorgung wird auch in einer Analyse von Krankenkassendaten von mehr als 14.000 Patienten mit 1-Jahres-Follow-up deutlich: In der Gruppe mit stark eingeschränkter Lungenfunktion (FEV_1 -Wert $< 35\%$) war bei weniger als zwei Drittel mit einer inhalativen Erhaltungstherapie begonnen worden, bei jenen mit FEV_1 -Werten $\geq 35\%$ lag der Anteil bei 42% [1].

Roland Fath

Literatur

1. Buhl R et al. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2022;17:2355-67

Virtuelle Pressekonferenz „COPD: Update Diagnostikrends und Versorgungssituation: Was geht? Was bleibt? Was kommt?“, 16.11.2023 (Veranstalter: AstraZeneca)

Zukunft der onkologischen Therapie

Breite Pipeline für eine bessere Versorgung

Um künftig mehr krebbsbedingte Todesfälle zu vermeiden, sind neue zielgerichtete Therapieansätze gefragt.

„Wir wollen Krebs als Todesursache eliminieren“, verkündete Dr. Karl Matussek, Head of Oncology Germany, bei AstraZeneca, auf einer Pressekonferenz des Unternehmens. Denn nach Daten des Robert-Koch-Instituts gebe es in Deutschland noch immer jährlich ca. 230.000 Sterbefälle aufgrund onkologischer Erkrankungen zu verzeichnen. Um diese Zahl zu reduzieren, soll Krebs zukünftig noch früher erkannt und anschließend möglichst zielgerichtet behandelt werden. Das Unternehmen setze hierbei auf die weitere Etablierung ausgefeilter Biomarkeranalysen, so zum Beispiel der Nach-

weis der EGFR-T790M-Mutation aus zellfreiem Blut (ctDNA) im Rahmen der Lungenkrebstherapie. Das könne den Patientinnen und Patienten zudem die eine oder andere Biopsie ersparen, erläuterte Matussek.

Für die Entwicklung zielgerichteter onkologischer Therapie setzt das Unternehmen auf verschiedene Plattformen, ergänzte Dr. Lars Mühlhoff, Oncology Medical Affairs Head Germany bei AstraZeneca. Diese zielen darauf ab, entweder die Krebszellen direkt abzutöten – etwa mittels Antibody-Drug-Konjugaten (ADC), Radioimmunkonjugaten oder den

Angriff auf die DNA-Damage-Response – oder das Immunsystem zu aktivieren. Für eine bessere Wirksamkeit könnten die einzelnen Plattformen auch kombiniert werden, erläuterte Mühlhoff.

Insgesamt 7 Substanzen, darunter der PARP-Inhibitor Olaparib oder das ADC Trastuzumab-Deruxtecan, seien in den letzten Jahren bereits zugelassen worden. 6 Präparate befänden sich derzeit in Phase II und 7 weitere in der Phase III. Als ein Beispiel für ein derzeit beforschtes Präparat aus der Phase III nannte Mühlhoff Volrustomig, einen bispezifischen Antikörper, der gegen PD-1 und CTLA-4 gerichtet ist. Die bisherigen Daten deuten darauf hin, dass die Substanz aufgrund dieses Designs in geringerer Dosierung gegeben werden könnte, was auch die Stärke der Nebenwirkungen reduzieren könnte, erläuterte Mühlhoff.

Dr. Lamia Özgör

Pressekonferenz „VORschung voraus – Austausch in der Marzipanfabrik“, Hamburg, 20.9.2023 (Veranstalter: AstraZeneca)