

## Asthma bronchiale

## Therapie mit Fluticason plus Formoterol verbessert Kontrolle

**Dass Patienten mit Asthma bronchiale von der inhalativen Therapie mit einer Fixkombination aus Fluticason und Formoterol<sup>1</sup> profitieren, bestätigen die Interimsdaten der europaweiten nicht interventionellen fAirNeSS-Studie.**

Aus Deutschland nehmen etwa 1500 Asthmapatienten teil, berichtete Dr. Olaf Schmidt, Koblenz, auf dem DGP-Kongress<sup>2</sup>. Er stellte eine Zwischenanalyse der auf ein Jahr angelegten Studie vor. Zum Zeitpunkt der Auswertung lagen Daten von 1213 Patienten vor, die seit 6 Monaten auf die Fixkombination eingestellt waren. „44% der Patienten wurden mit der Standarddosis von 500 µg Fluticason und 20 µg Formoterol therapiert, knapp ein Drittel mit 250/10 µg und gut 10% mit 1000/40 µg“, so Schmidt. Die Dosis blieb weitgehend stabil, bei 86% der Studienteilnehmer wurden über 6 Monate keine Anpassungen vorgenommen. Die meisten Patienten (58%) waren bereits vorbehandelt;

35% hatten zuvor bereits eine andere Kombination aus inhalativem Kortikosteroid (ICS) und langwirksamem Betamimetikum (LABA) erhalten.

Zu Studienbeginn erreichten die Patienten im Durchschnitt 16,5 von 25 möglichen Punkten im Asthma Control Test (ACT) und blieben damit unter dem Zielwert von 20 Punkten, der ein kontrolliertes Asthma anzeigt. Im Verlaufe der 6 Monate konnten sie die „fehlenden“ 3,5 Punkte dazugewinnen; der Durchschnitt aller Patienten erreichte dann 20 Punkte. „Besonders deutlich war der Zugewinn bei den Patienten, die erstmals auf ICS plus LABA eingestellten wurden: Sie kamen von anfangs 16,0 auf 20,2 Punkte“, berichtete Schmidt. „Aber auch diejenigen, die mit einem anderen ICS/LABA-Kombinationspräparat vorbehandelt waren, konnten durch die Umstellung auf die Fixkombination aus Fluticason und Formoterol im Mittel 2 oder mehr Punkte

hinzugewinnen.“ Der Anteil der Patienten mit gut kontrollierter Erkrankung verdoppelte sich in 6 Monaten annähernd von 32 auf 61,7%, zudem verbesserten sich die Lebensqualität und Lungenfunktion der Patienten.

„Die Darreichungsform als Dosieraerosol hat den Vorteil, dass keine hohe Atemleistung der Patienten nötig ist“, ergänzte PD Dr. Christian Geßner, Leipzig. Mit dem „Inhalationscoach“, einem von CareFusion entwickelten speziellen Messgerät, bietet die Herstellerfirma über seinen Außendienst ab Sommer 2015 Aktionstage für interessierte Arztpraxen an. Mit diesem Gerät kann der Atemfluss der Patienten nicht nur bei Anwendung der Fluticason/Formoterol-Fixkombination, sondern bei allen marktüblichen Inhalatoren gemessen werden.

*Simone Reisdorf, Erfurt*

<sup>1</sup> Flutiform®, Mundipharma GmbH, Limburg

<sup>2</sup> Industriesymposium „Asthmatherapie: Vom Symptom zur Deposition – einfach besser ankommen“ im Rahmen des 56. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin, März 2015, Berlin, Veranstalter: Mundipharma GmbH

## NSCLC

## Chemotherapie und Erlotinib: ergänzende Mechanismen?

**Patienten mit nicht kleinzelligem Bronchialkarzinom (NSCLC) und einer Mutation des EGF-Rezeptors profitieren von einer Behandlung mit dem Tyrosinkinase-Inhibitor Erlotinib<sup>1</sup>. Warum auch Patienten mit EGFR-Wildtyp mit Erlotinib länger leben, das war eines der Themen bei einer Pressekonferenz auf dem DGP-Kongress<sup>2</sup>.**

Die Erhaltungstherapie bei NSCLC kann leitliniengerecht entweder durch ein Weiterführen des bisherigen Therapie-regimes oder durch den Wechsel auf ein anderes Regime erfolgen. Letzteres wurde in der SATURN-Studie 2010 untersucht. 889 Patienten, die unter einer platinhaltigen Erstlinientherapie mindestens eine stabile Erkrankung zeigten, wurden auf Erlotinib vs. Placebo randomisiert. Prof. Wolfgang Schütte, Halle/Saale berichtete: „Das mediane progressionsfreie Überleben lag bei 12,3 vs. 11,1 Wochen und das

Gesamtüberleben bei 12 vs. 11 Monaten; die Patienten, die mit Erlotinib behandelt wurden, schnitten in beiden Endpunkten deutlich besser ab.“

### Chemotherapie beeinflusst Mutationsstatus

In die Studie waren auch 266 Patienten ohne immunhistochemisch bestätigte EGF-Rezeptor-Mutation eingeschlossen. Interessanterweise lebten auch sie länger, wenn sie mit Erlotinib behandelt wurden, das Gesamtüberleben betrug hier 12,4 Monate (Placebo: 8,7 Monate). Schütte glaubt aber nicht an eine fehlerhafte Laborbestimmung, sondern eher an eine Veränderung des Mutationsstatus durch die vorgeschaltete Chemotherapie: „Möglicherweise hat die Chemotherapie den Tumor erst für Erlotinib suszeptibel gemacht, dies muss noch genauer untersucht werden.“

Schütte stellte auch Daten zur Therapie von Patienten mit fortgeschrittenem NSCLC-Adenokarzinom vor. So zeigte sich in mehreren klinischen Studien ein längeres Gesamtüberleben, wenn die Patienten in der Erstlinie eine platinhaltige Chemotherapie-Doublette plus Bevacizumab<sup>3</sup> erhielten. Das mediane Gesamtüberleben betrug etwa in der von Schütte geführten 65-plus-Studie 15,2 Monate<sup>4</sup>. „Auch ältere Patienten ab 65 Jahren profitieren von diesem Therapieregime“, betonte der Pneumologe.

*Simone Reisdorf, Erfurt*

<sup>1</sup> Tarceva®, Roche Pharma AG, Grenzach-Wyhlen

<sup>2</sup> Pressekonferenz „Dem Leben mehr Zeit geben – Wirksame Behandlungsoptionen bei lebensbedrohlichen Lungenerkrankungen“ im Rahmen des 56. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin, März 2015, Berlin, Veranstalter: Roche Pharma AG

<sup>3</sup> Avastin®, Roche Pharma AG, Grenzach-Wyhlen

<sup>4</sup> Schütte WH et al. J Clin Oncol 2013; Suppl. Abstract 8013

Nach Angaben der Industrie