

## Asthma bronchiale

## Omalizumab verbessert Exazerbationen

„Mastzellen spielen – quasi als geladene Waffe – eine Schlüsselrolle bei der Induktion von Immunantworten“ so PD Dr. Undine Lippert, Göttingen, auf einem Satellitensymposium<sup>1</sup>. Sie sitzen an strategisch wichtigen Positionen und beschreiten unterschiedliche Wege der Mediatorfreisetzung, die innerhalb von Sekunden bis Minuten erfolgt. Als klinische Symptome können u. a. Asthma, Urtikaria, Kopfschmerzen oder Durchfall auftreten.

Der rekombinante, monoklonale Antikörper Omalizumab<sup>2</sup> bindet im Körper zirkulierendes Immunglobulin E (IgE), sodass es nicht mehr an die FCεRI-Rezeptoren der Mastzellen und Basophilen binden kann. Die Dosisbestimmung erfolgt anhand von Gesamt-IgE im Serum und Körpergewicht.

PD Dr. Stephanie Korn, Mainz, stellte eigene Daten vor: Nach 6-monatiger Omalizumab-Therapie bei Asthma-Patienten hatten sich die Exazerbationen um 82%, die Anwendung oraler Kortikoide um

80%, die Hospitalisierung um 78%, die ungeplanten Arztkontakte um 81% und die Krankentage um 72% reduziert (alle  $p \leq 0,05$ ).

### Leitliniengerecht bei Urtikaria

Das Symptom Urtikaria tritt häufig auf und ist für die Betroffenen mit hohem Leidensdruck verbunden. Klassifiziert wird in induzierbare und spontane Urtikaria, diese wiederum in akute und chronische spontane Urtikaria (csU). Nach den aktualisierten S3-Leitlinien wird nach einem 3-stufigen Therapiealgorithmus behandelt: Gabe eines H1-Antihistaminikum der 2. Generation, wenn nach 2 Wochen keine Symptomkontrolle gelingt, soll die Dosierung bis zu 4-fach erhöht werden, auch wenn das ein Off-Label-Use darstellt. Treten über 1 – 4 Wochen weiterhin Symptome auf, wird u. a. die Gabe von Omalizumab empfohlen, das als einziger Wirkstoff bei therapierefraktärer csU zugelassen ist. Die monatliche subkutane Injektion von 300 mg ist unabhängig vom IgE-

Spiegel und Gewicht. Da es bei csU-Patienten zu einer spontanen Remission kommen kann, soll die Therapienotwendigkeit alle 3–6 Monate mit einem Auslassversuch geprüft werden. Im Vergleich zu Patienten mit allergischen Erkrankungen, wie Asthma, ist bei csU-Patienten ein rascher Wirkeintritt durch Omalizumab zu beobachten (4 vs. 12–16 Wochen).

Aktuell sollen mit der nicht interventionellen Studie AWARE klinische Daten aus dem Praxisalltag zur Krankheitsbelastung, zum Behandlungsschema und zur Inanspruchnahme medizinischer Ressourcen von Patienten mit H1-Antihistaminika-refraktärer Urtikaria in Abhängigkeit der verwendeten Therapie gemeldet werden.

Sabine M. Rüdesheim, Frechen

<sup>1</sup> Symposium „Zwei Organe, eine Therapie: anti-IgE für Haut und Lunge“ im Rahmen des 121. DGIM-Kongresses, April 2015, Mannheim, Veranstalter: Novartis Pharma GmbH

<sup>2</sup> Xolair®, Novartis Pharma GmbH, Nürnberg

## Asthma und COPD

## Komplexe Symptome erfordern eine exakte Differenzialdiagnose

In der Pneumologie ist die Differenzialdiagnose unterschiedlicher Krankheitsbilder oft sehr komplex und kann bei rauchenden Patienten zusätzlich erschwert sein. Der Pneumologe Prof. J. C. Virchow, Rostock, erläutert anhand von Fallbeispielen mögliche Herausforderungen.

Eine eindeutige Diagnose ist die Grundbedingung für eine erfolgreiche Therapie. Für Patienten mit Asthma, die trotz Standardtherapie symptomatisch sind, steht seit September 2014 ein Tiotropium-Inhalator<sup>1</sup> als Zusatztherapie zur Verfügung.

Um sicherzustellen, dass Patienten von einer bestimmten Therapie profitieren können, ist eine korrekte Diagnose notwendig. In der Praxis weisen Patienten jedoch nicht immer typische „Lehrbuch-Befunde“ auf. Gerade bei rauchenden Patienten ist die Diagnostik von Asthma bronchiale,

der chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) und dem sogenannten Asthma-COPD-Overlap-Syndrom (ACOS) zusätzlich erschwert. „Ein 42-jähriger Mann, seit über 20 Jahren Raucher, mit schwerer COPD und wiederkehrenden Exazerbationen kam mit zunehmender Atemnot in unsere Notaufnahme“, schildert Virchow einen Fall aus seinem klinischen Alltag. „Trotz Raucheranamnese und vorbestehender COPD-Diagnose bestätigte sich später unsere Verdachtsdiagnose – der Mann hatte gar keine COPD, er war ein rauchender Asthmatiker, der auf unsere anti-asthmatische Therapie hervorragend reagierte“, so Virchow.

Dieser Fall zeigt, wie wichtig es ist, auch bereits einmal gestellte Diagnosen im Verlauf immer wieder kritisch zu prüfen, denn die korrekte Diagnose hat gravierende Auswirkungen auf die leitliniengerechte Therapie und kann den Behandlungser-

folg und die Lebensqualität der Patienten verbessern.

Tiotropium, das einzige langwirksame Anticholinergikum mit Asthma-Zulassung, verbessert die Lungenfunktion (FEV<sub>1</sub>) sowie die Asthma-Kontrolle. Darüber hinaus wird die Zeit bis zur ersten schweren Exazerbation und zur ersten Episode einer akuten Asthma-Verschlechterung verlängert.

Den kompletten Fall aus Prof. Virchows klinischer Praxis finden Sie in Form einer interaktiven Kasuistik mit vielen weiteren Details sowie Hinweisen zum diagnostischen Vorgehen und zur Therapie unter [www.boehringer-interaktiv.de/ksuistik](http://www.boehringer-interaktiv.de/ksuistik).

Nach einer Pressemitteilung  
(Boehringer Ingelheim)

<sup>1</sup> Spiriva® Respimat®, Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG, Ingelheim

Nach Angaben der Industrie