

## CTEPH und PAH

## Bei Dyspnoe frühzeitig die Weichen stellen

**Die Dyspnoe ist ein häufig anzutreffendes Symptom. „Die Beschwerden können viele Ursachen haben, u. a. eine pulmonale Hypertonie (PH)“, sagt Prof. Ralf Ewert, Greifswald, auf einer Veranstaltung beim DGP-Kongress<sup>1</sup>. Damit PH-Patienten eine adäquate Behandlung erhalten muss die Erkrankung frühestmöglich erkannt werden.**

Die frühzeitige Diagnose ist für PH-Patienten in zweierlei Hinsicht wichtig. Zum einen schreitet die Erkrankung fort und ist lebensbedrohlich; dies gilt v. a. für chronisch thromboembolische pulmonalen Hypertonie (CTEPH) und pulmonal-arterielle Hypertonie (PAH), bei denen die Lebenserwartung unbehandelt nur wenige Jahre beträgt. Zum anderen gibt es auch für diese Formen Behandlungsmöglichkeiten, die den Patienten unbedingt zugänglich gemacht werden sollten.

Bei der CTEPH ist die pulmonale Endarterektomie (PEA) die Therapie der Wahl. Für Patienten, bei denen eine PEA nicht infrage kommt oder der pulmonale Hochdruck weiter besteht, gibt es mit Riociguat

at<sup>2</sup> erstmals eine medikamentöse Alternative. Riociguat ist für die Behandlung erwachsener Patienten der WHO-Funktionsklassen II-III mit inoperabler CTEPH sowie postoperativ persistierender oder rezidivierender CTEPH zur Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit zugelassen. In der Phase-III-Studie CHEST-1 steigerten Patienten unter Riociguat (bis zu 2,5 mg 3-mal täglich) ihre 6-Minuten-Gehstrecke (initial 342 m) gegenüber Placebo (initial 356 m) um 46 m (placebo-korrigiert,  $p < 0,001$ )<sup>3</sup>. Häufigste unerwünschte Ereignisse unter Riociguat bzw. Placebo waren in dieser Studie Rechts-herzversagen (jeweils 3%), Synkopen (2 bzw. 3%) und Hämoptysen (2% unter Riociguat). Therapieabbrüche aufgrund von unerwünschten Ereignissen wurden bei 3 bzw. 2% der Patienten beobachtet. Die Einjahresdaten der offenen Verlängerungsstudie CHEST-2 bestätigen die positiven Ergebnisse der Hauptstudie<sup>4</sup>. CTEPH-Patienten erreichten unter der Behandlung mit Riociguat eine anhaltende Verbesserung ihrer körperlichen Leis-

tungsfähigkeit und konnten die 6-Minuten-Gehstrecke im Vergleich zum Ausgangswert in der CHEST-1-Studie um 51 m erhöhen. Die progressionsfreie Überlebensrate der Patienten betrug nach einem Jahr Behandlung mit Riociguat 88%.

Riociguat ist darüber hinaus auch für die Behandlung bestimmter Formen der PAH zugelassen. In dieser Indikation kann der sGC-Stimulator bei erwachsenen Patienten der WHO-Funktionsklassen-III als Monotherapie oder in Kombination mit Endothelin-Rezeptor-Antagonisten (ERA) zur Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit eingesetzt werden.

*Nach einer Pressemitteilung  
(Bayer Vital GmbH)*

<sup>1</sup> Satellitensymposium „CTEPH und PAH – wirklich selten oder häufig übersehen?“ im Rahmen der 56. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie, Berlin, März 2015, Veranstalter: Bayer Vital GmbH

<sup>2</sup> Adempas®, Bayer Vital GmbH, Leverkusen

<sup>3</sup> Ghofrani HA et al. N Engl J Med 2013; 369: 319–329

<sup>4</sup> Simonneau G et al. ERJ 2015; 45: 1293–1302

## COPD

## Duale Bronchodilatation: Mehr Luft und damit mehr Spaß am Leben

**Vorrangiges Ziel in der Therapie der chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD) ist die Verbesserung der Lungenfunktion. „Für die Lebensqualität der Patienten ist jedoch die Verringerung der Atemnot ein mindestens ebenso wichtiger Parameter“, so Dr. Justus de Zeeuw, Köln, anlässlich eines Pressegesprächs in Mannheim<sup>1</sup>.**

Doch dies ist ein Teufelskreis: Aufgrund der Atemnot reduzieren die Patienten ihre körperliche Aktivität bis hin zur Immobilität. Die damit verbundene stark reduzierte Lebensqualität begünstigt eine soziale Isolation und die Entwicklung von Depressionen. Gleichzeitig steigt das Risiko für Exazerbationen. Dieser Circulus vitiosus solle durch eine möglichst frühzeitige Intervention unterbrochen werden, forderte de Zeeuw. Eine frühzeitige Intervention mit 2 kompletär wirkenden Bronchodilatoren

(wie QVA149<sup>2</sup>) verbessere dabei das Lungenvolumen in einem Maße, das früher nicht vorstellbar war – mit einem Anstieg des Trough-FEV<sub>1</sub>-Wertes um bis zu 200 ml.

### Doch wie früh ist frühzeitig – wo kann man ansetzen?

„Ganz wichtig ist die Früherkennung der COPD-Patienten, denn viele Patienten werden nicht detektiert. Es gibt 3 wichtige Gruppen in diesem Zusammenhang: Herzpatienten, Frauen und junge Patienten“, erklärte de Zeeuw. 50% der Herzinfarktpatienten leiden unter COPD, bei Patienten mit Herzinsuffizienz sind es sogar 60%. Der behandelnde Arzt sollte deshalb auf jeden Fall mindestens einmal die Lunge untersuchen, wenn ein Patient mit Atemnot und Herzproblemen in seine Praxis komme. Frauen haben die Männer in puncto Inzidenz und Mortalität durch

COPD leider inzwischen überholt – daran müsse man immer denken.

„Und bei Patienten, die erst 40 Jahre alt sind, mindestens 100 Zigaretten in ihrem Leben geraucht haben und mit Husten in die Praxis kommen, wird ein COPD-Verdacht bei jedem 2. bestätigt. Diese 3 Gruppen müssen wir künftig eher auf dem Fokus haben. Der 2. wichtige Ansatz ist in meinen Augen eine bessere Differenzierung zwischen Asthma und COPD“, so de Zeeuw abschließend.

*Gabi Fischer von Weikersthal,  
Germersheim*

<sup>1</sup> Pressegespräch „Das Beste aus zwei Welten – für Ihre symptomatischen COPD-Patienten“, im Rahmen des DGIM-Kongresses, Mannheim, April 2015, Veranstalter: Novartis Pharma GmbH

<sup>2</sup> Ultibro® Breezhaler®, Novartis Pharma GmbH, Nürnberg