

## COPD und Asthma

## Patientenfreundliches Device macht richtiges Inhalieren kinderleicht

**Adhärenz scheitert bei Patienten mit Atemwegserkrankungen häufig an der korrekten Anwendung des Inhalators. Für Umeclidinium/Vilanterol<sup>1</sup> sowie Fluticasonfuroat/Vilanterol<sup>2</sup> wurde ein patientenfreundliches Device<sup>3</sup> entwickelt, das Inhalieren einfach macht.**

Die inhalative Therapie geht bei Patienten mit Asthma oder COPD mit einer schlechten Adhärenz einher. Nach Einschätzung der WHO sind in den Industrieländern knapp ein Drittel der Asthmatiker adhärenz, bei Patienten mit COPD sind es zwischen 10 und 40%. Mit schwerwiegenden Konsequenzen, wie Dr. Timm Greulich, Marburg, auf einem Industriesymposium deutlich machte<sup>4</sup>: „Schlechte Adhärenz ist assoziiert mit hohen Kosten, häufiger Rehospitalisierung und Mortalität.“ Die Ursachen für Non-Adhärenz sind vielfältig. Besonders problematisch ist die korrekte Anwendung des Inhalators. Das neue Device soll daher besonders einfach zu hand-

haben sein. In einer Untersuchung setzten 95% der Studienteilnehmer den Inhalator bereits beim ersten Mal richtig ein, über 99% verwendeten ihn auch noch nach 2 Wochen korrekt. Zudem war dieses Device das bevorzugte Inhalationssystem, nämlich für 85–95% der COPD-Patienten und 71% der Asthmatiker. Auch die tägliche Einmalgabe unterstützt die Therapietreue: In einem aktuellen Vergleich zwischen der 1-mal täglichen Inhalation mit dem neuen Gerät und der 2-mal täglichen Inhalation mit einem anderen Device zeigte sich zudem eine klare Präferenz der COPD-Patienten für die Einmalgabe<sup>5</sup>.

### Ein Inhalator für alle

Eine ergonomische Haptik, ein komfortables Mundstück und ein gut lesbares Zählwerk erhöhen die Akzeptanz. Gleichzeitig zeichnet sich der Mehrdosen-Trockenpulverinhalator mit Einzelverbliste-

rung durch eine hohe Dosiskonstanz aus. Sowohl bei Patienten mit Asthma als auch mit COPD werden bei unterschiedlichem Schweregrad der Atemwegsobstruktion die Wirkstoffe sehr gleichmäßig in die Lunge abgegeben. Ein weiterer Vorteil für Patient und Arzt: das Device steht auch für künftige inhalative Medikamente zur Verfügung. Der Patient muss sich nicht ständig auf ein neues Inhalationssystem einstellen und der Arzt das Inhalationsgerät nicht immer wieder neu erklären.

Dr. Beate Fessler, München

<sup>1</sup> Anoro®, GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG, München

<sup>2</sup> Relvar®, GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG, München

<sup>3</sup> Ellipta®, GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG, München

<sup>4</sup> Industriesymposium „Asthma und COPD: wichtigste Behandlungspfade und -strategien – ein Querschnitt“ und Pressegespräch „Atemwegstherapie aus einer Hand – wohin geht der Weg?“, Berlin, März 2015, Veranstalter: GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG

<sup>5</sup> Yun Kirby S et al. Respir Crit Care Med 2014; Abstract Issue: A3037 – A3037

## COPD

## Duale Fixkombination ist der Monotherapie überlegen

**Patienten, die eine hoch symptomatische chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) mit Exazerbationsvorgeschichte und fehlendem Ansprechen auf eine LAMA- oder LABA-Monotherapie aufweisen, profitieren laut Prof. Claus Vogelmeier, Marburg, zufolge<sup>1</sup> von einer kombinierten bronchodilatatorischen Therapie. LAMA/LABA-Fixkombinationen sind hier die neueste verfügbare Therapieoption, darunter auch die seit Februar 2015 erhältliche Kombination von Acclidiniumbromid/Formoterol<sup>2</sup>.**

Die LAMA/LABA-Kombination erwies sich bei der Verbesserung der Lungenfunktion sowohl der Monosubstanz Formoterol (12 µg) als auch Placebo gegenüber als überlegen: In den 24-wöchigen, randomisierten und doppelblinden, placebokontrollierten Studien ACLIFORM-COPD und AUGMENT erreichten COPD-Patienten unter Acclidiniumbromid/For-

moterol (340 µg/12 µg) eine deutliche Verbesserung der Lungenfunktion – gemessen am forcierten Einsekundenvolumen (FEV<sub>1</sub>) eine Stunde nach Anwendung bzw. FEV<sub>1</sub> eine Stunde vor Anwendung der Dosis (trough FEV<sub>1</sub>). Beim Transitional Dyspnoea Index (TDI) konnten die Patienten in beiden Studien nach 24 Wochen eine erhebliche Verbesserung erreichen (p < 0,001 bzw. p < 0,0001)<sup>3,4</sup>. Bei mittelschweren bis schweren Exazerbationen war die Kombinationstherapie einer gepoolten Analyse zufolge mit einer statistisch signifikanten Senkung (p < 0,05) der Exazerbationsraten um 29% vs. Placebo verbunden.

### Eosinophilie als neuer Biomarker?

COPD-Patienten haben ab einer Frequenz von jährlich mehr als 2 Exazerbationen ein erhöhtes Risiko für eine rasche Verschlechterung der Lungenfunktion und ungünstige Prognose. Da nicht alle Patien-

ten mit einer COPD-Exazerbation auf inhalative Glukokortikoide ansprechen, werden potenzielle Biomarker evaluiert: Als besonders vielversprechend gelte die Messung der Eosinophilen im Blut, berichtete Prof. Christian Taube, Leiden/Holland. Einen Therapieansatz, der sich künftig möglicherweise auch therapeutisch gegen die Eosinophilie einsetzen ließe, stellte Prof. Marek Lommartzsch, Rostock, vor: Der monoklonale Antikörper Benralizumab binde an die α-Untereinheit des Interleukin-5-Rezeptors, sodass die Depletion von Eosinophilen verhindert werde<sup>5,6</sup>.

Dr. Yuri Sankawa, Stuttgart

<sup>1</sup> Industriesymposium: „Von A bis C – Asthma, ACOS, Biologika und COPD“ im Rahmen der 56. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie, Berlin, März 2015, Veranstalter: AstraZeneca GmbH

<sup>2</sup> Duaklir® Genuair®, AstraZeneca GmbH, Wedel

<sup>3</sup> Singh D et al. BMC Pulm Med 2014; 14: 178

<sup>4</sup> D'Urzo A et al. Respir Res 2014; 15: 123

<sup>5</sup> Brightling CE et al. Lancet Respir Med 2014; 2: 891 – 901

<sup>6</sup> Castro M et al. Lancet Respir Med 2014; 2: 879 – 890

Nach Angaben der Industrie