

BLICKPUNKT MEDIZIN

Für den Pneumologen

Spielt das Inhalationssystem eine Rolle für die langfristige Fortsetzung der Therapie?



Die regelmäßige, dauerhafte und korrekte inhalative Therapie ist bei Asthma und chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) eine wichtige Voraussetzung für die Krankheitskontrolle und die Prognose. Neue Daten aus der bisher größten europäischen retrospektiven Analyse von Verordnungsdaten aus Deutschland werfen nun die Frage auf, ob auch das Inhalationssystem Einfluss auf die Persistenz bei dauerhaften Atemwegserkrankungen haben kann [1].

Für einen Großteil der Asthma- und COPD-Patienten ist eine inhalative Therapie – und somit eine lokale Wirkung der Medikation in der Lunge – die Behandlung der Wahl. Während die oft mangelnde Adhärenz bei diesen Patienten ein bekanntes und gut untersuchtes Phänomen ist, haben bisher nur relativ wenige Studien die Persistenz (Zeitraum vom Beginn bis zum Abbruch der verordneten Therapie) von Patienten mit inhalativen Therapien untersucht. Die wenigen Studien deuten jedoch auf suboptimale Persistenzraten dieser Patientengruppen hin: die Persistenz nach 12 Monaten beträgt gerade einmal 8,8% [1-5]. Geringe Persistenzraten können zu schlechteren Therapieergebnissen führen.

Die Ergebnisse einer retrospektiven Analyse von deutschen Verordnungsdaten über 12 Monate werfen nun die Frage auf, ob das Inhalationssystem eine Rolle bei der Persistenz in der Atemwegstherapie spielt.

Persistenzrate doppelt so hoch

In der retrospektiven Datenanalyse wurde bei Patienten mit Asthma* oder COPD** die Persistenz von 2 wirkstoffgleichen ICS/LABA-Kombinationen verglichen (Fluticason-17-propionat/Salmeterol),

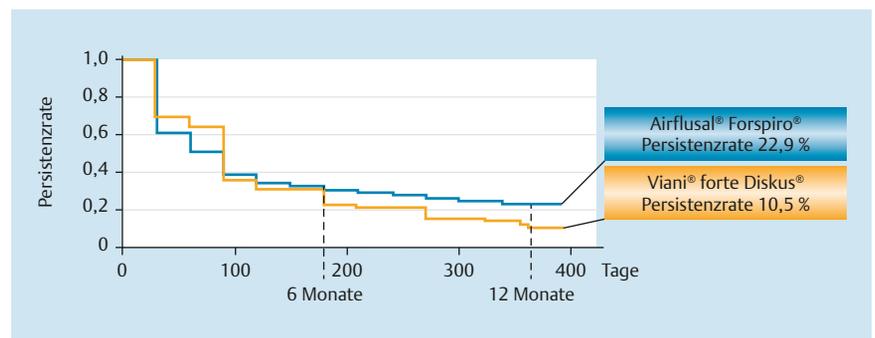


Abb. 1 Die Persistenzrate bei Therapie mit Airflusal® Forspiro® nach 12 Monaten war doppelt so hoch wie mit Viani® forte Diskus® (Kaplan-Meier Kurve); mod. nach [1].

die mit unterschiedlichen Inhalationssystemen verabreicht wurden (Viani® forte Diskus® bzw. Airflusal® Forspiro®). In die Analyse gingen die Daten von 11774 Asthma- und COPD-Patienten (≥ 12 Jahre) ein, die therapienaiv für die Studienmedikation waren (keine Fluticasonpropionat/Salmeterol-Verordnung in den 6 Monaten vor Berücksichtigung für die Studie). Die Auswertung erfolgte als Paarvergleich (Matched Pair Analyse nach Geschlecht, Altersgruppe und Kalendermonat bei Therapiebeginn). Die Persistenzrate wurde über einen Zeitraum von 12 Monaten ermittelt. Als persistent wurde ein Patient definiert, der

während des Beobachtungszeitraums jeweils innerhalb von 30 Tagen nach Verbrauch der letzten Verschreibung eine Folgeverordnung in der Apotheke eingelöst hatte. Wurde innerhalb dieser 30 Tage kein Folgerezept ausgestellt bzw. in der Apotheke eingelöst, wies dies auf einen Abbruch der Therapie hin und der Patient wurde als nicht persistent eingestuft.

Insgesamt wurden 5587 Fallpaare gebildet. Nach 12 Monaten zeigte sich zwischen den beiden Gruppen ein deutlicher Unterschied in der Persistenzrate

„Persistenz und Adhärenz sind Kernpunkte der inhalativen Atemwegstherapie“

Über die Bedeutung der Persistenzstudie [1] für den Behandlungsalltag und ihre eigenen Erfahrungen in Praxis und Klinik sprechen der niedergelassene Pneumologe Dr. Hartmut Timmermann, Hamburg, und der Kliniker Prof. Claus Kroegel, Jena.

Welche Erfahrungen haben Sie mit der Persistenz ihrer Patienten in der Inhalationstherapie gemacht?

Kroegel: Dem Arzt gegenüber geben die Patienten nahezu immer an, persistent zu sein. Ob dies tatsächlich in vollem Umfang zutrifft, bleibt letztlich offen. Das gilt insbes. für Patienten, deren Symptome nicht täglich auftreten.

Timmermann: Adhärenz ist der Kernpunkt der inhalativen Atemwegstherapie. Wichtig hierfür ist, dass der Patient gut mit seinem Inhalator umgehen kann und über seine Erkrankung aufgeklärt ist. Bei uns in der pneumologischen Schwerpunktpraxis sind Patientenschulungen daher ein sehr wichtiger Aspekt.

Wie kann man als Arzt in der Praxis am ehesten erkennen, dass der Patient nicht persistent oder adhärent ist?

Timmermann: Neben der ärztlichen Bewertung welches Inhalationssystem für den Patienten am besten geeignet ist, fragen wir die Patienten in unserer Praxis auch direkt, mit welchem Inhalator sie am besten zurechtkommen. Denn Sie müssen schließlich täglich mit diesem inhalieren. Ich bin überzeugt, dass wir so höhere Adhärenz- und Persistenzraten erreichen können.

Kroegel: Patienten neigen dazu, die Adhärenz einer Medikation zu bestätigen,

obwohl dies nicht unbedingt der Fall sein muss. Der beste Weg in der Praxis ist, den Patienten direkt nach seiner Erfahrung im Umgang mit dem Inhalator zu befragen. Auch die direkte Frage an den Patienten nach der regelmäßigen Applikation der Inhalationstherapie ist sinnvoll. Einige Patienten geben dann eine beschwichtigende Antwort, indem sie bspw. zugeben, dass sie die Applikation an einigen Tagen vergessen hätten, weil es ihnen gesundheitlich gut gegangen sei.

Wie schätzen Sie die Ergebnisse der neuen Persistenzstudie ein?

Timmermann: In diesem unselektierten und, meiner Erfahrung nach, häufig unzureichend geschulten Patientengut schnitt Airflusal Forspiro besser ab als das Referenzprodukt. Das spricht dafür, dass es ein gut einzusetzendes Device ist. Aber auch von diesen Patienten beendeten rund 80% innerhalb von einem Jahr die Therapie. Dies zeigt eindrücklich, wie groß das Persistenzproblem bei chronischen Atemwegserkrankungen in der breiten Versorgung ist.

Kroegel: Die Bedeutung der Studie liegt v.a. darin, dass anhand einer großen Datenbank die Dauer der kontinuierlichen Anwendung zweier Inhalationssysteme mit den gleichen Inhaltsstoffen in der realen Welt miteinander verglichen



Prof. Dr. Claus Kroegel, Jena



Dr. Hartmut Timmermann, Hamburg

wird. Da die Inhaltsstoffe gleich waren, liegt die Frage nahe, ob sich die höhere Persistenzrate evtl. auf eine stärkere Akzeptanz des Inhalationsgerätes durch die Patienten zurückführen lässt. Dies näher zu untersuchen, könnte lohnend sein. Die Studie ist zwar retrospektiv angelegt, dafür stammten die Daten aus dem klinischen Alltag.

Gibt es Patientengruppen, die besonders „gefährdet“ sind ihre Therapie abzubrechen?

Kroegel: Patienten mit leichteren Erkrankungen, die nicht täglich an Symptomen leiden, neigen eher dazu, Tage mit Therapiepausen einzulegen als solche, die permanent an Dyspnoe leiden und erst über das Medikament eine Symptomlinderung erfahren.

Timmermann: Patienten mit Asthma, die verstärkt saisonal Beschwerden haben, wären hier ein Beispiel. Sie neigen dazu, die Therapie zu beenden, wenn es ihnen wieder besser geht. Man muss die Patienten darüber aufklären, dass es sich um eine chronische Erkrankung handelt.

($p=0,01$). Patienten, die Airflusal® Forspiro® verordnet bekamen, hatten eine doppelt so hohe Persistenzrate, blieben also doppelt so lange bei der verordneten Medikation, wie Patienten, die das Vergleichspräparat Viani® forte 50 µg/500 µg Diskus® anwendeten (22,9 vs. 10,5%, Abb. 1).

Literatur

- 1 Bender BG et al. J Allergy Clin Immunol Pract 2016; 4: 884–889
- 2 Bender BG et al. J Allergy Clin Immunol 2006; 118: 899–904
- 3 Hasford J et al. Allergy 2010; 65: 347–354
- 4 Penning-van Beest F et al. Respir Med 2011; 105: 259–265
- 5 Barnes CB, Ulrik CS. Respir Care 2015; 60: 455–468

Impressum

Blickpunkt Medizin zur Zeitschrift Pneumologie, 70. Jahrgang, Heft 12, Dezember 2016

Der Blickpunkt Medizin erscheint außerhalb des Verantwortungsbereichs der Herausgeber der Zeitschrift Pneumologie.

Berichterstattung: Dr. Kirsten Westphal, Kirchheim
Redaktion: Lilian Hauser, Stuttgart

Titelbild: Fotolia

Eine Sonderpublikation unterstützt von Hexal AG, Holzkirchen.

Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Jeder Benutzer ist angehalten, durch sorgfältige Prüfung der Beipackzettel der verwendeten Präparate und ggf. nach Konsultation eines Spezialisten festzustellen, ob die dort gegebene Empfehlung für Dosierung oder die Beachtung von Kontraindikationen gegenüber der Angabe in dieser Beilage abweicht. Eine solche Prüfung ist besonders wichtig bei selten verwendeten Präparaten oder solchen, die neu auf den Markt gebracht worden sind. Jede Dosierung oder Applikation erfolgt auf eigene Gefahr des Benutzers.

© 2016 Georg Thieme Verlag KG, 70469 Stuttgart

* Airflusal® Forspiro® ist indiziert für die regelmäßige Behandlung von Asthma bronchiale (bei Patienten ≥ 12 Jahren), bei der die Anwendung eines Kombinationspräparates (langwirksamer Beta-2-Agonist und inhalatives Kortikoid) angezeigt ist: bei Patienten, die mit inhalativen Kortikoiden und kurzwirksamen Beta-2-Agonisten zur bedarfsweisen Inhalation nicht ausreichend eingestellt sind oder bei Patienten, die mit inhalativen Kortikoiden und langwirksamen Beta-2-Agonisten ausreichend eingestellt sind.

** Airflusal® Forspiro® ist angezeigt für die symptomatische Behandlung von Patienten mit COPD mit einem $FEV_1 < 60\%$ des Normwertes (vor Anwendung eines Bronchodilatators) und wiederholt aufgetretenen Exazerbationen, die trotz regelmäßiger bronchienerweiternder Therapie signifikante Symptome aufweisen (Fachinformation, Stand September 2015).