

DER ARZNEIMITTELBRIEF

Unabhängiges
Informationsblatt



Gegründet von
H. Herxheimer, M. Schwab,
H.-W. Spier
Herausgeber
Wolf-Dieter Ludwig,
Jochen Schuler

Schriftleitung
Dietrich von Herrath, Wolf-Dieter Ludwig,
Thomas Schneider, Gisela Schott,
Jochen Schuler
Mitarbeiterin
Josefa Lehmke

Jahrgang 53
Nr. 1
Berlin
Januar 2019

www.der-arzneimittelbrief.de

Aktualisierte Nationale VersorgungsLeitlinie Asthma veröffentlicht [CME]

Zusammenfassung: Zu den Empfehlungen der aktualisierten Nationalen VersorgungsLeitlinie (NVL) Asthma gehört, dass sich Klassifikation und Behandlung nun ausschließlich nach dem Grad der Asthmakontrolle richten. Die Grundprinzipien der Therapie sind geblieben: Reicht die Bedarfsmedikation mit einem kurz wirkenden Beta-2-Sympathomimetikum (SABA) nicht aus, bilden inhalative Glukokortikosteroide die Basis der Langzeittherapie. Nach einem Stufenschema werden sie in steigender Dosierung mit anderen Wirkstoffen kombiniert, wie lang wirkenden Beta-2-Sympathomimetika (LABA) und lang wirkenden Anticholinergika (LAMA). Von einer Monotherapie mit LABA raten die Autoren entschieden ab. Monoklonale Antikörper sind erst in der letzten Therapiestufe vorgesehen und sollten von Pneumologen verordnet werden.

Ende September 2018 wurde die 3. Auflage der Nationalen VersorgungsLeitlinie (NVL) Asthma veröffentlicht (1). Die Leitlinie gibt 119 Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Asthma. Die Leitliniengruppe war multidisziplinär zusammengesetzt mit Vertretern aus 21 Fachgesellschaften und Organisationen, darunter auch Mitglieder der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Obwohl der Anteil der Autoren mit deklarationspflichtigen Interessenkonflikten hoch war – 28 von 41 Autoren gaben solche an – wurde der Umgang mit den Interessenkonflikten von „Leitlinienwatch“ als vorbildlich beurteilt (2).

Zu den wichtigsten Empfehlungen der aktualisierten NVL Asthma gehört, dass sich Klassifikation und Behandlung nun ausschließlich nach dem Grad der Asthmakontrolle richten. Der Grad der Asthmakontrolle (gut kontrolliert/teilweise kontrolliert/unkontrolliert) ergibt sich aus der Symptomkontrolle, die über Fragen u.a. zum Gebrauch einer Bedarfsmedikation und zur Einschränkung der Aktivität erhoben wird. Außerdem wird das Risiko für eine Verschlechterung des Asthmas anhand der Lungenfunktion und der Zahl von Exazerbationen eingeschätzt. Die frühere Einteilung nach dem Schweregrad hat keinen Stellenwert mehr.

Ziele der medikamentösen Therapie sind: Suppression der bronchialen Entzündung und Hyperreagibilität, Beseitigung bzw. Reduktion der Atemwegsobstruktion sowie Erreichen einer bestmöglichen Asthmakontrolle. Die Behandlung folgt einem medikamentösen Stufenschema, das für Erwachsene – wie in der letzten Version der NVL – 5 Stufen umfasst (s. Tab. 1). Wenn die Bedarfsmedikation mit einem kurz wirksamen Beta-2-Sympathomimetikum (SABA) nicht ausreicht, um die Beschwerden zu kontrollieren, sollen Patienten regelmäßig ein inhalatives Glukokortikosteroid

Inhalt

Aktualisierte Nationale VersorgungsLeitlinie Asthma veröffentlicht	1
Bei Dilatativer Kardiomyopathie die Therapie der Herzinsuffizienz auch nach Besserung fortsetzen	2
Ist Fischöl doch protektiv wirksam bei kardiovaskulären Erkrankungen?	3
Nochmals: MitraClip „plus“ oder „nur“ optimierte Therapie der Herzinsuffizienz bei sekundärer Mitralinsuffizienz?	5
Erhöhte Trinkmenge kann Zystitis-Rezidive bei gesunden prämenopausalen Frauen reduzieren.	7
Arthroskopische Eingriffe bei Meniskusriß – eine große Studie aus England	8

Dosisangaben ohne Gewähr.

(ICS) erhalten. ICS vermindern die Entzündung, die der Erkrankung zugrunde liegt. Ein möglichst geringer Bedarf eines SABA ist ein wichtiges Ziel und zudem ein Kriterium für den Erfolg der Therapie.

In Therapiestufe 3 wird für erwachsene Patienten bevorzugt die Kombination eines niedrig dosierten ICS mit einem lang wirkenden Beta-2-Sympathomimetikum (LABA) empfohlen. Alternativ soll ein ICS in mittlerer Dosierung eingesetzt werden. Ausdrücklich gewarnt wird vor einer Monotherapie mit einem LABA, weil diese zwar Asthmasymptome, aber nicht die zugrunde liegende Entzündung vermindern. Eine Monotherapie mit einem LABA ohne ICS führt zu mehr Exazerbationen, Krankenhauseinweisungen und Todesfällen. Sind ICS und LABA indiziert, sollen Patienten möglichst eine Fixkombination erhalten, um eine Gefährdung durch die alleinige Anwendung eines LABA zu verhindern.

In Stufe 4 soll bei Erwachsenen bevorzugt die Kombination aus einem ICS im mittleren oder hohen Dosisbereich und einem LABA angewandt werden. Als Therapiealternative in dieser Stufe sehen die NVL-Autoren eine additive Behandlung mit einem lang wirkenden Anticholinergikum (LAMA) zu einer bereits bestehenden Medikation aus ICS in mittlerer oder hoher Dosis plus einem LABA.

Monoklonale Antikörper, wie der Anti-IgE-Antikörper Omalizumab (Xolair®) für schweres IgE-vermitteltes allergisches Asthma (vgl. 3) bzw. die Anti-Interleukin-5-Rezeptor-Antikörper Mepolizumab (Nucala®), Reslizumab (Cinqaero®) und Benralizumab (Fasenra®) für schweres eosinophiles Asthma, sind erst in der letzten Therapiestufe vorgesehen, um eine Langzeittherapie mit einem oralen Glukokortikosteroid zu vermeiden. Zuvor sollen alle anderen medikamentösen Optionen ausgeschöpft werden, d.h., wenn selbst unter dreimonatiger maximaler inhalativer antiobstruktiver Kombinationstherapie mit einem ICS in Höchstdosis plus einem