

„Feinste Partikel für die kleinen Atemwege“

**Pressegespräch der Fujisawa Deutschland GmbH
am 5. Februar 2004 in München**

Eine optimale antientzündliche Behandlung von Asthma ist nur gewährleistet, wenn eine wirksame Dosis des inhalativen Glukokortikoids die kleinen Atemwege erreicht. Dies erfordert eine besondere Galenik mit extrafeinen Aerosol-Partikeln. Das HFA-BDP-Lösungsaerosol Junik[®] ermöglicht eine effektive antientzündliche Therapie der ganzen Lunge bei geringer Wirkstoffdosis.

„Luftnot ist mit das bedrohlichste, was Menschen empfinden können“, betonte Dr. Thomas Voshaar, Moers. „Ein Asthmaanfall ist in seiner Angst erzeugenden Wirkung gleich zu setzen mit einem akuten Herzinfarkt“.

Bei Asthma bronchiale, das über längere Zeit schlecht oder gar nicht antientzündlich behandelt wird, entwickelt sich mit der Zeit durch das so genannte „Remodeling“ der Bronchienstruktur eine irreversible Obstruktion der Atemwege. Daher fordern die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie, dass die inhalative antientzündliche Behandlung bei Asthma bereits in den frühen Stadien der Erkrankung eingesetzt wird. Nur so können Lungenfunktion, normale Belastbarkeit und Lebensqualität des Patienten erhalten werden.

„Können wir Asthma-Patienten besser behandeln?“

Diese Frage beantwortete sich Voshaar gleich selbst: „Herkömmliche Inhalationstherapien beschränken sich hauptsächlich auf die großen Atemwege, also eine Lungeoberfläche, die beim Erwachsenen etwa 290 cm² ausmacht. Die gesamte Lunge hat jedoch eine Oberfläche von 140 m². Folglich bleibt häufig der größte Teil der Entzündung unbehandelt.“ Voshaar forderte, dass die kleinen Atemwege bei der inhalativen Therapie von Asthma und COPD stärker als bisher berücksichtigt werden.

Die Entwicklung von HFA-BDP-Lösungsaerosolen hat es ermöglicht, Partikel mit 1,1 bis 2,1 µm herzustellen, die auch die kleinen Atemwege erreichen. Das hat unter anderem dazu geführt, dass die Glukokortikoid-Dosis bei Verwendung von Junik[®] gegenüber dem FCKW-BDP halbiert werden konnte.

Jedoch erzeugen keineswegs alle Lösungsaerosole extrafeine Partikel. Dazu ist ein besonderes Herstellungsverfahren erforderlich. „Seit dem FCKW-Verbot Anfang 2003 wurden viele FCKW-Aerosole durch HFA-Lösungsaerosole ersetzt. Viele Hersteller blieben jedoch bei der Partikelgröße des FCKW-Aerosols, weil sonst neue Zulassungsstudien erforderlich gewesen wären“, erläuterte Voshaar.

COPD – eine Erkrankung der kleinen Atemwege

Chronisch obstruktive Bronchitis ist eine progrediente Lungenkrankheit. Die Veränderungen des Lungengewebes sind zur Zeit durch Medikamente kaum zu beeinflussen. Häufig entwickelt sich mit der Zeit ein Lungenemphysem. Eine mehr oder weniger starke Lungenüberblähung ist im Thorax-Röntgenbild von COPD-Patienten meistens sichtbar. Auch die Bronchialschleimhaut ist von den Umbauvorgängen betroffen. Das Flimmerepithel verschwindet und der Schleim kann ohne Husten nicht mehr abtransportiert werden. Die Luftnot wird durch die Mukostase weiter verstärkt.

Bei schwerer COPD können inhalative Glukokortikoide die Exazerbationsrate senken. Bisher gibt es jedoch keinen klaren Nachweis, dass diese Behandlung auch die COPD-Symptomatik verbessert oder den Verlauf beeinflusst. Voshaar gab jedoch zu Bedenken, dass noch niemand extrafeine Glukokortikoidpartikel in Studien mit COPD-Patienten eingesetzt hat. Es ist also nicht ausgeschlossen, dass sich die Prognose der chronisch obstruktiven Bronchitis verbessert, wenn die bei COPD betroffenen kleinen Atemwege von anti-entzündlichen Medikamenten wirklich erreicht werden.

Inhalative Glukokortikoide für Kinder: So viel wie nötig – so wenig wie möglich

Wenn es um die Therapie von asthmakranken Kindern geht, fragen Arzt und Eltern in der Regel zuerst nach der Sicherheit und dann nach der Wirkung einer Therapie. Häufig wird jedoch die Entscheidung für eine Behandlungsstrategie von Vorurteilen beeinflusst: Trotz der klar für die anti-entzündliche Therapie sprechenden Studiendaten sind einige Pädiater noch immer besorgt, dass das Wachstum der Kinder durch inhalative Glukokortikoide beeinträchtigt werden könnte. Die Angehörigen leidet meist eine diffuse „Cortison-Angst“. So kommt es, dass nur etwa 30% der Kinder mit chronischem Asthma bronchiale optimal behandelt werden. Nach den Erfahrungen von Dr. Andrea von Berg, Marienhospital Wesel, sind es keineswegs die mit inhalativen Glukokortikoiden behandelten Kinder, deren Entwicklung beeinträchtigt ist. Die Gefahr, dass Kinder aufgrund ihres Asthmas nicht wachsen, ist wesentlich größer. „Schlecht eingestellte Asthmakinder wachsen nicht, schlafen schlecht und scheuen Bewegung. Sie werden dick und krank und fehlen häufig in der Schule“, fasste von Berg zusammen.

Dabei sind die Leitlinien klar: Wenn eine Dauertherapie notwendig ist (ab Stadium 2) wird die Behandlung mit inhalativen Glukokortikoiden bei Kindern als First-Line-Therapie empfohlen. Je früher man mit der Behandlung beginnt, desto besser ist die Prognose für die Lungenfunktion. Wichtig ist, dass man für einige Monate mit hohen Dosen behandelt, bis die Entzündung weitgehend abgeklungen ist. Anschließend wird schrittweise auf die minimal effektive Dosis herunter titriert. „Die meisten unserer Patienten kommen in der Dauertherapie mit einer täglichen Dosis von 50 bis 100 µg Junik junior aus“. Zur Vermeidung von Anstrengungsasthma genügen 50 µg einmal am Abend (Agertoft et al 2003).

Die Deposition hängt vom Alter ab

Das Atemzugvolumen, der inspiratorische Atemfluss und die Atemwegsgeometrie sind, wie auch die Geschicklichkeit des Kindes, altersabhängig. Diese Faktoren sind folglich ebenso wie die Teilchengröße des Aerosols für Deposition des Wirkstoffs in der Lunge entscheidend.

Die Atemwege von Kindern haben naturgemäß einen kleineren Durchmesser. Wenn die kleinen Atemwege eines Kindes von einer Entzündung betroffen sind, verringert sich das Lumen zusätzlich. Daher ist gerade für die Behandlung von kleinen Kindern ein Aerosol minimaler Partikelgröße erforderlich. Die Deposition von extrafeinem HFA-BDP in der Lunge liegt bei Kindern zwischen fünf und sieben Jahren bei 35%, bei acht bis zehn-jährigen bei 45% und bei älteren ist sie mit über 50% so hoch wie bei Erwachsenen (Devadason et al., 2003).

Kleinen Kindern fällt es nicht leicht, ihren Atemzug mit der Bedienung eines Inhalers zu koordinieren. Mit dem Atemzug-gesteuerten Autohaler kommen dagegen auch die jüngsten Asthma-Patienten gut zurecht.

Oft reicht die halbe Dosis

In Vergleichsstudien zeigte sich, dass extrafeines HFA-BDP nicht nur bei Erwachsenen, sondern auch bei Kindern eine Halbierung der Glukokortikoiddosis gegenüber herkömmlichem FCKW-BDP ermöglicht (Pedersen et al., 2002). Ähnlich ist die Situation im Vergleich zu Budesonid: In einer Studie zur Ermittlung der Erhaltungsdosis von inhalativen Glukokortikoiden bei asthmakranken Kindern war im Vergleich zu Budesonid nur die halbe Dosis des extrafeinen HFA-BDP erforderlich (Scheinmann et al., 2003). Im Vergleich zu Fluticason waren die Erhaltungsdosen gleich (Price et al., 2003).

Ansprechpartner:

Dr. Maren Mundt
MW Office PR
Steinheilstraße 10
85737 Ismaning

Tel.: 089-96086-360

► maren.mundt@mwoffice.de