

Erste Anhaltspunkte für eine gezielte Medikamentenauswahl

Nur ein Traum? Individuelle Therapie für Asthmakranke

„Die personalisierte Asthmatherapie ist immer noch ein Traum“, so Professor Dr. Stanley Szefer von der Universität of Colorado in Denver. Immerhin gibt es erste Anhaltspunkte für eine gezielte Auswahl von Antiasthmatica, verdeutlichte Szefer am Beispiel des Stufenplans zur Asthmatherapie bei Kindern.

Das richtige Medikament dem richtigen Patienten zur richtigen Zeit zu geben mit dem Ziel, vollständige Asthmakontrolle zu erreichen bzw. zu erhalten: Das ist nach Angaben des Pädiaters, Prof. Dr. Stanley Szefer nichts anderes als personalisierte Asthmatherapie und dafür gibt es bereits einige Auswahlkriterien – zum Beispiel bei ausgewählten Punkten des Stufenplans zur Asthmatherapie bei Kindern:

Stufe zwei des Therapieschemas bei Kindern: Die Wahl inhalativer Kortikosteroide (ICS) oder orales Montelukast.

Für eine bessere Wirksamkeit von ICS wie Fluticason sprechen laut Szefer höherer Bedarf und besseres Ansprechen auf kurz wirksame Beta-2-Mimetika (SABA), geringerer präbronchodilatatorischer FEV1-Wert und geringer FEV1/FVC-Wert, geringeres Ansprechen auf den Methacholin-Provokationstest sowie

höheres eosinophiles kationisches Protein im Serum und höherer Anteil von NO in der Austatemluft (FeNO).

Stufe drei des Therapieschemas bei Kindern: Es stellt sich die Frage, wann bei ungenügender Asthmakontrolle ein Step-up auf langwirksame Beta-Mimetika (LABA) besser ist als eine Monotherapie mit ICS. Üblich ist eine frühzeitige ICS/LABA-Kombinationstherapie, aber das beste Ansprechen darauf ist nur bei Kindern mit Asthma und Ekzem belegt, sagte Szefer.

Stufe fünf des Therapieschemas bei Kindern: Intensivtherapie mit dem anti-IgE-Antikörpers Omalizumab zur Exazerbationsprophylaxe.

Im Frühjahr und Herbst ist das Exazerbationsrisiko am höchsten, sagte der Pädiater, und besonders gefährdet seien Kinder mit hohen IgE-Spiegeln, hohem FeNO, hohen Bluteosinophilen, mit Allergensen-

sitivität und positiver Exazerbationsanamnese. Bei diesen Risikokindern können durch saisonalen hochdosierten ICS-Einsatz in Kombination mit Omalizumab-Injektionen Exazerbationen am besten vorgebeugt werden.

Es bewegt sich was

Nachdem sich 15 Jahre lang in der Asthmatherapie kaum etwas verändert hat, gibt es seit kurzer Zeit Bewegung im therapeutischen Arsenal. Tiotropium und ein Interleukin-5-Hemmer wurden kürzlich für asthmakranke Kinder ab 12 Jahren und Omalizumab für Kinder ab 6 Jahren zugelassen, berichtete Szefer, und Studien zu Interleukin-13 und IL-4/IL-13-Hemmern bei Jugendlichen sind weit fortgeschritten. Auch für den Einsatz dieser Medikamente gibt es Biomarker bzw. Auswahlkriterien. Ein Prädiktor für das Ansprechen auf das langwirksame Anticholinergikum ist ein gutes Ansprechen auf das SABA Albuterol und hohe Eosinophilenspiegel im Blut weisen auf eine gute Wirksamkeit von Interleukin-Blockern hin.

Prävention von Asthma bei Kinder

Großer Bedarf besteht natürlich weiterhin in der Primärprävention von Asthma bronchiale. Die besten Evidenzen für eine vorbeugende Wirkung gibt es für das Stillen Neugeborener über sechs Monate, sagte Prof. Dr. Anita Kozyrskyj, Alberta. Empfehlungen zur Einnahme von Präbiotika können derzeit noch nicht gegeben werden, obwohl ein Zusammenhang zwischen dem Mikrobiom und Asthma bronchiale dokumentiert ist. Das Fehlen von Bakteroides korreliert mit einem dreifach erhöhten Asthmarisiko bei Kindern. Als Wegbereiter einer normalen Darmkolonisierung nannte sie vaginale Entbindung, keine Exposition zu Antibiotika und ausschließliches Stillen über sechs Monate. (Roland Fath)



Im Herbst ist das Exazerbationsrisiko sehr hoch.

© Maria Flick-Buils / Stock / Thinkstock