



Lungen- fibrose aus- bremsen

Patienten mit idiopathischer Lungenfibrose (IPF) profitieren von einer frühzeitigen Diagnose und Therapie.

Essenziell für die Prognose von IPF-Patienten ist eine frühe Diagnose, da nur eine frühzeitige antifibrotische Therapie den Verlauf der Erkrankung bremsen kann, erklärte Prof. Michael Kreuter vom Zentrum für interstitielle und seltene Lungenerkrankungen der Universitätsklinik Heidelberg. Aufgrund der oftmals unspezifischen Symptomatik bei der Erstvorstellung (Belastungsdyspnoe, trockener Husten) wird IPF jedoch initial in etwa der Hälfte der Fälle fehldiagnostiziert und mit chronisch-obstruktiver Lungenerkrankung (COPD), Asthma oder chronischer Herzinsuffizienz verwechselt. Die Dauer bis zur korrekten Diagnose beträgt durchschnittlich ein bis zwei Jahre.

Diagnostisch wegweisend sind das typische endinspiratorische Knisterrasseln bei der basolateralen Auskultation und das UIP-Muster (Usual Interstitial Pneumonia) mit subpleuralem Honigwabemuster in der hochauflösenden Computertomografie (high-resolution computed tomography, HRCT). Häufig sind auch Traktionsbronchiektasen und Milchglasverschattungen zu erkennen.

Sofort antifibrotisch behandeln

Ist die Diagnose gestellt, sollte sofort eine antifibrotische Therapie eingeleitet werden. Der niedermolekulare Tyrosinkinase-Inhibitor Nintedanib (Ofev®) kann den Krankheitsverlauf erheblich bremsen – auch bei Patienten mit erhaltener Lungenfunktion (FVC > 90% vom Sollwert). In klinischen Studien konnte das Präparat das Risiko für prognostisch ungünstige akute IPF-Exazerbationen signifikant um 47% reduzieren. Die Ergebnisse der INPULSIS-ON-Studie zeigen, dass Nintedanib den Krankheitsprogress um bis zu 68 Monate verlangsamt und dabei ein akzeptables Sicherheits- und Verträglichkeitsprofil hat.

Pressegespräch „Post-ERS 2018“, Frankfurt am Main, 22. September 2018, Veranstalter: Boehringer Ingelheim, Bericht: Dagmar Jäger-Becker

SGLT-2-Hemmer bei Diabetes mellitus

Antidiabetikum mit Herzschutz

Jeder zweite Patient mit Typ-2-Diabetes stirbt kardiovaskulär bedingt. Herzschützende Diabetesarzneien haben daher Vorteile.

„Ein 50-jähriger Diabetes-Patient ohne kardiovaskuläre Vorerkrankung hat eine um sechs bis sieben Jahre verkürzte Lebenserwartung“, so Prof. Dirk Müller-Wieland, Uniklinik der RWTH Aachen. Die Bedeutung der SGLT-2-Hemmer für den Herzschutz von Typ-2-Diabetikern hob Dr. Gerhard Klausmann, niedergelassener Diabetologe aus Aschaffenburg, anhand der aktuellen Daten der DECLARE-Studie hervor.

Hier erhielten rund 17.000 Diabetes-Patienten ohne und mit kardiovaskulärer Vorerkrankung den SGLT-2-Hemmer

Dapagliflozin (Forxiga®) oder Placebo. Im gesamten Studienkollektiv gab es in der Dapagliflozin-Gruppe 17% weniger kardiovaskuläre Todesfälle und Klinikeinweisungen als in der Placebogruppe (4,9% vs. 5,8%). „Getriggert wurde dieser Unterschied durch die um 27% geringeren Klinikeinweisungen wegen Herzinsuffizienz in der Verumgruppe“, sagte Klausmann, „und das in einer Population, in der die Mehrheit keine Herzinsuffizienz in der Vorgeschichte hatte.“ Die Rate schwerwiegender kardialer Ereignissen war insgesamt nicht signifikant verschieden.

Pressegespräch „AHA-Update 2018“, Frankfurt am Main, 14. November 2018, Veranstalter: AstraZeneca, Bericht: Dr. Michael Hubert

Vorhofflimmern und Niereninsuffizienz

Welches Antikoagulans?

Vorhofflimmern ist bei Niereninsuffizienz sehr häufig – und damit auch die Indikation für eine orale Antikoagulation. Aber welches Präparat ist am besten geeignet?

Etwa 10–25% der Patienten mit Niereninsuffizienz leiden unter Vorhofflimmern (VHF), und ihr Risiko für thromboembolische Komplikationen sowie für Blutungen ist deutlich höher als bei nierengesunden Patienten mit VHF, erklärte Prof. Martin Gross, niedergelassener Internist aus München. Vitamin-K-Antagonisten (VKA) sind bei manifester Niereninsuffizienz in Deutschland nicht zugelassen. Zudem gibt es Hinweise auf eine beschleunigte Arteriosklerose unter VKA bei Patienten mit Niereninsuffizienz.

Apixaban, Edoxaban und Rivaroxaban können in adaptierter Dosis laut Zulassung bis zu einer Kreatinin-Clearance von 15 ml/min eingesetzt werden, Dabi-

gatan bis zu einem Wert von 30 ml/min. Somit kann man mit den nicht-Vitamin-K-abhängigen oralen Antikoagulanzen (NOAKs) auch VHF-Patienten mit bereits deutlich eingeschränkter Nierenfunktion vor einem Schlaganfall schützen. Für die Behandlung von Dialysepatienten ist keines der oralen Antikoagulanzen zugelassen. In einer retrospektiven Kohortenstudie konnte aber gezeigt werden, dass Apixaban (Eliquis®) bei Dialysepatienten zumindest sicherer zu sein scheint als Warfarin. Unter Apixaban lag die Rate an Major-Blutungen hier bei 5,4% vs. 22,0% unter Warfarin. Ischämische Schlaganfälle traten in keiner der beiden Gruppen auf.

Satellitensymposium „Der antikoagulierte Patient aus 3 Perspektiven: notfallmedizinisch - neurologisch - internistisch“ im Rahmen der DGN-Neurowoche, Berlin, 31. Oktober 2018, Veranstalter: Bristol-Myers Squibb und Pfizer, Bericht: Maria Weiss