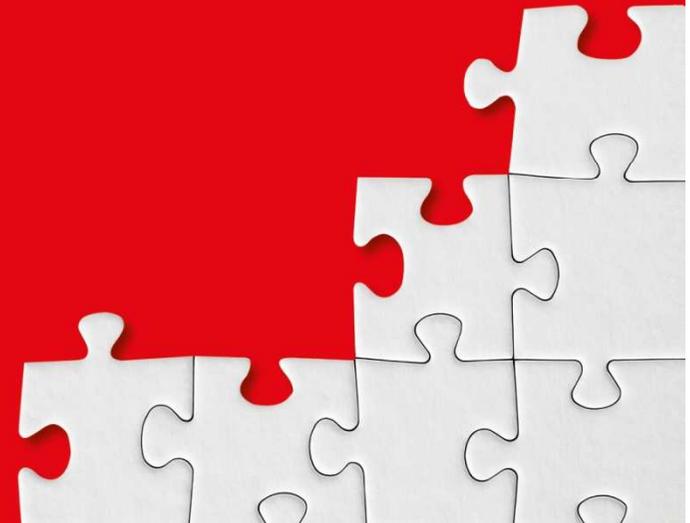


**Be SMART!**  
Individuell agieren bei Asthma 

## WILLKOMMEN ZUM BE SMART WORKSHOP

Martin Flicker, Lungenabteilung LKH Hochsteiermark



# ZIELE UND AGENDA

---

**Ziel des Workshops soll sein, für die variable Erkrankung Asthma anhand praxisnaher Kasuistiken gemeinsam geeignete Therapien zu erarbeiten.**

- **Einleitender Vortrag – Behandlung von Asthma**
- **Workshop – Patientenkasuistik**
- **Plenum – Besprechung der Therapieentscheidungen**
- **Workshop – Eskalation der Kasuistiken**
- **Plenum - Abschlussbesprechung**



## FINANCIAL DISCLOSURE

---

- Für dieses Referat wird von AstraZeneca ein Honorar gewährt
- Auf den Inhalt nimmt AstraZeneca nur insofern Einfluss als die Vereinbarkeit der Aussagen mit Produktinformation und Zulassung überprüft wird
- Sonstige Beziehungen zu AstraZeneca bestehen nicht



## DEFINITION OF ASTHMA

---

Asthma is a heterogeneous disease, usually characterized by chronic airway inflammation.

It is defined by

- the history of respiratory symptoms such as
  - wheeze, shortness of breath, chest tightness and cough
- that vary
  - over time and in intensity, together with variable expiratory airflow limitation.



# DIAGNOSIS OF ASTHMA

---

The diagnosis of asthma should be based on:

- A history of characteristic symptom patterns
  - Evidence of variable airflow limitation, from bronchodilator reversibility testing or other tests
- Document evidence for the diagnosis in the patient's notes, preferably before starting controller treatment
  - It is often more difficult to confirm the diagnosis after treatment has been started
- Asthma is usually characterized by airway inflammation and airway hyperresponsiveness, but these are not necessary or sufficient to make the diagnosis of asthma.

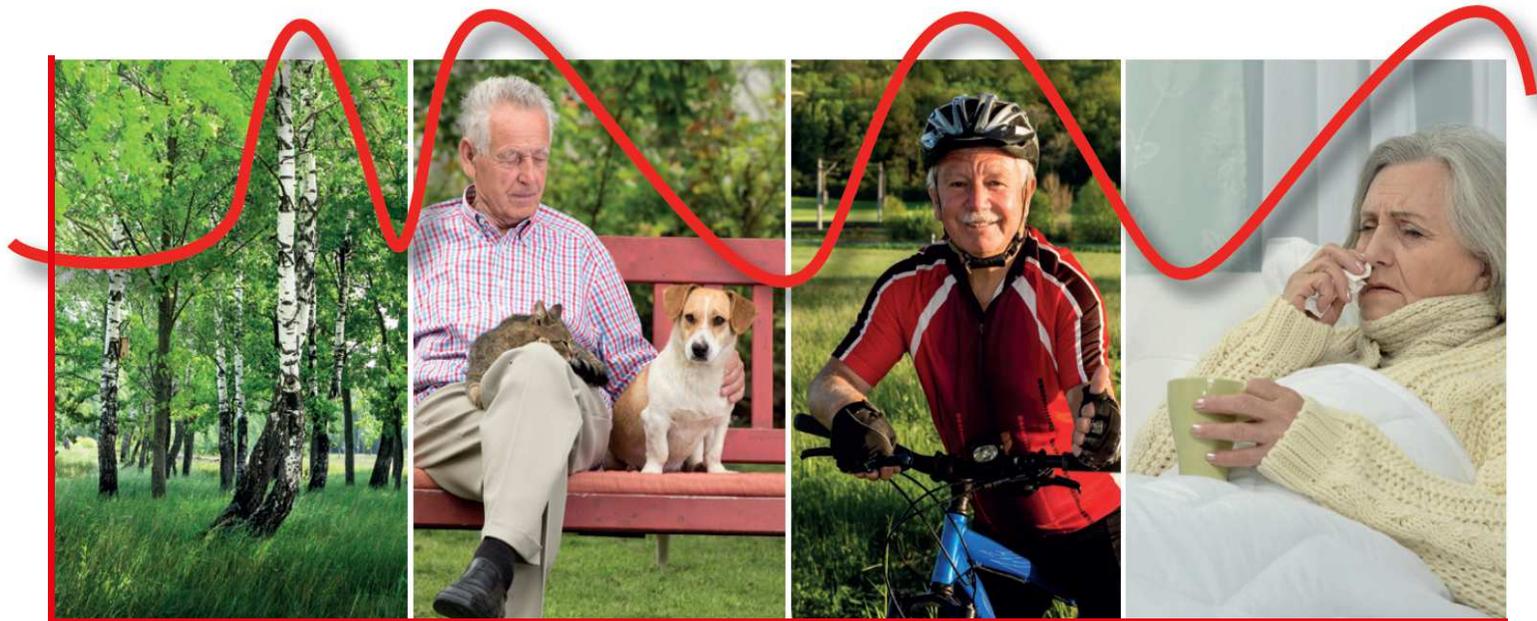


# ASTHMA

## Eine chronisch entzündliche Erkrankung der Atemwege

---

Beschwerden sind variabel und können durch äußere Einflüsse schlagartig verschlimmert werden.



Birkenpollen

Tierhaare

Belastung

Infekte

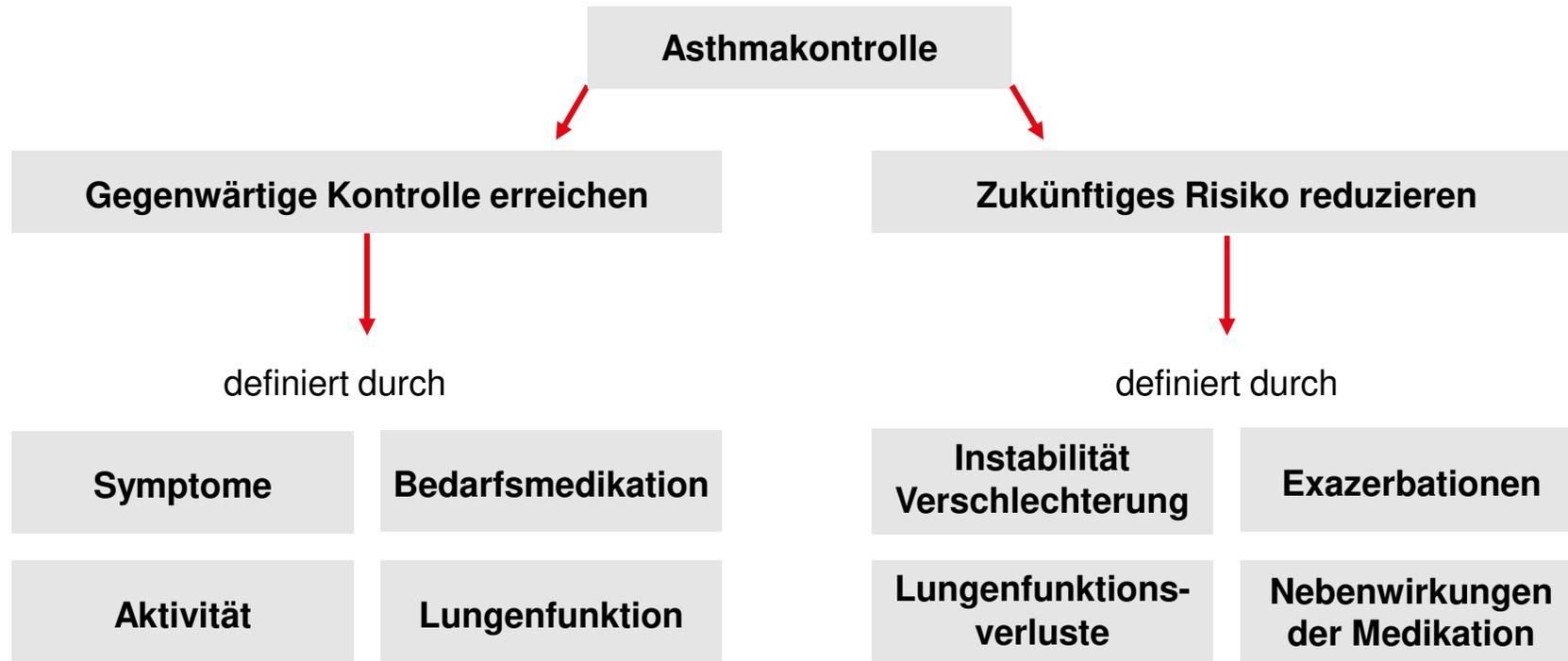
— Beschwerden



# BEHANDLUNG VON ASTHMA

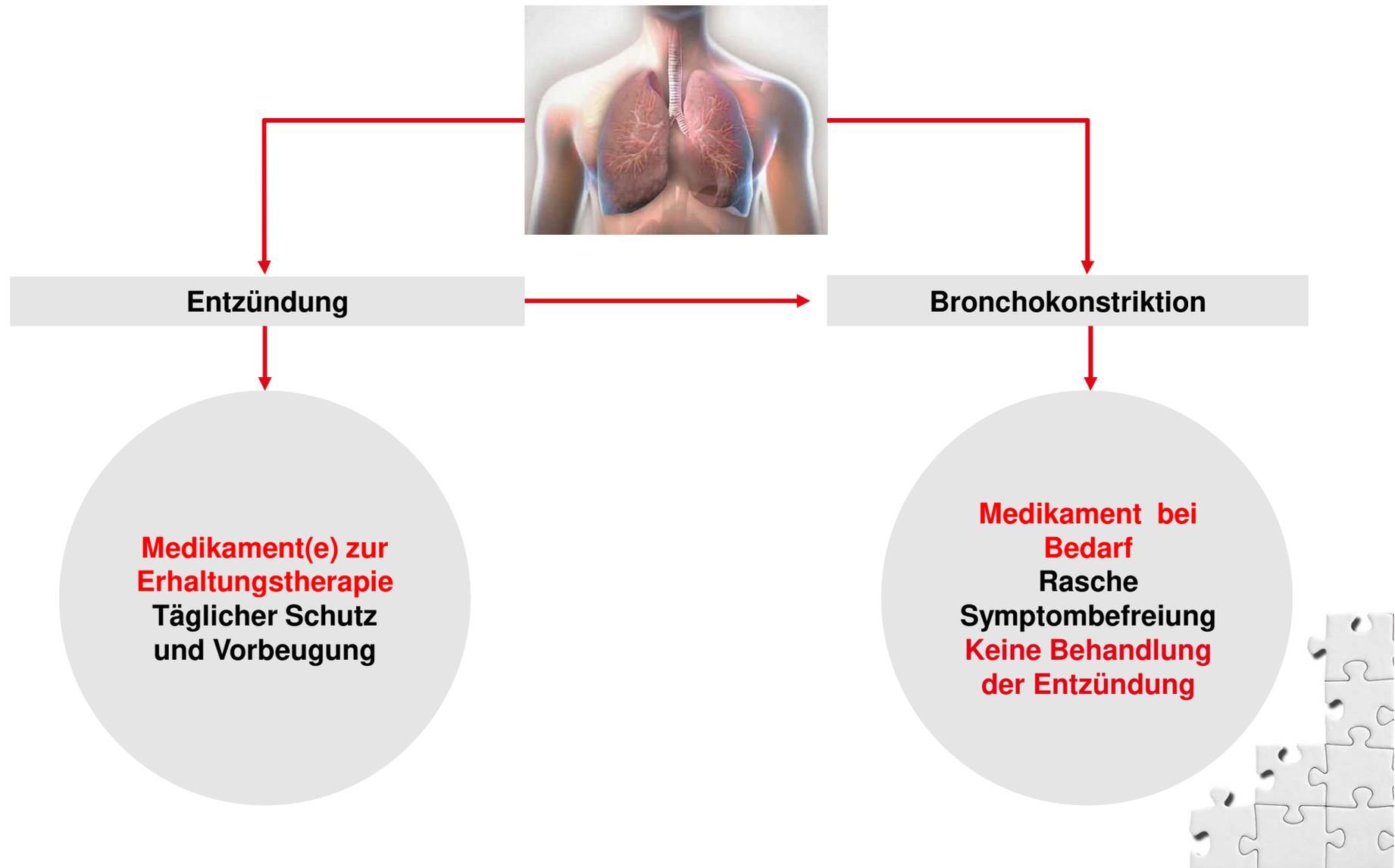
---

## Ziel der Asthma-Behandlung



## 2 KOMPONENTEN in der Behandlung von ASTHMA

---



# SCHRITTWEISER ANSATZ ZUR KONTROLLE VON ASTHMASYMPTOMEN UND ZUR ZUKÜNFTIGEN RISIKOREDUKTION

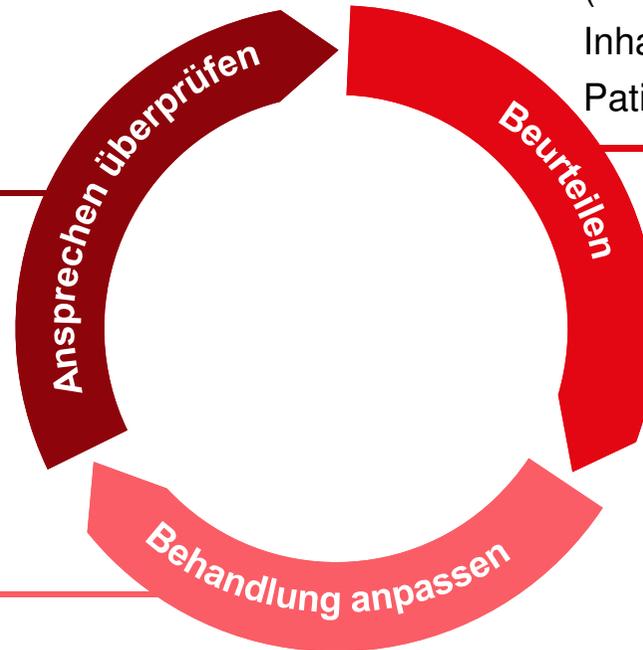
---

Symptome  
Exazerbationen  
Nebenwirkungen  
Patientenzufriedenheit  
Lungenfunktion

---

Diagnose  
Symptomkontrolle & Risikofaktoren  
(inkl. Lungenfunktion)  
Inhalationstechnik und Adhärenz  
Patientenwünsche

---



---

Asthma-Medikamente  
Nicht-pharmakologische Strategien  
Behandlung modifizierbarer Risikofaktoren



## SYSTEMATISCHE PRÜFUNG VON ADHÄRENZ UND MÖGLICHEN PERSISTIERENDEN TRIGGERN

---

- Erfolgt eine leitliniengerechte, dem Schweregrad der Erkrankung angepasste inhalative Basistherapie?
- Geht der Patient korrekt mit dem Inhalator bzw. den Inhalatoren um?
- Nutzt der Patient die inhalative Therapie regelmäßig?
- Versteht der Patient das Konzept der inhalativen Therapie zur Asthmakontrolle?
- Werden Schadstoffe (Tabakrauch,...) aktiv und passiv gemieden?
- Kennt der Patient sein Allergenspektrum und werden auslösende Allergene effektiv vermieden?



# GRADE DER ASTHMAKONTROLLE

## GINA Guidelines Update 2016

### A. Einschätzung der gegenwärtigen Asthmakontrolle (möglichst über einen Zeitraum von 4 Wochen)

Charakteristika	Kontrolliert (Alle angeführten Kriterien sind erfüllt)	Teilweise kontrolliert (Ein bis zwei Kriterien sind erfüllt)	Unkontrolliert
Symptome tagsüber	keine (2x oder weniger/Woche)	> 2x/Woche	drei oder mehr Kriterien für "teilweise kontrolliertes Asthma" sind erfüllt**†
Einschränkungen der Aktivität	keine	gelegentlich	
Nächtliche Symptome	keine	gelegentlich	
Verwendung der Bedarfsmedikation	keine (2x oder weniger/Woche)	> 2x/Woche	

### B. Einschätzung der bestehenden zukünftigen Risiken

(Risiko für Exazerbationen, Instabilität, rasche Lungenfunktionsverschlechterung, Nebenwirkungen)

- Bewertung der Risikofaktoren bei Diagnosestellung und in periodischen Abständen
- Messung des FEV<sub>1</sub> bei Therapiebeginn und nach 3–6 Monaten Erhaltungstherapie, um den persönlichen Bestwert zu ermitteln, danach in regelmäßigen Abständen zur Risikobewertung

#### Bewertung des individuellen Risikos für den Patienten für:

Exazerbationen, bleibende Atemflussbehinderung, Nebenwirkungen von der Therapie

\* Nach jeglicher Exazerbation sollte eine Anpassung der Dauermedikation mit Beurteilung der Wirksamkeit erfolgen.

† Definitionsgemäß wird jede Woche, in der eine Exazerbation auftritt, als unkontrollierte Woche gewertet

‡ ohne Verabreichung eines Bronchodilatators, die Lungenfunktion ist kein verlässlicher Test bei Kindern unter 5 Jahren



# DIE STUFEN DER ASTHMA KONTROLLE

---

	Kontrolliert	Teilweise kontrolliert	Unkontrolliert
Tagessymptome	< 2x / Woche	> 2x / Woche	≥ 3 Eigenschaften der Kategorie «teilweise kontrolliert» in einer Woche
Limitierung der Aktivität	Nein	Ja	
Nächtliche Symptome	Nein	Ja	
Gebrauch von SABA	< 2x / Woche	> 2x / Woche	
Lungenfunktion	Normal	< 80% Soll	
Exazerbationen	Keine	≥ 1 / Jahr	



# ASTHMA – GUTE KONTROLLE

---

Keine Symptome

Wenig oder keine Reliever

Körperliche Aktivität, erfülltes Leben

Normale oder fast normale Lungenfunktion

Keine Asthma-Anfälle oder Exazerbationen

Gina 2014



# ASSESSMENT DER ASTHMAKONTROLLE

---

Beurteile an Hand der letzten 4 Wochen

**Symptome unter tags > 2x**

**Nächtliche Beschwerden**

**Reliever > 2x/Woche benötigt**

**Einschränkung irgendeiner Aktivität**

Kontrolle

**Gut: keine**

**Teilweise : 1 oder 2 erfüllt**

**Schlecht: 3 oder 4 erfüllt**



## Patienten/-innen und Ärzte/-innen überschätzen das Maß der Asthma-Kontrolle

---

- Etwa 50% der Patienten/-innen mit schweren persistierenden Symptomen schätzen ihr Asthma als gut eingestellt ein<sup>1</sup>
- Gemäß derzeitiger Asthma-Leitlinien waren jedoch alle untersuchten Asthma-Patienten/-innen schlecht eingestellt. Nichtsdestotrotz wurden die Asthma-Symptome als 'angemessen bis sehr gut' von:<sup>2</sup>
  - 66% der Patienten/-innen
  - 43% der Ärzte/-innen eingestuft.

<sup>1</sup>Rabe KF, Vermeire PA, Soriano JB, et al. *Eur Respir J*. 2000;16:802-7.

<sup>2</sup>Boulet LP, Phillips R, O'Byrne P, et al. *Can Respir J* 2002;9:417-23.



## SCHWIERIG ZU BEHANDELNDES VS. SCHWERES ASTHMA

---

Ist „das“ überhaupt Asthma?!

Schwierig zu behandelndes Asthma	Schweres Asthma
Unbehandelte Komorbiditäten	Vorhandene therapeutische Möglichkeiten voll ausgeschöpft
Permanente Exposition gegenüber Trigger und Allergene	Steroidresistenz
Schlechte Compliance	Gute Compliance
Psychosozialen Faktoren	Beeinträchtigung der Lebensqualität und der Arbeitsfähigkeit



# SCHWIERIG ZU BEHANDELNDES ASTHMA

---

Asthma mit Komorbiditäten/Adhärenzproblemen/persistierenden Triggern:

- Sinusitis
- Bronchiektasen
- Rauchen
- Schlechte Adhärenz
- Psychosoziale Faktoren
- GERD



# SCHWERES THERAPIEREFRAKTÄRES ASTHMA BRONCHIALE (ERS/ATS 2014)

---

Unter Therapie mit

- Hochdosis-ICS und mindestens einem zusätzlichen Controller (LABA, Montelukast) oder
- oralen Glukokortikoiden > 6 Monate/Jahr

Trifft mindestens einer der folgenden Punkte zu bzw. würde bei Reduktion der Therapie zutreffen:

- keine Asthmakontrolle
- häufige Exazerbation (>2 in den letzten 12 Monaten oder >1 mit Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung oder Beatmung in den letzten 12 Monaten).
- ACT (Asthma-Control-Test) <20
- schlechte Lungenfunktion (FEV1 l/sec. <80% Soll)



# WIRKUNG DER BEI ASTHMA EINGESETZTEN THERAPEUTIKA

Inhalative Glukokortikoide bekämpfen die Entzündung und  $\beta_2$ -Mimetika sorgen für die Bronchodilatation.

Wirkstoffe	Antiinflammatorische Wirkung	Wirkung auf bronchiale Hyperreagibilität	Bronchial-erweiternde Wirkung
Glukokortikoide	+++	+++	-
Lang wirksame $\beta_2$ -Mimetika	(-)	(+)	+++
Montelukast	+	+	+
Cromone (DNCG, Nedocromil)	(+)	+	-
Theophyllin	+	+	+



# SCHRITTWEISER ANSATZ ZUR KONTROLLE VON ASTHMASYMPTOMEN UND ZUR ZUKÜNFTIGEN RISIKOREDUKTION



	Schritt 1	Schritt 2	Schritt 3	Schritt 4	Schritt 5
<b>Bevorzugte Erhaltungsmedikation</b>		Niedrig dosiertes ICS	Niedrig dosiertes ICS/LABA**	Mittel/hoch dosiertes ICS/LABA	Zugabe von z.B. tiotropium** <sup>††</sup> , anti-IgE, anti-IL5*
<b>Andere Optionen</b>	Niedrig dosiertes ICS als Option	Leukotriene receptor antagonists (LTRA) Niedrig dosiertes theophylline*	Med/high dose ICS Low dose ICS+LTRA (or + theoph*)	Tiotropium** <sup>††</sup> Hochdosiertes ICS + LTRA (oder + theoph*)	Zugabe von niedrig dosiertem OCS
<b>Bedarfsmedikation</b>	Bei Bedarf short-acting beta <sub>2</sub> -Agonist (SABA)		Bei Bedarf SABA oder niedrig dosiertes ICS/formoterol <sup>#</sup>		

\* Nicht für Kinder < 12 Jahre

\*\*Für Kinder 6–11 Jahre, ist die bevorzugte Schritt-3-Behandlung mittel-dosiertes ICS

# Für Patienten mit BDP-/Formoterol- oder Budesonid-/Formoterol-Erhaltungs- und Bedarfstherapie

†Tiotropium verabreicht mit einem Vernebler ist eine add-on-Behandlung für Patienten ≥12 Jahre mit einer Geschichte von Exazerbationen



# KONTROLLE DER ENTZÜNDUNG UND BRONCHODILATATION ZUR RICHTIGEN ZEIT

---

**Inhalatives Kortikosteroid  
+  
LABA - Formoterol**

**Als Erhaltungs- und Bedarfsmedikation reduziert**



- **Entzündung und Bronchokonstriktion**
- **Exazerbationen**
- **Benötigte Bedarfsmedikation**
- **Benötigte orale Steroide**



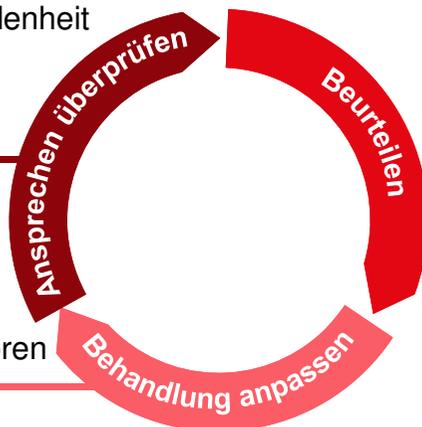
# PHARMAKOLOGISCHE THERAPIE NACH GINA

Symptome  
Exazerbationen  
Nebenwirkungen

Patientenzufriedenheit  
Lungenfunktion

Diagnose  
Symptomkontrolle & Risikofaktoren  
(inkl. Lungenfunktion)  
Inhalationstechnik und Adhärenz  
Patientenwünsche

Asthmamedikamente  
Nicht-pharmakologische Strategien  
Behandlung modifizierbarer Risikofaktoren



	Schritt 1	Schritt 2	Schritt 3	Schritt 4	Schritt 5
<b>Bevorzugte Erhaltungsmedikation</b>		Niedrig dosiertes ICS	Niedrig dosiertes ICS/LABA**	Mittel/hoch dosiertes ICS/LABA	Zugabe von z.B. tiotropium** <sup>††</sup> anti-IgE, anti-IL5*
<b>Andere Optionen</b>	Niedrig dosiertes ICS als Option	Leukotriene receptor antagonists (LTRA) Niedrig dosiertes theophylline*	Med/high dose ICS Low dose ICS+LTRA (or + theoph*)	Tiotropium** Hochdosiertes ICS + LTRA (oder + theoph*)	Zugabe von niedrig dosiertem OCS
<b>Bedarfsmedikation</b>	Bei Bedarf short-acting beta <sub>2</sub> -Agonist (SABA)		Bei Bedarf SABA oder niedrig dosiertes ICS/formoterol <sup>#</sup>		

\* Nicht für Kinder < 12 Jahre

\*\*Für Kinder 6–11 Jahre, ist die bevorzugte Schritt-3-Behandlung mittel-dosiertes ICS

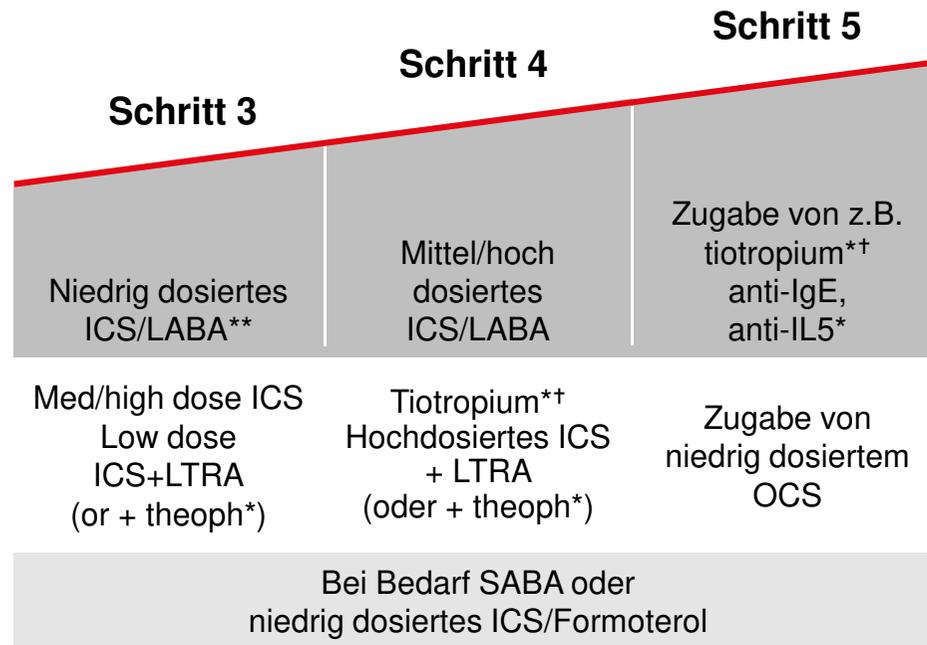
<sup>#</sup> Für Patienten mit BDP-/Formoterol- oder Budesonid-/Formoterol-Erhaltung- und Bedarfstherapie

<sup>††</sup>Tiotropium verabreicht mit einem Vernebler ist eine add-on-Behandlung für Patienten ≥12 Jahre mit einer Geschichte von Exazerbationen



# ICS/LABA ALS ERHALTUNGS UND BEDARFSMEDIKATION = SMART

Bei Verwendung der Kombination ICS/Formoterol als Erhaltungsmedikation kann diese auch als Bedarfsmedikation eingesetzt werden.



1. Erhaltungsmedikation **ICS/LABA**

2. Bedarfstherapie **ICS/LABA**  
!Nur mit dem LABA Formoterol möglich!



# ICS-DOSIERUNG (ERS/ATS-KONSENSUS 2014)

ICS	Low dose	Medium dose	High dose
Beclometason dipropionat (Aerocortin)	100µg 2xtägl. 2 Hub	200µg 2xtägl. 2Hub	200µg 2xtägl. 4 Hub
<b>Ciclesonid (Alvesco)</b>	80µg 1xtägl.2Hub	160µg 1xtägl. 2Hub	
Fluticonason propionat (Flixotide)	50µg 2xtägl. 2 Hub	125µg 2xtägl. 2 Hub	250µg 2x tägl. 2 Hub
Budesonid (Pulmicort)	100µg 2xtägl. 2 Hub 200µg 2x tägl. 1 Hub	200µg 2x tägl. 2 Hub 400µg 2x tägl. 1 Hub	400µg 2x tägl. 2 Hub
<b>Mometason (Asmanex)</b>	200µg 2xtägl. 1 Hub	400µg 2x tägl. 1 Hub	
Beclometason dipr. mit formoterol (Foster)	100/6µg2x tägl. 1 Hub	100/6µg 2xtägl. 2 Hub	200/6µg 2x tägl. 2Hub
Budesonid mit Formoterol (Symbicort)	100/6µg 2xtägl.2Hub 200/6µg 2xtägl. 1 Hub	200/6µg 2xtägl. 2Hub 400/12µg 2x tägl. 1 Hub	400/12µg 2x tägl. 2 Hub
Fluticasonfuroat mit Salmeterol (Seretide)	50/25µg 2x tägl. 2 Hub	125/25µg 2x tägl. 2 Hub	250/25µg 2x tägl. 2 Hub
Fluticasonfuroat mit Vilanterol (Relvar)		92/22µg 1xtägl. 1Hub	184/22µg 1x tägl. 1 Hub



## WARUM LABA

---

- Kurzwirksame Betaagonisten steigern Hyperreagibilität
- Verbesserung des FEV1 über die Dauer der Wirksamkeit
- Reduktion von Exazerbationen in Kombination mit inhalativen Glucocorticoiden



**Be SMART!**  
Individuell agieren bei Asthma 

# WAS IST SYMBICORT SMART®?

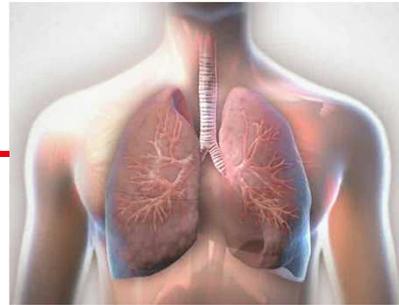
Symbicort Maintenance And Reliever Therapy



# SYMBICORT SMART®

behandelt die Entzündung der Atemwege mit jeder Inhalation

---



Inhalatives  
Kortikosteroid

Bronchodilatator  
β2-Agonist

Entzündung und Bronchokonstriktion

Tägliche Erhaltungstherapie  
2x1 Inhalation/Tag



und bei Bedarf  
maximal 12 Inhalationen pro Tag



# LABA UND GLUCOCORTICOID IN EINEM INHALATOR KOMBINIERT

---

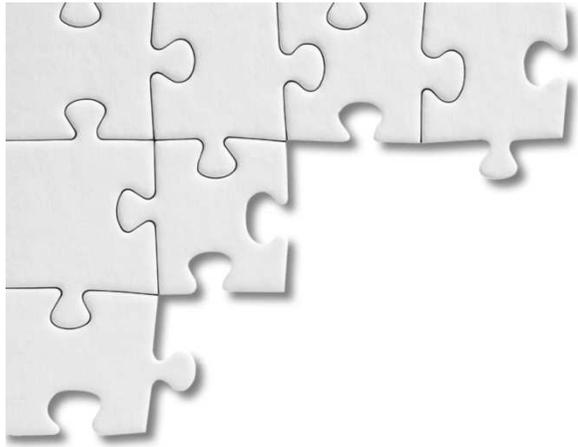
## Vorteil

- Einfach bei stabiler Phase der Erkrankung
- Anzahl (verschiedener) Inhalatoren
- Controller kann nicht weggelassen werden
- Exazerbation von Asthma reduziert

## Nachteil

- Eingeschränkte Variabilität
- Glc höher dosieren in der Exazerbation nur mit Erhöhung von LABA
- Nebenwirkung eines Anteils
- Step down schwierig





**Be SMART!**  
Individuell agieren bei Asthma 

**Warum ist SMART mit Symbicort® möglich?**

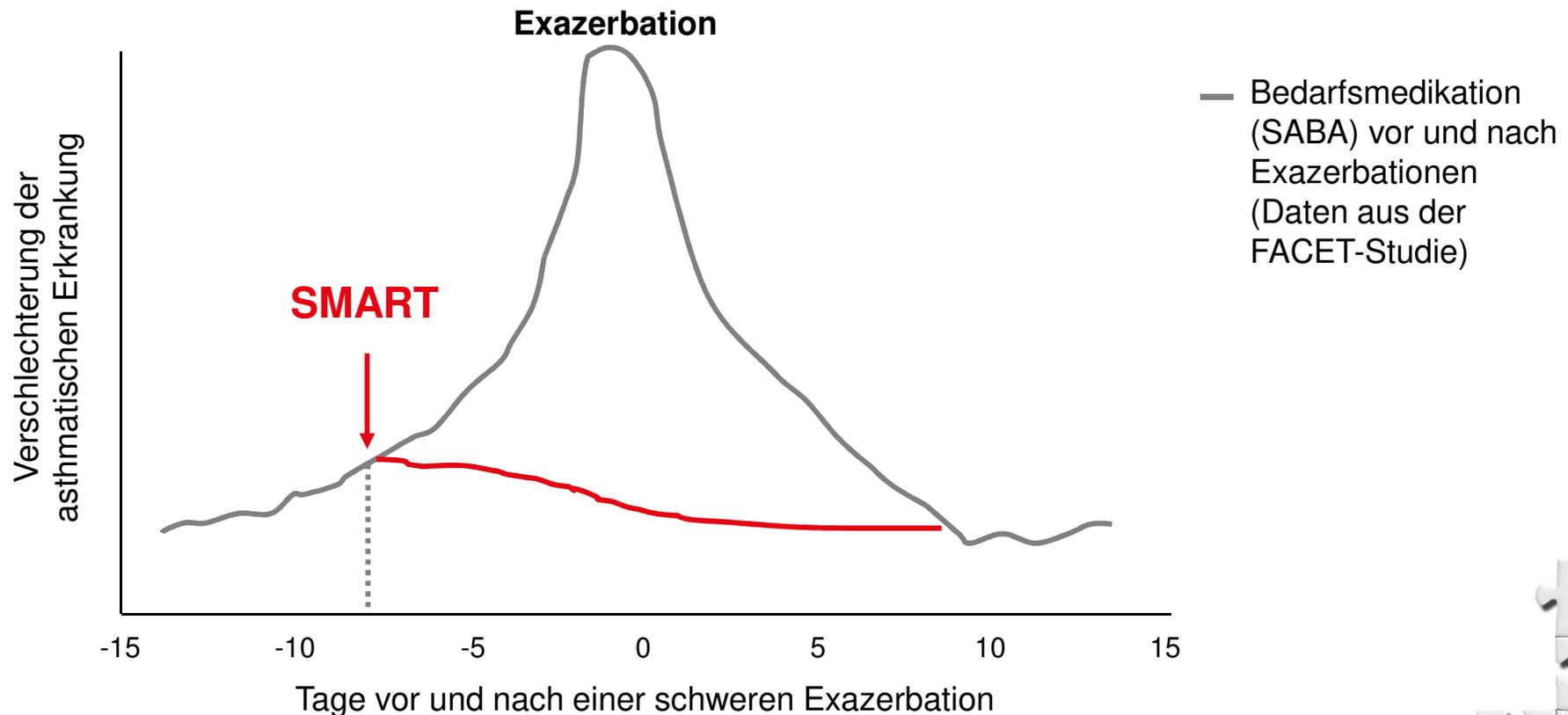
**Ideale Kombination von Formoterol & Budesonid**



# ICS/FORMOTEROL ALS BEDARFSMEDIKATION

## Warum?

Erhöhung der Bedarfsmedikation bei Verschlechterung der Erkrankung kann Exazerbationen verhindern, wenn in der Bedarfsmedikation ein Glukokortikoid enthalten ist.



Adaptiert nach Tattersfield et al: AJRCCM 1999; 160: 594–599



# SYMBICORT SMART

Als tägliche Erhaltungstherapie und bei Bedarf

---

**Formoterol**



**Rasche  
Bronchodilatation  
in 3 Minuten**



**Bessere  
Lungenfunktion**



**Budesonid**



**Effektive  
Hemmung der  
Entzündung**



**Weniger  
Exazerbationen**

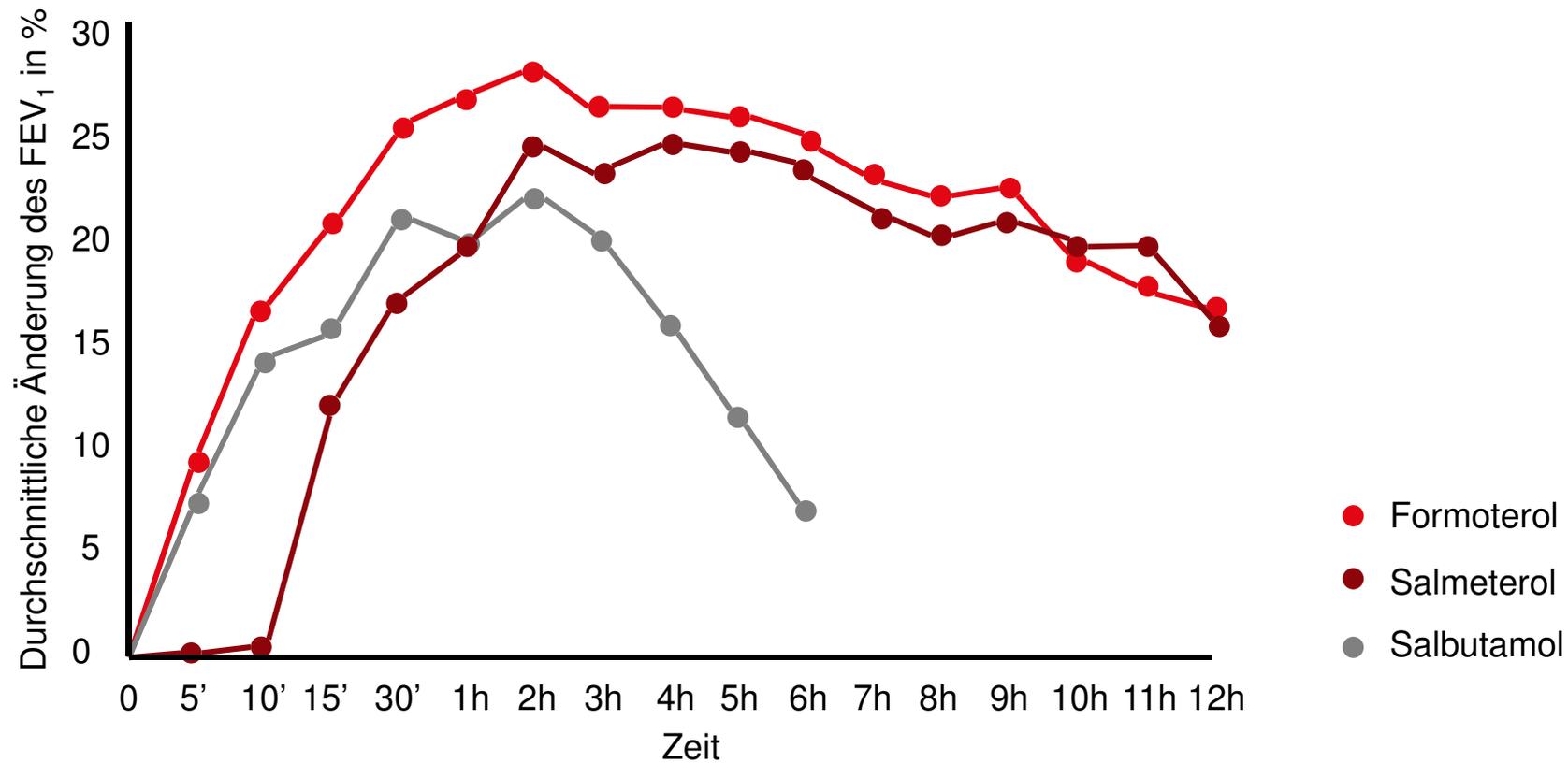


**Symbicort®**



# FORMOTEROL IST EIN LANGWIRKSAMER $\beta_2$ -AGONIST, DER GENAUSO RASCH WIRKT WIE DER SABA SALBUTAMOL

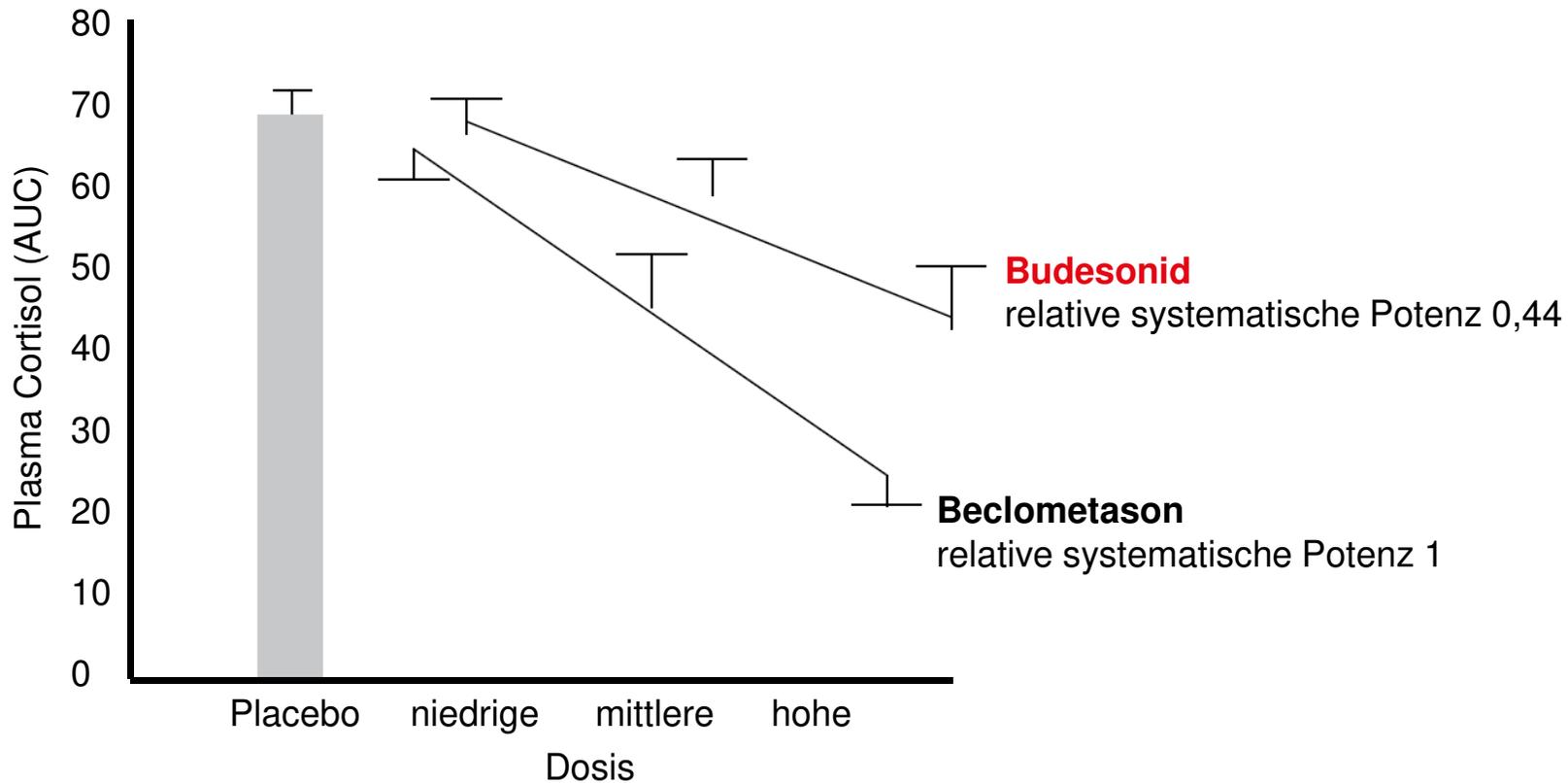
Formoterol ist der einzige für die Bedarfstherapie zugelassene LABA



# BUDESONID

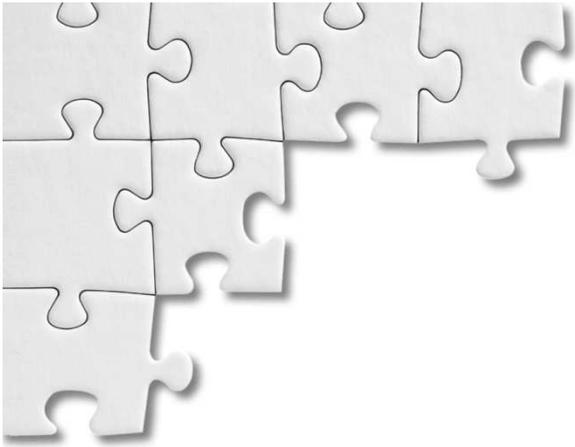
## Gute Verträglichkeit

Durch günstige lokale und niedrige systemische Potenz ist Budesonid gut verträglich und hat eine FDA Empfehlung (Klasse B) während der Schwangerschaft.



Brattsand et al. Eur J Respir Dis Suppl. 1982;122:62-73  
Lipworth et al., Drug Safety 2000; 23 (1): 11-33  
Schatz & Dombrowski; N Engl J Med 2009; 360: 1862-1869





**Be SMART!**  
Individuell agieren bei Asthma 

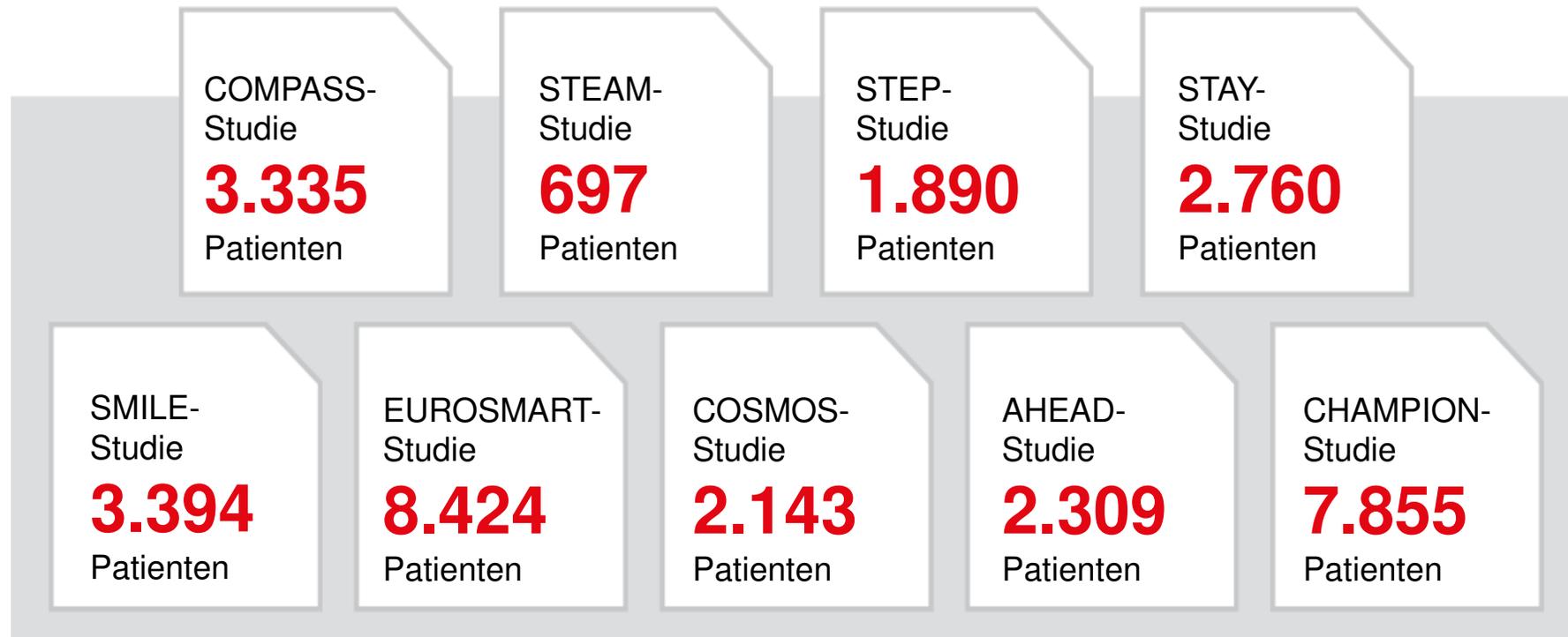
**Funktioniert die Therapie mit Symbicort SMART®?**



# SMART DURCH ERFAHRUNG

---

Über 32.000 Patienten in Studien und mehr als 10 Jahre klinische Erfahrung in Österreich mit SMART



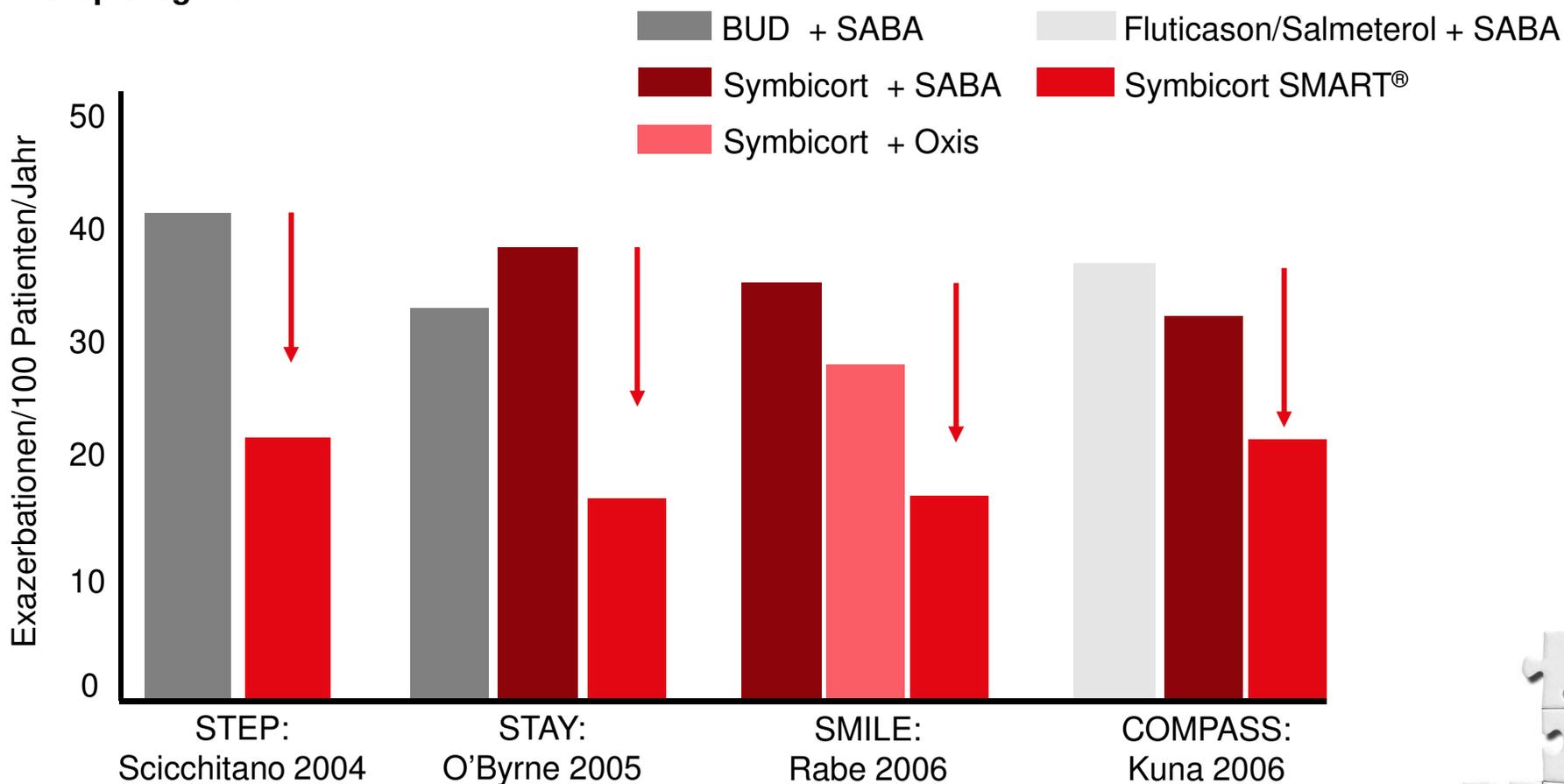
STEP - Scicchitano R et al. Curr Med Res Opin 2004; 20(9): 1403–1418. STAY - O'Byrne PM et al. Am J Respir Crit Care Med 2005; 171(2): 129–136. STEAM – Rabe KF et al. Chest 2006; 129(2): 246–256. SMILE - Rabe KF et al. Lancet 2006; 368(9537): 744–753. COMPASS - Kuna P et al. Int J Clin Pract 2007; 61(5): 725–736. COSMOS - Vogelmeier C et al. Eur Respir J 2005; 26(5): 819–828. EUROSMART – Aubier M et al. Eur Respir J 2010;36(3):524–530. AHEAD – Bousquet J et al. Respir Med 2007;101(12):2437–2446. CHAMPION - Demoly P et al. Respir Med 2009;103:1623–1632.



# REDUKTION SCHWERER EXAZERBATIONEN

## bei Patienten mit mittelschwerem bis schwerem Asthma

SMART reduziert signifikant schwere Exazerbationen vs. aller anderen konventionellen Therapieregime



Basis: n = 11.379



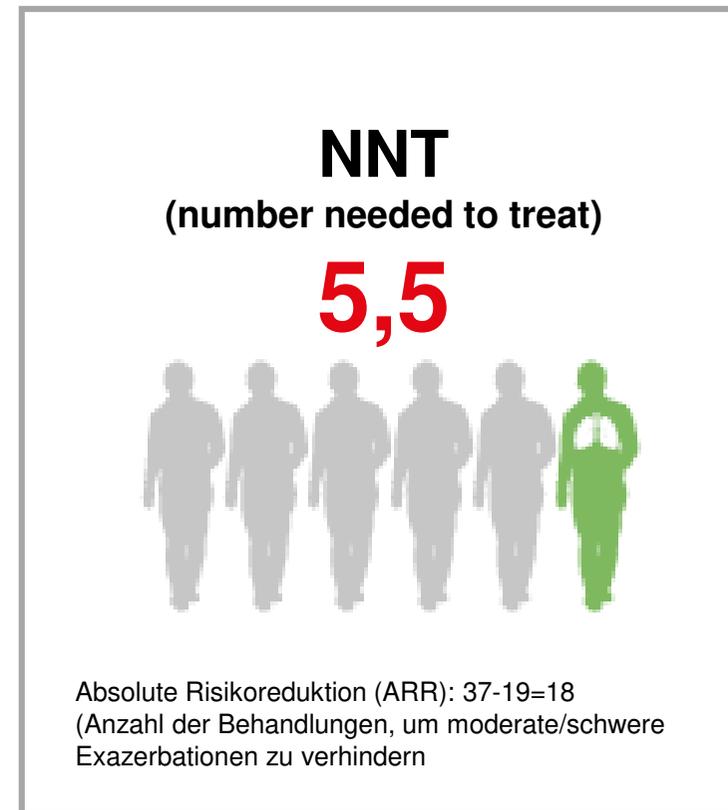
# SMART REDUZIERT EXAZERBATIONEN EFFEKTIV

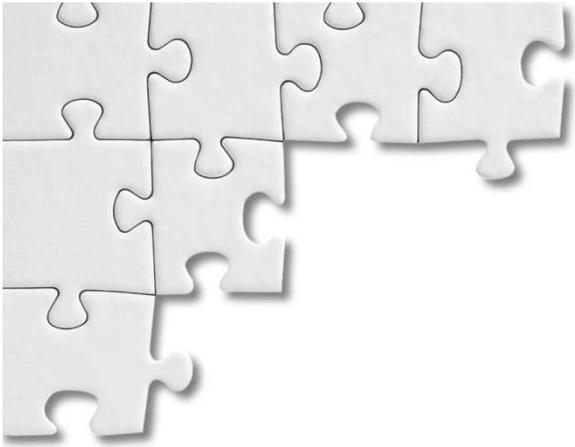
## Beeindruckend effektiv



## SMART

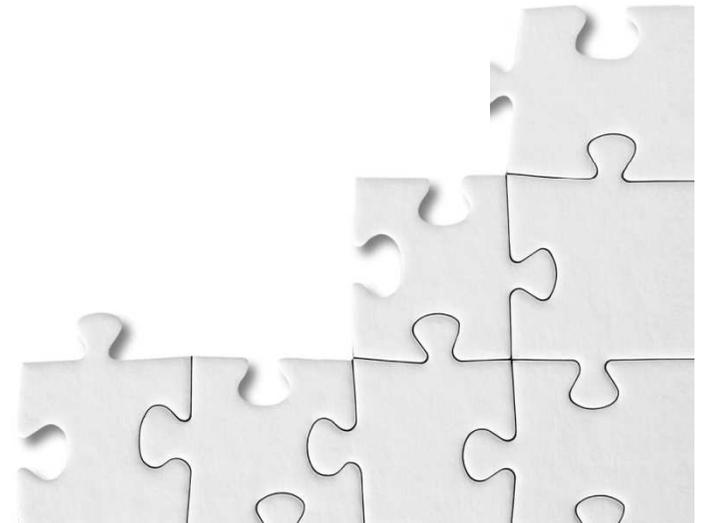
(n = 1.107; Symbicort® Turbohaler®)  
vs. Symbicort® Turbohaler® plus Bricanyl bei Bedarf (n = 1.138)





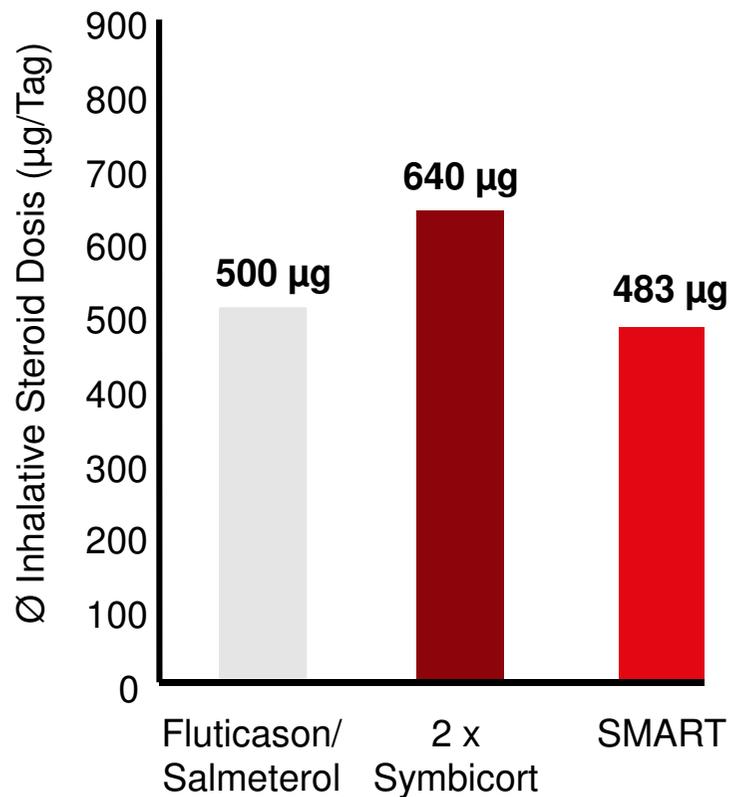
**Be SMART!**  
Individuell agieren bei Asthma 

**Steigt durch SMART die Verwendung von  
Glukokortikoiden?**

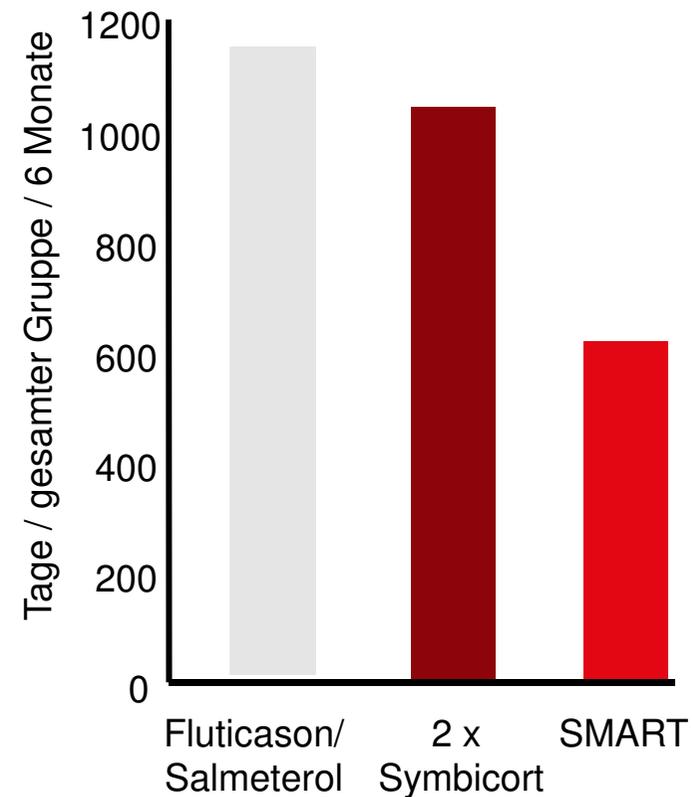


# SMART KANN DEN BEDARF FÜR ORALE STEROIDTHERAPIE REDUZIEREN

ICS - Dosis



Orale Steroidtherapie

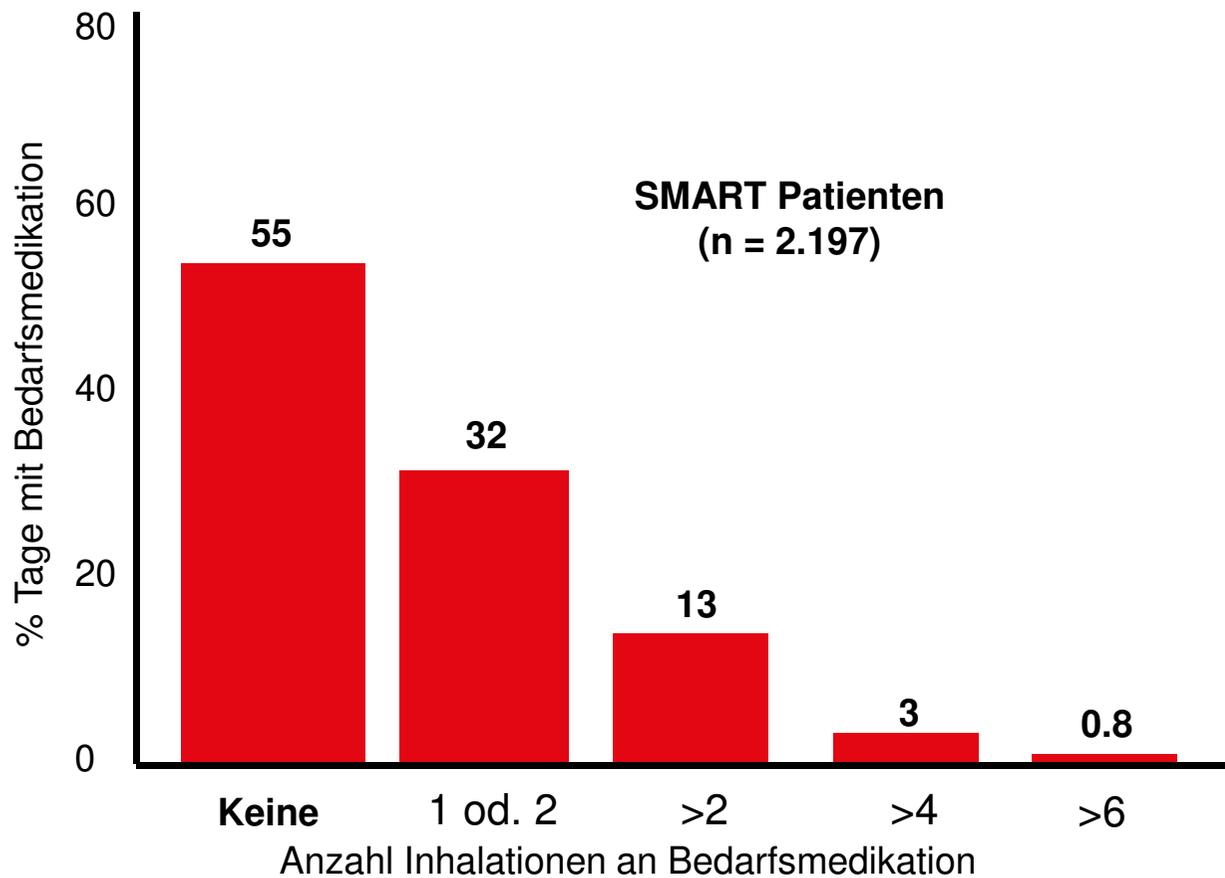


Adaptiert nach Kuna et al. Int J Clin Pract, May 2007; 61 (5): 725–736 & Kuna et al ERS Abstract 2006



# AN MEHR ALS 50% DER TAGE BENÖTIGEN SMART-PATIENTEN KEINE ZUSÄTZLICHE BEDARFSMEDIKATION

---

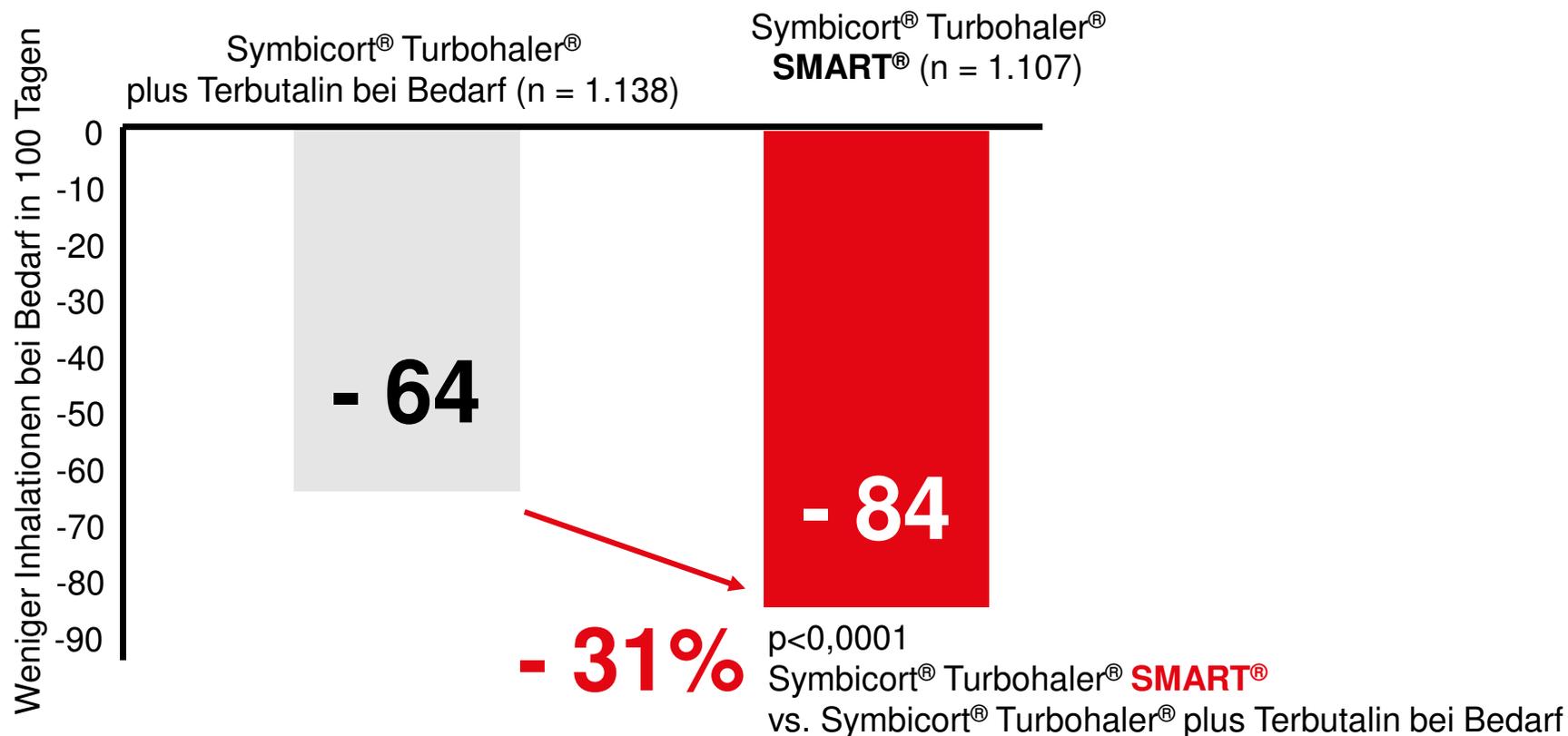


Daten aus den ersten 3 Zulassungsstudien für Symbicort® SMART®  
STEAM, STAY und STEP



# SMART REDUZIERT DIE BEDARFSMEDIKATION

## Signifikant weniger Bedarfsmedikation\*\*

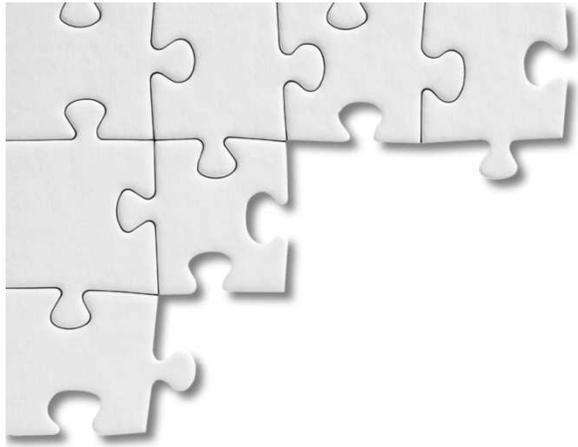


Die Daten zu Symbicort® Turbohaler® (Rabe et al) und zu Beclometason/Formoterol (Papi et al) stammen aus zwei verschiedenen Studien und können nicht direkt miteinander verglichen werden; \*Primärer Endpunkt der Studien-Zeit bis zur 1. schweren Asthma-Exazerbation. Der hier dargestellte Parameter ist ein sekundärer Endpunkt.

\*\* Adjustierte mittlere Veränderung der Inhalationen/Tag gegenüber der Run-in-Phase.

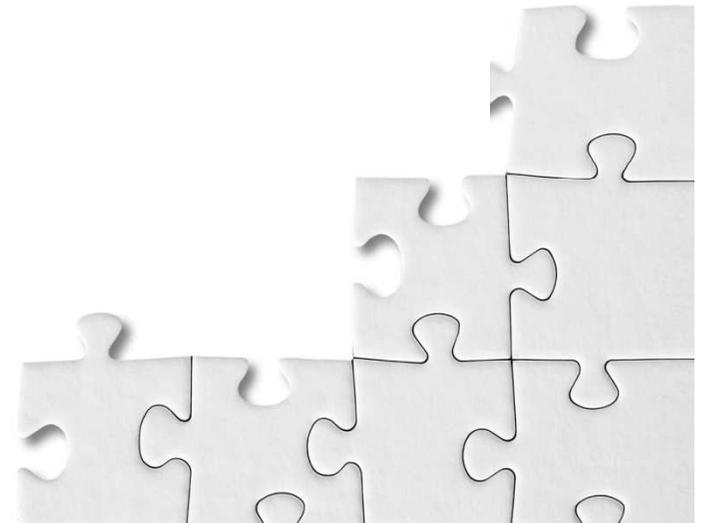
Rabe KF et al., Lancet 2006; 368:744–753





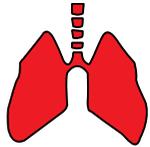
**Be SMART!**  
Individuell agieren bei Asthma 

**Der Erfolg der Therapie steht und fällt mit  
Verabreichung und Adhärenz**



# VORTEILE DER INHALATIVEN THERAPIE

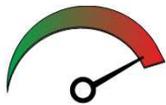
---



Deposition am Ort des Bedarfs



Niedrigere Wirkstoffkonzentrationen erforderlich



Rascher Wirkungseintritt



Weniger Nebenwirkungen

**Aber:**

**Wirkung in Atemwegen/Lunge ist nur gewährleistet,  
wenn der Wirkstoff auch dort ankommt.**

**→ regelmäßige Inhalations-/Inhalatorschulung**



# WAS BEEINFLUSST DIE DEPOSITION?

---



# PATIENTENSCHULUNG VERBESSERT ADHÄRENZ UND THERAPIEERFOLG

---

## Vor Patientenschulung

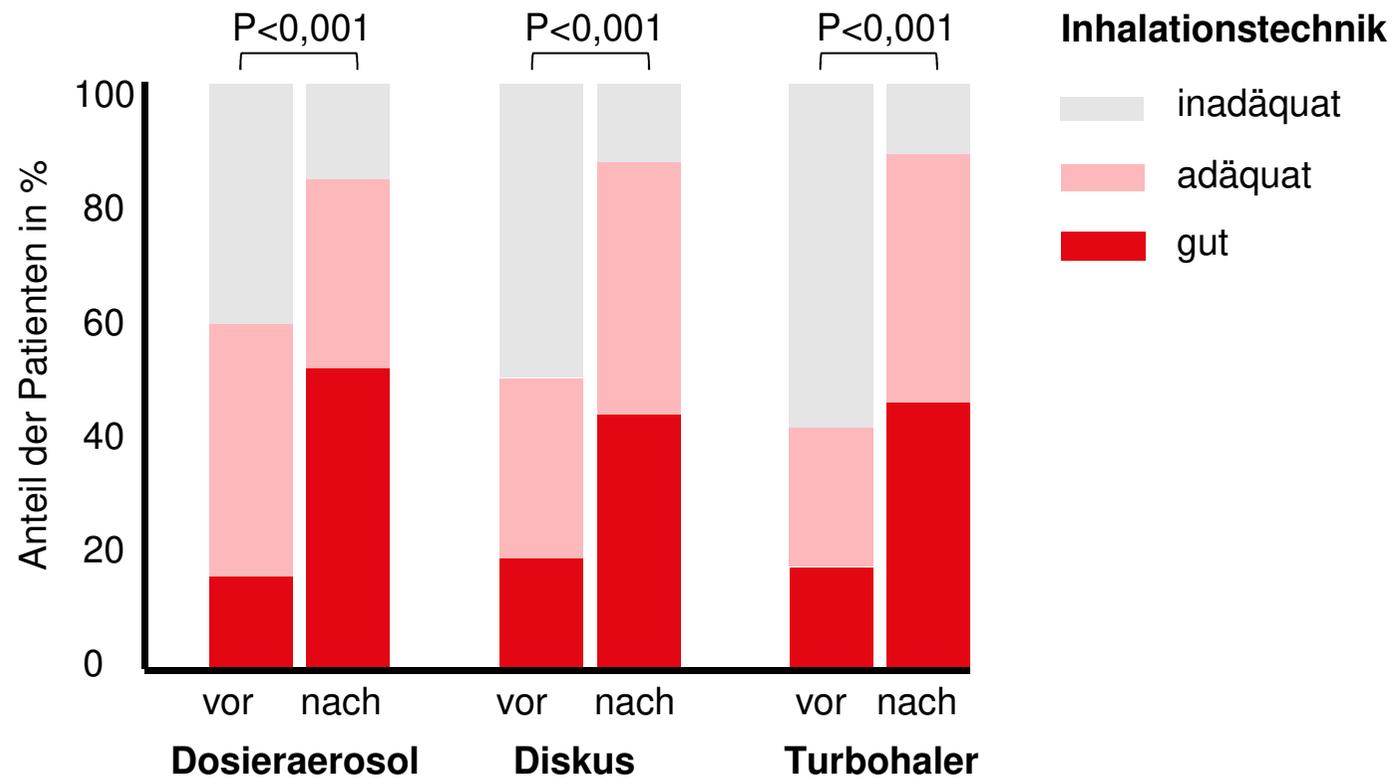


## Nach Patientenschulung



# VERBESSERUNG DER INHALATIONSTECHNIK DURCH PATIENTENSCHULUNG

## Inhalationstechnik vor und nach einer Patientenschulung

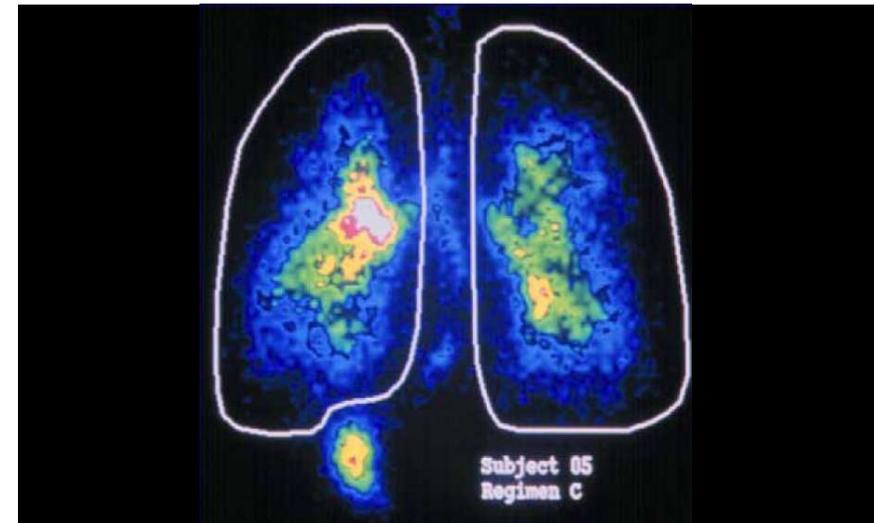


# OPTIMALE ATEMWEGSDEPOSITION IST ABHÄNGIG VON DER RICHTIGEN PARTIKELGRÖÖE

## Partikelgröße und Verteilung in den Atemwegen

- Mund-Rachenraum > 10 $\mu$ m
- Große Atemwege 5–10 $\mu$ m
- Kleine Atemwege 1– 5 $\mu$ m
- Alveolen und Ausatmung < 1 $\mu$ m

## Wirkstoffdeposition beim Turbohaler



Partikelgröße Symbicort<sup>®</sup> Turbohaler<sup>®</sup>  
2,2–2,4  $\mu$ m



Optimaler Depositionsort: kleine Atemwege



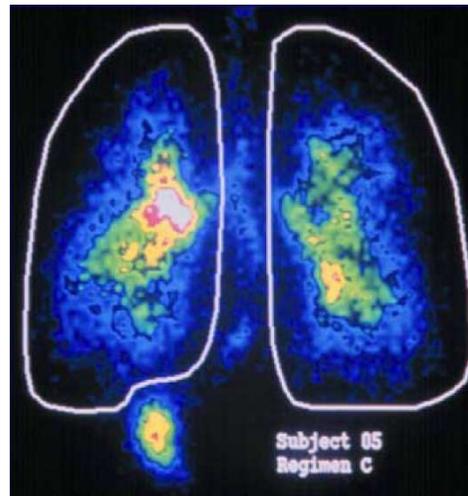
# DER WIRKSTOFF MUSS IN DIE ATEMWEGE

---

Device



Atemwege/Lunge



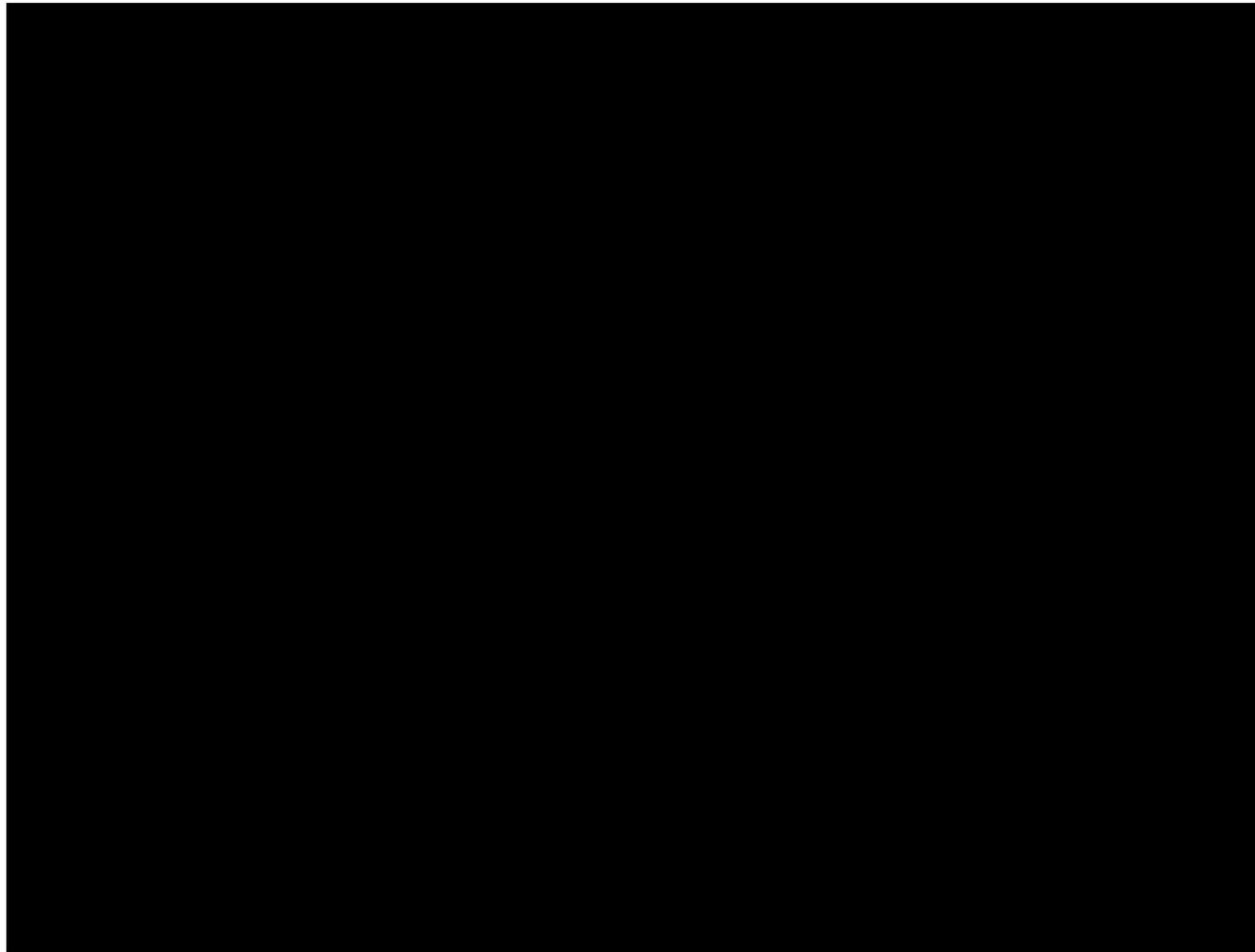
Durchführung/Schulung



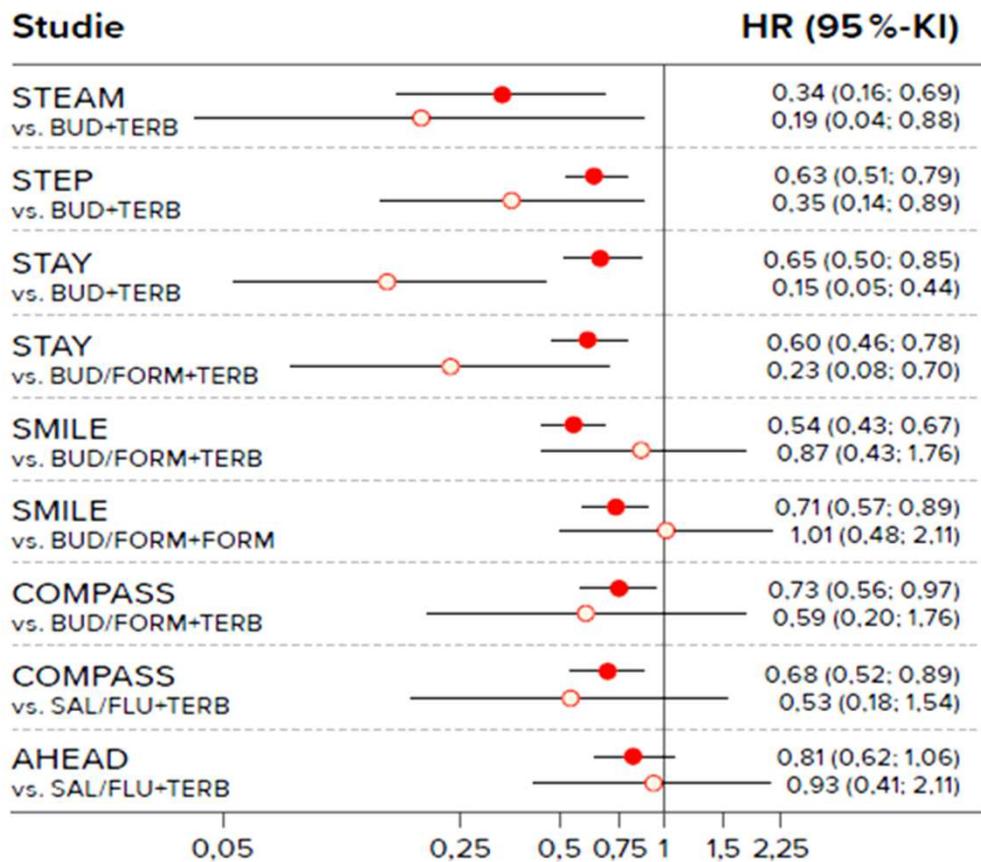
# KONSTRUKTION UND FUNKTION DES TURBOHALER®

Zerstäubung durch die Doppelhelix im Mundstück

---



# VERGLEICH DER BEHANDLUNGSOPTIONEN IN BEZUG AUF DIE ZEIT BIS ZUR ERSTEN SCHWEREN EXAZERBATION



Die Ergebnisse der analysierten Studien zeigen ein einheitliches Bild bezogen auf das Auftreten von Exazerbationen auch für den Vergleich von Erwachsenen und Jugendlichen.

● Erwachsene  
○ Jugendliche

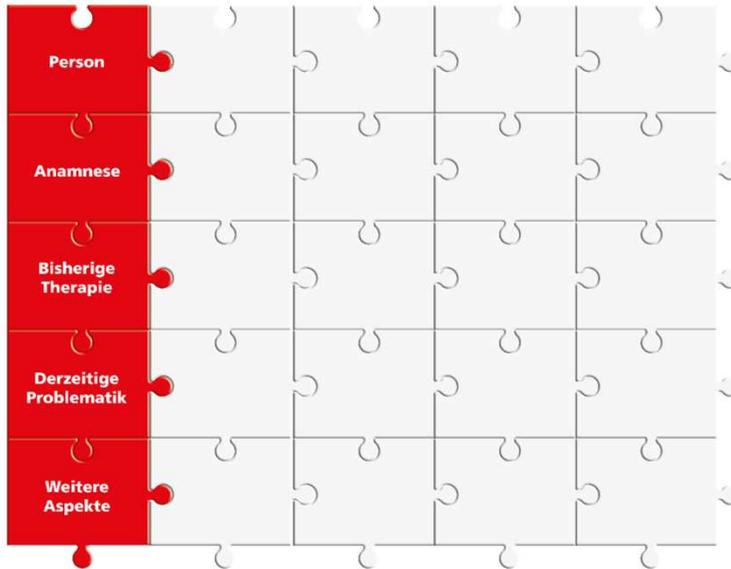
« Spricht für SMART® »

Spricht für Vergleichstherapie »



# WORKSHOP – PATIENTENKASUISTIK

## ANNA-MARIE



Denken Sie an Ihre Patienten mit Asthma und „bauen“ eine Kasuistik

Welche Therapie hat der Patient aktuell?  
Was ist seine Problematik?

Was wäre Ihre Therapieempfehlung?

**Be SMART!**  
Individuell agieren bei Asthma 



# FACHKURZINFORMATION

---

## FACHKURZINFORMATION

### BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTELS

Symbicort Turbohaler 160 Mikrogramm / 4,5 Mikrogramm pro Dosis Pulver zu Inhalation

### QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG

Jede freigesetzte Dosis (jene Dosis, die durch das Mundstück austritt) enthält: 160 Mikrogramm Budesonid/Inhalation und 4,5 Mikrogramm Formoterolfumarat-Dihydrat/Inhalation.

Jede bemessene Dosis enthält: Budesonid 200 Mikrogramm/Inhalation und Formoterolfumarat-Dihydrat 6 Mikrogramm/Inhalation.

Sonstiger Bestandteil: Lactose-Monohydrat

### ANWENDUNGSGEBIETE

Asthma

Symbicort Turbohaler ist zur regelmäßigen Asthma-Behandlung bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren indiziert, wenn die Anwendung einer Kombination (inhalatives Corticosteroid und langwirksamer  $\beta$ 2-Adrenozeptor-Agonist) zweckmäßig ist:

- Bei Patienten, die mit inhalativen Corticosteroiden und „bei Bedarf“ zu inhalierenden kurzwirksamen  $\beta$ 2-Adrenozeptor-Agonisten nicht ausreichend eingestellt sind, oder
- Bei Patienten, die sowohl mit inhalativen Corticosteroiden, als auch langwirksamen  $\beta$ 2-Adrenozeptor-Agonisten adäquat eingestellt sind.

Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

Symbicort Turbohaler ist bei Erwachsenen ab 18 Jahren zur symptomatischen Behandlung von Patienten mit COPD mit einem forciertem expiratorischen Einsekundenvolumen (FEV1)-Wert <70% vom Normwert (nach Bronchodilatation) und Exazerbationen in der Anamnese trotz regelmäßiger Therapie mit Bronchodilatoren indiziert (siehe auch Abschnitt 4.4 der Fachinformation).

### GEGENANZEIGEN

Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder den in Abschnitt 6.1 der Fachinformation genannten sonstigen Bestandteil (Lactose, die geringe Mengen von Milchprotein enthält).

### INHABER DER ZULASSUNG

AstraZeneca Österreich GmbH, A-1030 Wien

### VERSCHREIBUNGSPFLICHT/APOTHEKENPFLICHT

Rezept- und apothekenpflichtig; wiederholte Abgabe verboten.

### Stand 12/2016

Informationen zu den Abschnitten besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen sowie den Gewöhnungseffekten sind der veröffentlichten Fachinformation (z. B. Austria Codex) zu entnehmen.



## REGELTEXT

---

**Mittelschweres bis schweres Asthma mit nächtlichen Anfällen;** Patienten mit COPD Stadium III und IV und wiederholten Exazerbationen (mehr als 1x pro Jahr) nach Erstverordnung durch Pulmologen



# SMART

## Für wen und wie?

---

### SMART mit Symbicort

- ✓ **12 Jahre und älter** **NEU**
- ✓ **flexibles Dosierungsschema: 1-0-1 oder 2-0-2**
- ✓ **Bei Bedarf bei Auftreten von Symptomen 1 Inhalation.  
Bei Fortbestehen nach einigen Minuten eine weitere Inhalation.  
Nicht mehr als 6 Inhalationen auf einmal.**
- ✓ **maximal 12 Inhalationen pro Tag. Bei dauerhaft mehr als 8  
Inhalationen pro Tag sollten Patienten neu untersucht werden.**

Symbicort mite 80/4,5

**Symbicort 160/4,5**

Symbicort forte 320/9,0



## BEISPIEL 1

---

- Nächtlicher Husten
- gelegentlich pfeifende Geräusche beim Atmen
- Seit 3 Wochen
- Begonnen mit Schnupfen
  
- Unauffällige Lungenfunktion
  
- Unspezifische bronchiale Provokation positiv
  
- Symbicort 160/4,5 und bei Bedarf



## BEISPIEL 2

---

- Husten bei körperlicher Anstrengung
- Keine nächtliche Beschwerden
- Unauffällige Lungenfunktion
- Unspezifische bronchiale Provokation positiv
- Symbicort???
- Pulmicort + Bricanyl



## BEISPIEL 3

---

- Atemnot bei Belastung und in der Nacht
- Husten
- Geräusche beim Atmen
  
- Lungenfunktion: reversible Obstruktion
  
- Symbicort 160/4,5: 1-0-1 und bei Bedarf
  
- Besserung, aber noch nächtlicher Husten
  
- Symbicort 160/4,5: 2-0-2 und bei Bedarf
  
- Keine Besserung
  
- Diagnose überdenken
  - Schweres Asthma
  - Schwieriges Asthma



## BEISPIEL 4

---

- Husten, Expektoration
- Geräusche beim Atmen
- Atemnot in Ruhe
- Atemnot in der Nacht
- Lungenfunktion: teilreversible Obstruktion
  
- Nach Symbicort 160/4,5: 1-0-1 und bei Bedarf nur geringe Besserung
- Dosissteigerung Symbicort 160/4,5: 2-0-2 und bei Bedarf
  - Besserung
  - Herzklopfen, Tremor und Unruhe
  - Diagnose überdenken
    - Schweres Asthma
    - Schwieriges Asthma
- Symbicort 160/4,5 1-0-1 und bei Bedarf + Pulmicort 0,2 bis 3-0-3
  - Tiotropium
- Keine Besserung, > 4 Exacerbationen mit Erfordernis systemischen Cortisons
  - Eosinophile Granulozyten: % 250 - 400 abs
  - IgE, spezif.AG

