



Fachpresseveranstaltung

Mepolizumab bei unkontrollierter eosinophiler COPD: gezielte IL-5-Hemmung als mögliche Exazerbationsprävention

Donnerstag, 12.02.2026, 11:00 - 12:30 Uhr

NP-DE-MPL-PPT-260001, 02/2026

Agenda

11:00 Uhr – 11:05 Uhr	Begrüßung und Einleitung inkl. Housekeeping-Rules Sandra Rohnbogner (GSK)
11:05 Uhr – 11:35 Uhr	Wenn die inhalative Dreifachtherapie nicht ausreicht: Mepolizumab als neue Therapieoption bei unkontrollierter eosinophiler COPD Dr. Justus de Zeeuw, Köln
11:35 Uhr – 12:05 Uhr	Klinisch bewiesen, praktisch relevant – Mepolizumab in der Zulassungsstudie bei COPD Prof. Dr. med. Stephanie Korn, Mainz
12:05 Uhr – 12:25 Uhr	Moderierte Diskussion
12:25 Uhr – 12:30 Uhr	Wrap up Sandra Rohnbogner (GSK)



Wenn die inhalative Dreifachtherapie nicht ausreicht: Mepolizumab als neue Therapieoption bei unkontrollierter eosinophiler COPD

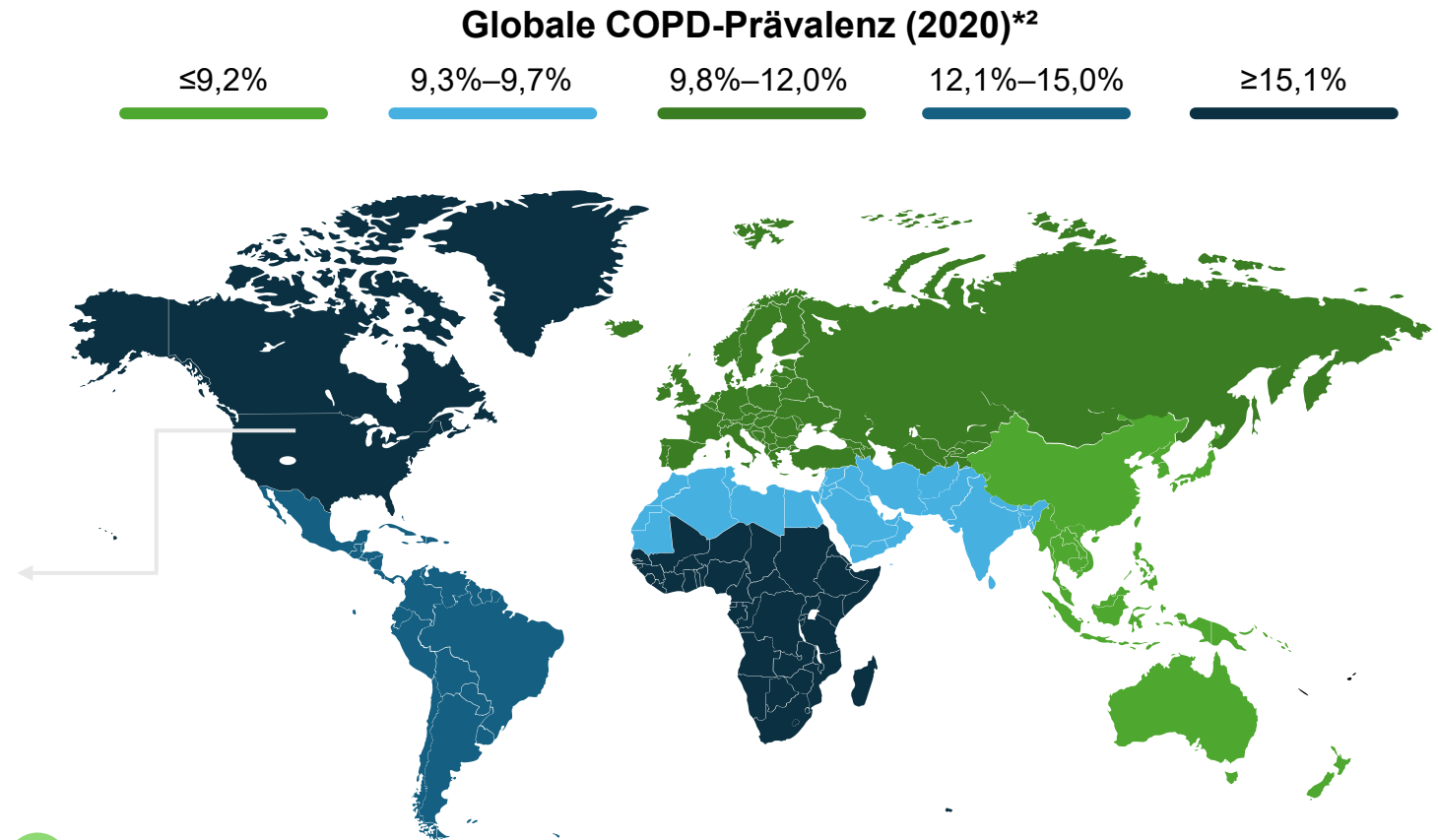
Dr. Justus de Zeeuw, Köln

Weltweite COPD-Prävalenz

Weltweit wurden 2019 **mehr als 391 Millionen Fälle** geschätzt,¹ mit einem prognostizierten Anstieg auf **600 Millionen bis 2050**²

Nordamerika:
Höchste globale Prävalenz mit ca. **42,7 Millionen Fällen** im Jahr 2020^{*2}

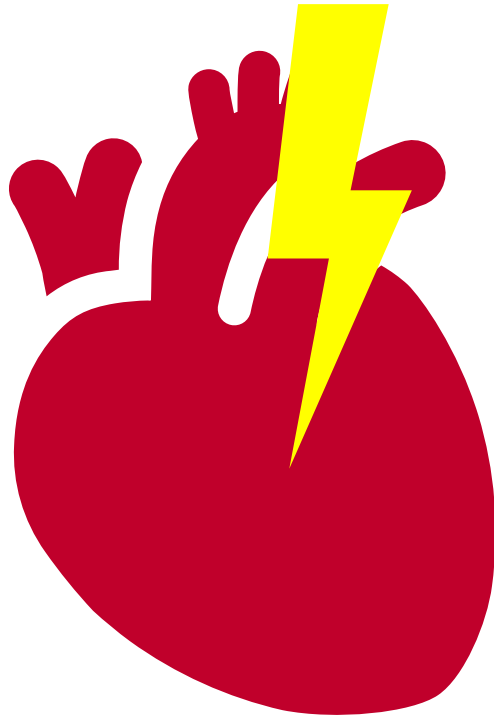
(etwa **1 von 6 Personen**)²



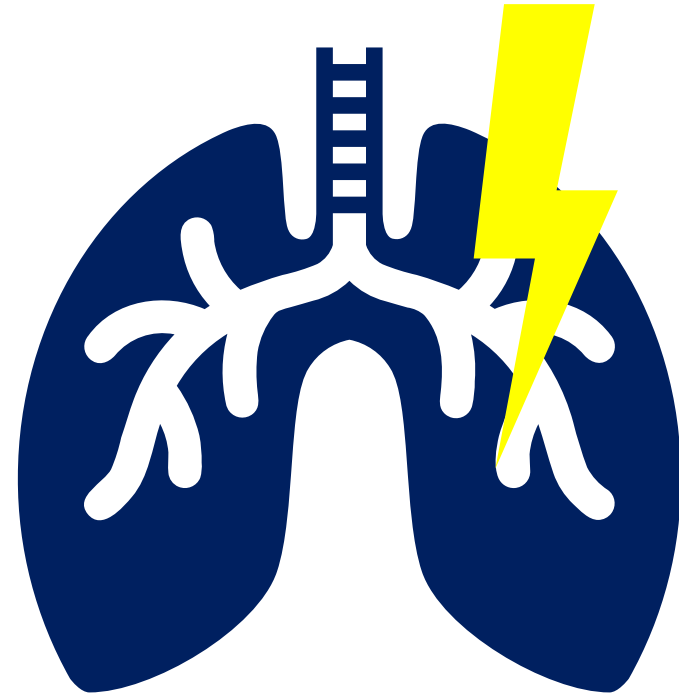
Mod. nach Boers E, et al. *JAMA Netw Open*. 2023.

*Basierend auf Modellschätzungen unter Verwendung historischer Daten zur COPD-Prävalenz, die aus einer Metaanalyse zur globalen COPD-Prävalenz im Jahr 2019 entnommen wurden.
COPD, chronisch obstruktive Lungenerkrankung.
Mod. nach 1. Adeloye D, et al. *Lancet Respir Med*. 2022;10:447–458. 2. Boers E, et al. *JAMA Netw Open*. 2023;6:e2346598.ng.

Exazerbation – der „Herzinfarkt“ der COPD



Myokardinfarkt



Exazerbation

Was bedeuten Exazerbationen für COPD-Patienten?



zunehmende Häufigkeit von Exazerbationen

Verschlechterung der Lungenfunktion ^{1,2}

Mehr Symptome ⁶

Mehr Angst ³

Schlechtere Lebensqualität ^{4,5}

Soziale Isolation

Mehr Exazerbationen ^{6,7}

Häufigere Hospitalisierung ^{1,2}

Höhere Mortalität ⁸

Exazerbationen halten COPD-Patienten in einer Abwärtsspirale gefangen^{1,2}

Abnahme der Lungenfunktion²

30–50% der Patienten haben mindestens 1 Exazerbation pro Jahr³

Wiederholte Exazerbationen²

Erhöhtes Hospitalisierungsrisiko²

~1 von 5 Patienten mit COPD wurde innerhalb von 30 Tagen nach Hospitalisierung erneut ins Krankenhaus aufgenommen^{7–9}



Schlechterer Gesundheitszustand,
Depression, Angststörungen, reduzierte HRQoL^{4,5}

Akkumulierte Gewebeschäden

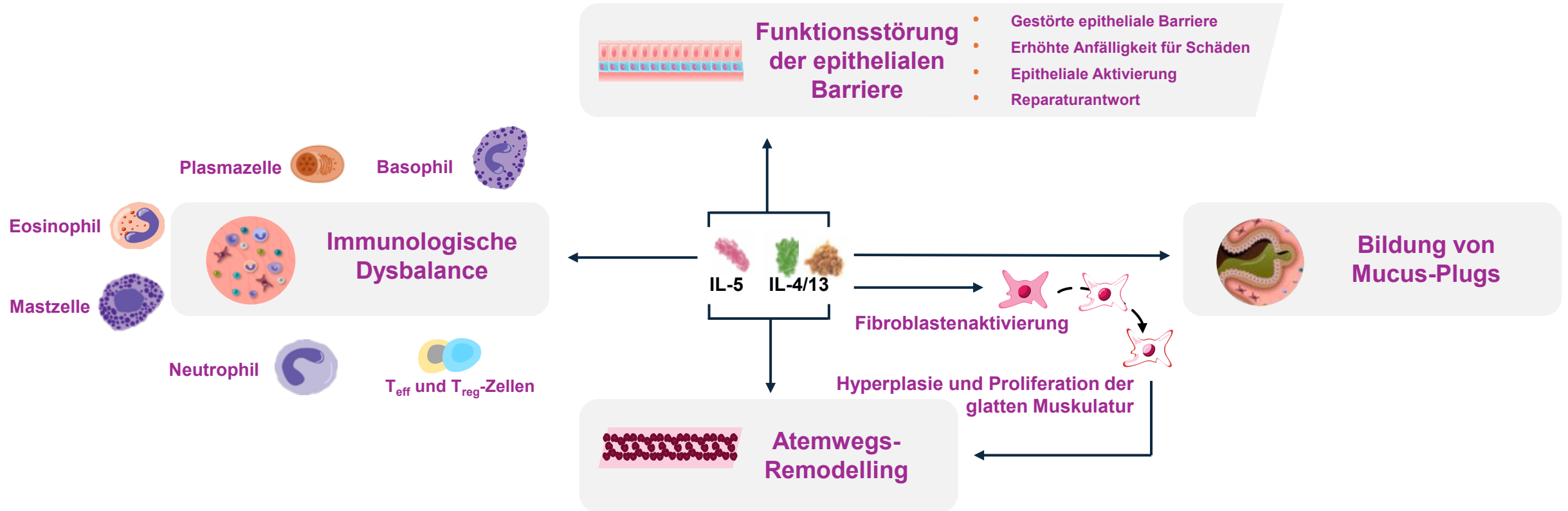
Atemwegsobstruktionen verringern die Lungenfunktion und Gewebeschäden führen zu eingeschränkter Luftzufuhr, was die Abwärtsspirale weiter vorantreibt^{1,2,6}

Chronische, unkontrollierte Entzündungen können, wenn sie nicht behandelt werden, eine verhängnisvolle Kaskade aus abnehmender Lungenfunktion und Exazerbationen auslösen^{1,2}

COPD, chronisch obstruktive Lungenerkrankung; HRQoL, gesundheitsbezogene Lebensqualität.

Mod. nach 1. Perng DW, Chen PK. *Tuberc Respir Dis (Seoul)*. 2017;80:325–335; 2. Halpin DM, et al. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2017;12:2891–2908; 3. Whittaker H, et al. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2022;17:427–437; 4. Seemungal TA, et al. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2009;4:203–223; 5. Rahi MS, et al. *Adv Respir Med*. 2023;91(2):123–134; 6. Agarwal AK, et al. *Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. StatPearls [Internet]. Updated August 2023. Verfügbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559281/>. Abgerufen im November 2025; 7. Shah T, et al. *Chest*. 2015;147(5):1219–1226; 8. Jencks SF, et al. *N Engl J Med*. 2009;1418–1428; 9. Goto T, et al. *Med Care*. 2018;56(8):673–678.

Effekte von Zytokinen bei der Typ-2-Inflammation*^{1–14}



Schlüsselzytokine (IL-5, IL-4/IL-13) tragen durch Interaktionen mit einem breiten Netzwerk aus Immun- und Strukturzellen zur Typ-2-Inflammation und zur Pathophysiologie der Atemwege bei und treiben die Entzündungskaskade weiter an^{1,15–18}

*Aktuelle Erkenntnisse vor allem bei Erkrankungen der unteren Atemwege.

IL, Interleukin; MoA, Wirkmechanismus (mechanism of action).

Mod. nach 1. Maspero J, et al. ERJ Open Res. 2022;8:00576-2021; 2. Brusselle GG, et al. Nat Med. 2013;19:977–979; 3. Buchheit K, et al. J Allergy Clin Immunol. 2021;148:574–584; 4. Dunican EM, et al. J Clin Invest. 2018;128:997–1009; 5. Siddiqui S, et al. J Allergy Clin Immunol. 2023;152:841–857; 6. Lee MH, et al. Acta Haematol. 2013;130:238–41; 7. Firszt R, et al. Eur Respir J. 2014;43:464–473; 8. Richter A, et al. Am J Respir Cell Mol Biol. 2001;25:385–391; 9. Malik B, et al. Respirology. 2023;28:758–766; 10. Russell RJ, et al. Eur Respir J 2024;63:2301397; 11. Sohail A, et al. J Allergy Clin Immunol 2024;153:527–532; 12. Borish L, et al. Ann Allergy Asthma Immunol. 2023;130:617–621; 13. Bergantini L, et al. Scand J Immunol. 2021;94:e13031; 14. Bergantini L, et al. Biomed Pharmacother. 2023;166:115385; 15. Buchheit KM, et al. Allergy. 2024;79:2662–2679; 16. Pelaia C, et al. Front Pharmacol. 2022;13:851940; 17. Rabe KF, et al. Am J Respir Crit Care Med. 2023;208:395–405; 18. Brightling C, et al. Eur Respir J. 2019;54:1900651.

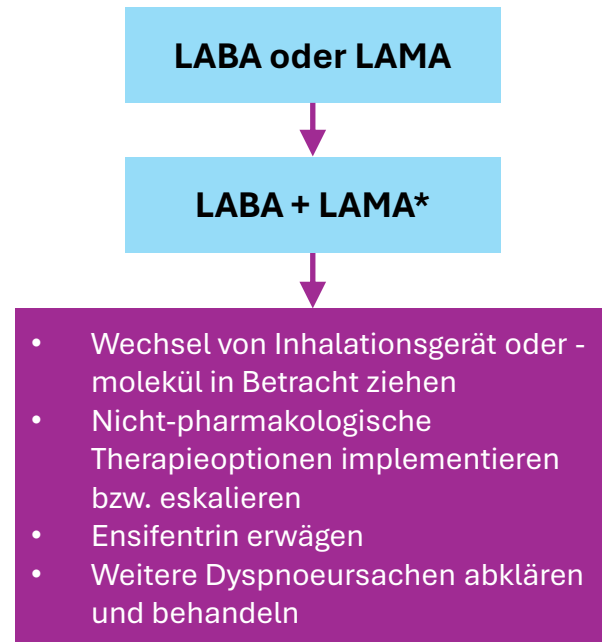
Pharmakologische Erhaltungstherapie



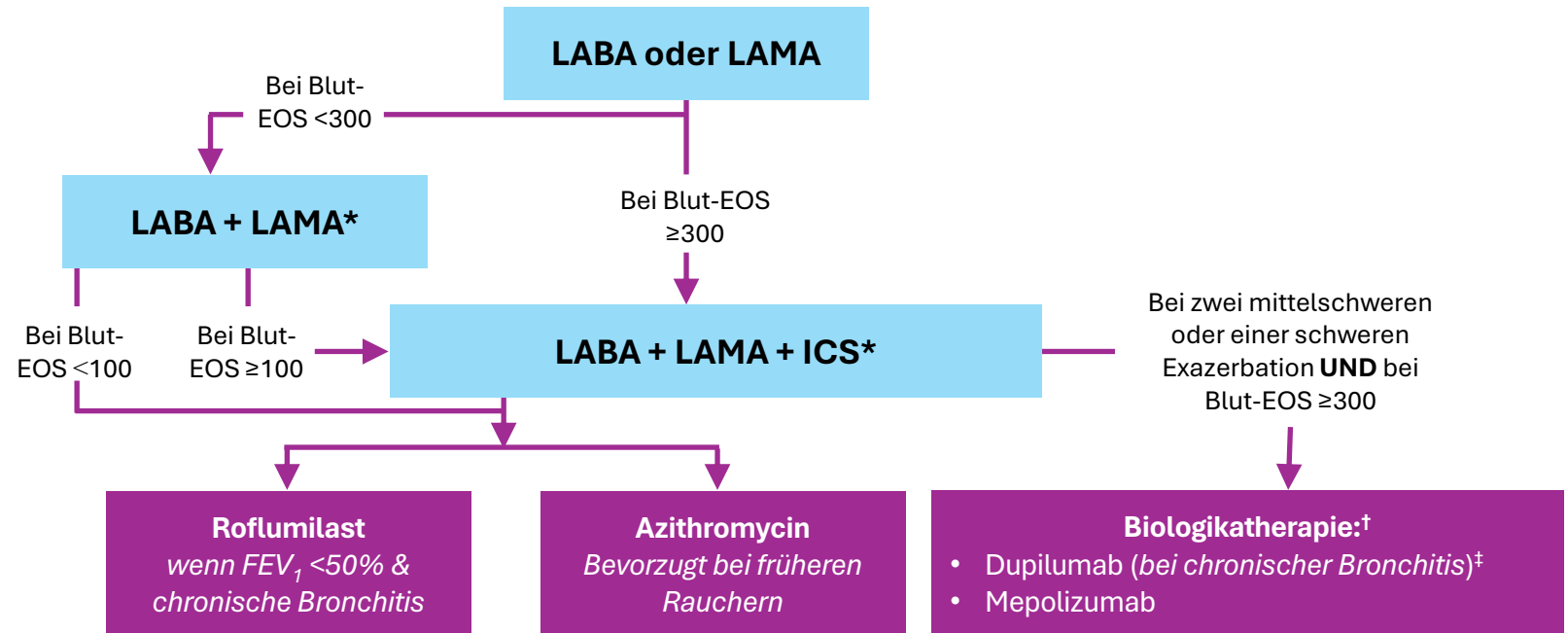
2 Therapieanpassung

FORTSETZUNG DER BESTEHENDEN BEHANDLUNG
es sei denn, Dyspnoe oder Exazerbationen benötigen Optimierung

Bei fortbestehender Dyspnoe



Bei einer oder mehr mittelschweren oder schweren Exazerbationen



*Inhalationstherapie mit einem Inhalator ist ggf. angenehmer und effektiver als mehrere Inhalatoren; Einzelinhalatoren verbessern die Therapieadhärenz.

†In der Reihenfolge der Zulassung in den USA gelistet. ‡Patienten-berichtete Vorgeschichte chronischer Bronchitis (chronisch produktiver Husten) für 3 Monate im Jahr bis zum Screening, keine anderen Ursachen bekannt. De-Eskalierung des ICS erwägen, falls eine Pneumonie oder zu berücksichtigende Nebenwirkungen auftreten. Bei Eosinophilen im Blut ≥300 Zellen/ μ L ist eine De-Eskalierung wahrscheinlicher mit der Entwicklung von Exazerbationen assoziiert.

EOS, Eosinophile; FEV_1 , forciertes expiratorisches Volumen in 1 Sekunde; ICS, inhalative Kortikosteroide; LABA, langwirksame Beta-2-Agonisten; LAMA, langwirksame Muskarinrezeptor-Antagonisten.

Mod. nach Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), Global Strategy For Prevention, Diagnosis And Management of COPD: 2026 Report.

Mepolizumab: Über 10 Jahre Erfahrung

Nucala 1x monatlich* ist der einzige Anti-IL-5-Antikörper, der für die Behandlung von 5 Erkrankungen mit zugrundeliegender Typ-2-Inflammation zugelassen ist



Zusatzbehandlung bei schwerem refraktärem eosinophilem Asthma bei Patienten ab 6 Jahren.

Schweres Asthma



Zusätzliche Erhaltungstherapie bei Erwachsenen, die eine erhöhte Anzahl an Eosinophilen im Blut aufweisen und trotz einer inhalativen Dreifachtherapie** nicht ausreichend kontrolliert sind.

COPD

2015

2021

2026



EGPA

Zusatzbehandlung für Patienten ab 6 Jahren mit schubförmig-remittierender oder refraktärer EGPA



CRSwNP

Zusatztherapie mit intranasalen Kortikosteroiden zur Behandlung von erwachsenen Patienten, die mit systemischen Kortikosteroiden und/oder chirurgischem Eingriff nicht ausreichend kontrolliert werden können



HES

Zusatzbehandlung bei erwachsenen Patienten mit unzureichend kontrolliertem HES ohne eine erkennbare, nicht-hämatologische sekundäre Ursache

*Alle 4 Wochen **ICS/LAMA/LABA

COPD, chronisch obstruktive Lungenerkrankung; CRSwNP, chronische Rhinosinusitis mit Nasenpolypen; EGPA, eosinophile Granulomatose mit Polyangiitis; HES, hypereosinophiles Syndrom.

Mod. nach 1. Nucala (mepolizumab) 100 mg solution for injection in pre-filled pen. Summary of Product Characteristics (SmPC). Februar 2025. Verfügbar unter:

<https://www.medicines.org.uk/emc/product/10563/smpc/print>. Abgerufen im November 2025. 2. Data on file, GSK. REF-277291.

COPD betrifft ein breites Spektrum von Patienten – seien Sie der nächsten Exazerbation oder Hospitalisierung einen Schritt voraus*



Fiktiver Patient

- Alter: 70
- BEC: 320 Zellen/ μ L (Biomarker einer Typ-2-Inflammation)¹
- GOLD 2, E: FEV₁ 52%
- Chronische Bronchitis
- Raucher
- Komorbiditäten: Hypertonie und Angststörung
- Vorgeschichte: 2 moderate Exazerbationen, die im Vorjahr trotz SITT und OCS-Stoßtherapien erforderten



Fiktive Patientin

- Alter: 55
- BEC: 385 Zellen/ μ L (Biomarker einer Typ-2-Inflammation)¹
- GOLD 4, E: FEV₁ 37%
- Emphysem ohne Symptome einer chronischen Bronchitis
- Ehemalige Raucherin
- Komorbiditäten: kardiovaskuläre Erkrankung und Diabetes
- Vorgeschichte: 1 schwere Exazerbation mit Hospitalisierung im Vorjahr trotz SITT

*Die annualisierte Rate der Exazerbationen bzw. der Exazerbationen, die eine Hospitalisierung und/oder einen Besuch in der Notaufnahme erforderten, waren primärer bzw. sekundärer Endpunkt.^{2,3}
BEC, Eosinophilenzahl im Blut; COPD, chronisch obstruktive Lungenerkrankung; FEV₁, forciertes Expirationsvolumen in 1 Sekunde; GOLD, Globale Initiative für chronisch obstruktive Lungenerkrankungen; OCS, orale Kortikosteroide; SITT, Dreifachtherapie mit einem einzigen Inhalator.
Mod. nach 1. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. 2025. Verfügbar unter: <https://goldcopd.org/2025-gold-report/>. Abgerufen im September 2025; 2. Sciruba FC, et al. *N Engl J Med*. 2025;392:1710–1720; 3. Nucala® (mepolizumab) SmPC.
<https://www.medicines.org.uk/emc/product/10563/smpc/print>. Letztes Update im Februar 2025.

Eskalation der COPD-Therapie im Praxisalltag



**Diagnose
COPD**



**Zweier-
kombination**



**Exazerbation:
Triple!**

Eskalation der COPD-Therapie im Praxisalltag



**Zweier-
kombination**

**Exazerbation:
Triple!**

**Weitere
Exazerbationen
trotz Triple?**

Eosinophile ≥ 300 ?

**Biologikum!
z.B. Mepolizumab**



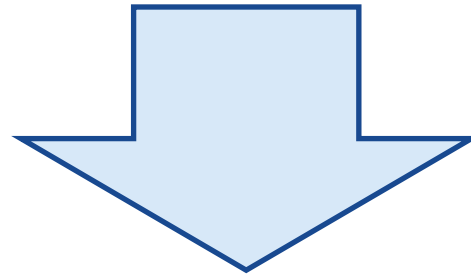
Klinisch bewiesen, praktisch relevant – Mepolizumab in der Zulassungsstudie bei COPD

Prof. Dr. med. Stephanie Korn, Mainz

COPD

Lösung

- 1 von 16 Patienten stirbt **während** des Krankenhausaufenthalts
- 1 von 4 stirbt **innerhalb eines Jahres** nach einer COPD-bedingten Hospitalisierung

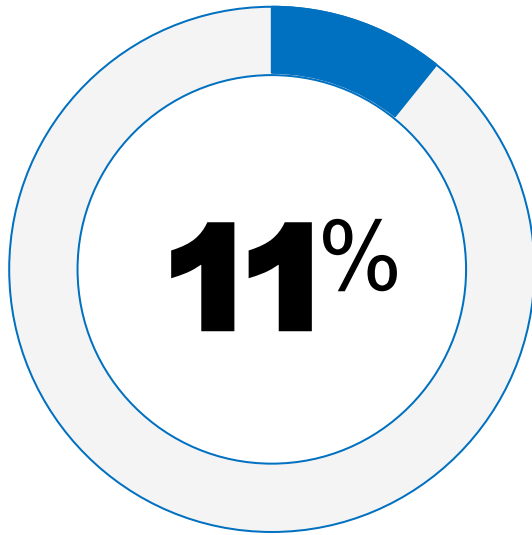


Dringender Bedarf an neuen wirksamen Therapieoptionen bei schwerer COPD



Schwere Exazerbationen

Morbidität und Mortalität



Patienten mit COPD, die innerhalb von 90 Tagen nach Hospitalisierung aufgrund von Exazerbationen starben*
(N=16.016)²

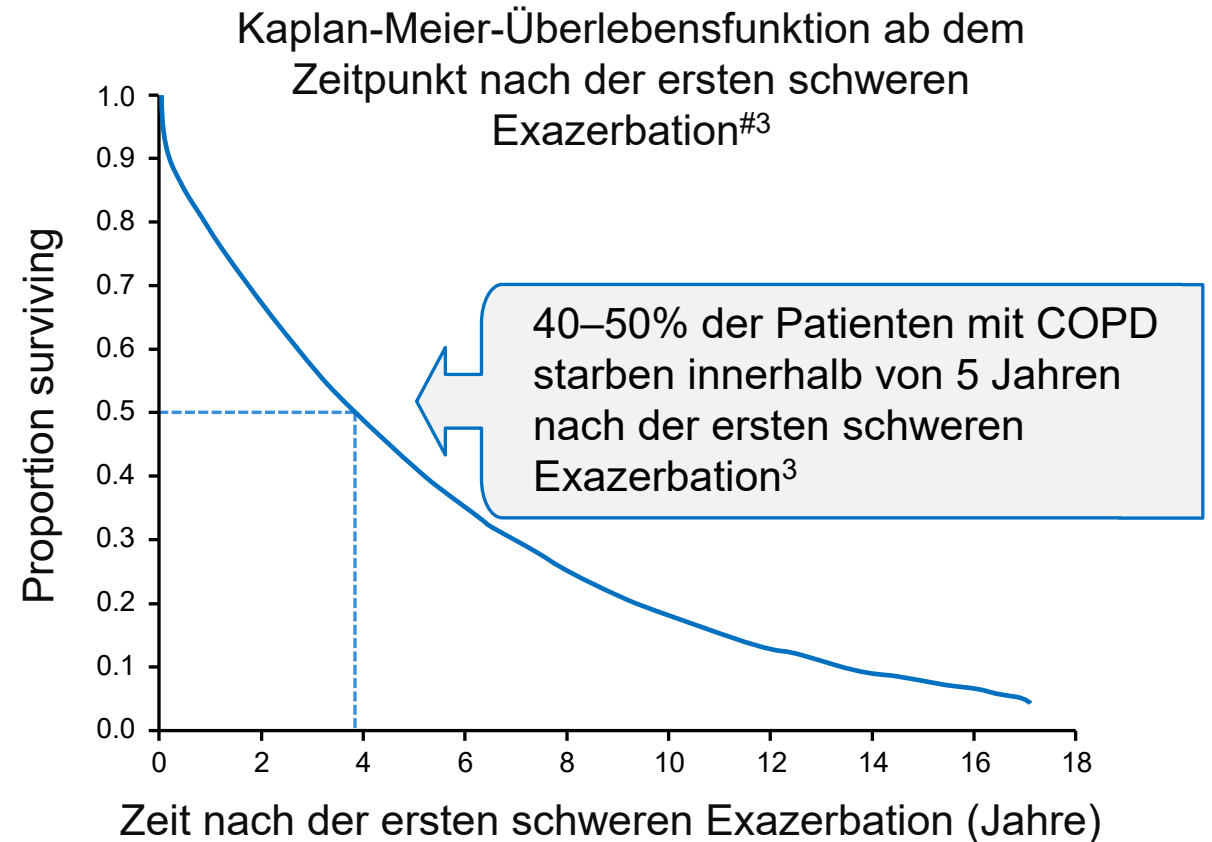


Abbildung reproduziert. © 2012, The Author(s). Veröffentlicht von BMJ Publishing Group Ltd.
Dieser Artikel ist lizenziert unter einer Creative Commons Attribution Non-commercial License,
CC BY-NC 2.0.

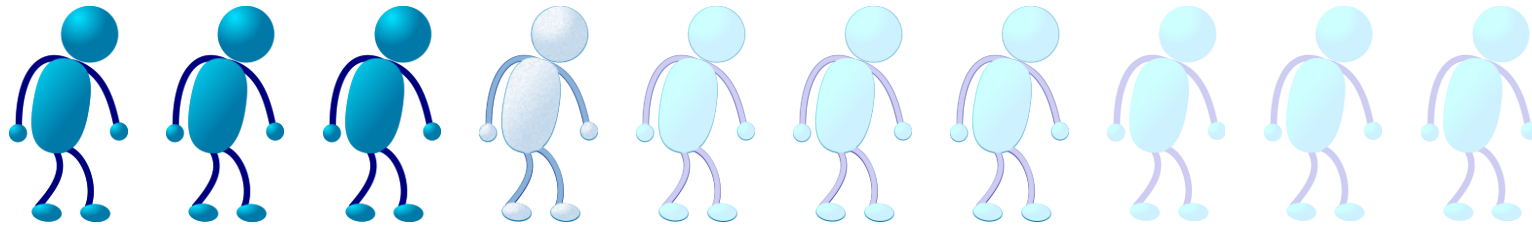


COPD

Exazerbationen

Patienten mit schweren oder vielen Exazerbationen exazerbieren weiter !

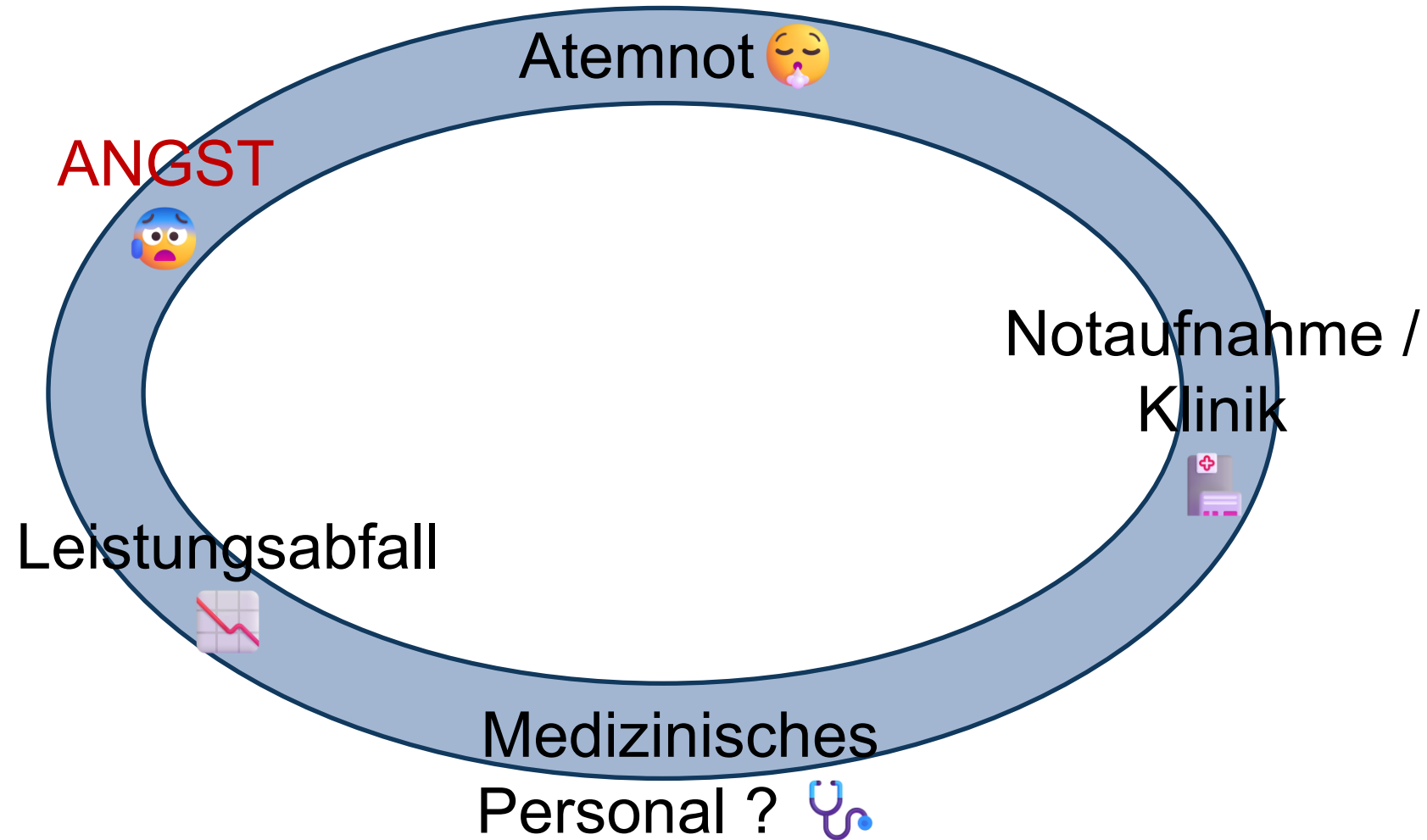
- 69 % erleiden **innerhalb eines Jahres** eine erneute Exazerbation



- 82 % erleiden **innerhalb von 3 Jahren** eine erneute Exazerbation
- 30 % erhöhtes Risiko für eine schwere Exazerbation nach einer mittelschweren Exazerbation



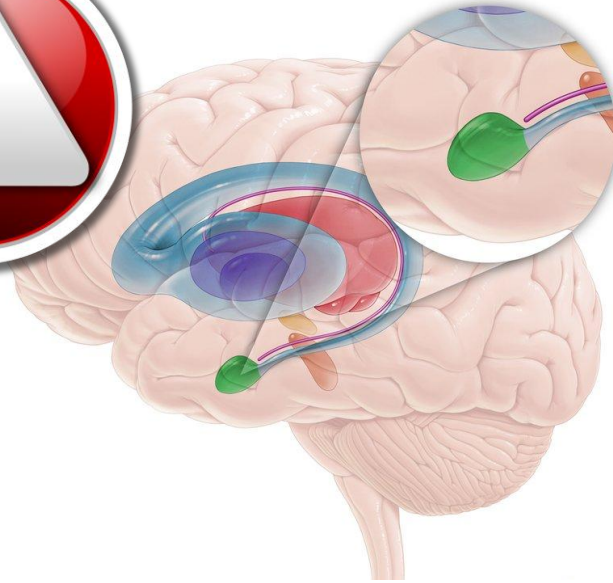
Exazerbationen: was bedeutet das für Patienten ?



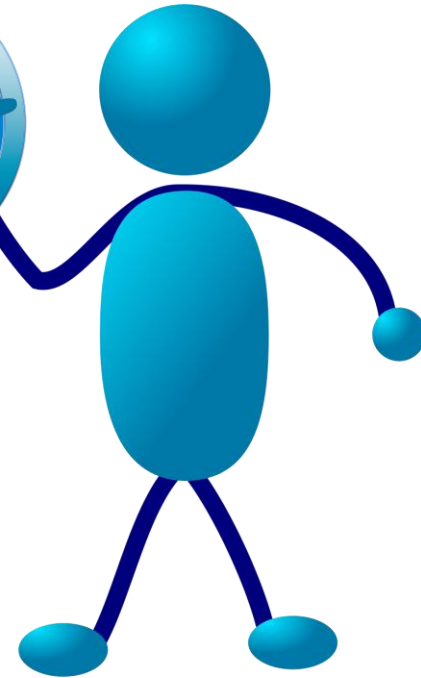
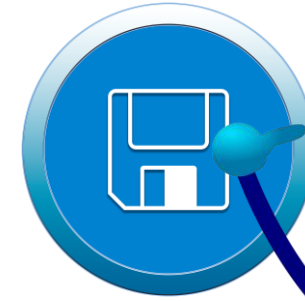
Psychologie der Exazerbationen



Atemnot



Das Alarmsystem (Amygdala) springt an
(noch bevor wir rational denken können)



Der Körper speichert die
Situation emotional ab
→ Ort, Körpergefühl, Geruch,
Gedanken werden verknüpft

Beim nächsten ähnlichen meldet das Gehirn:



„Das kennen wir. War gefährlich!“



Typ-2 Inflammation bei COPD

Eine Typ-2-Entzündung ist assoziiert mit:^{8–11}



Höheres Risiko für
COPD-Exazerbationen



Aggressiver Rückgang
der Lungenfunktion



Erhöhte Raten/Risiko
von COPD-bedingten
Hospitalisierungen

In einer Analyse einer Claimsdatenbank wiesen 1.631 in Frage kommende Patienten mit hohem BEC (≥ 300 Zellen/ μ l) höhere Raten von Exazerbationen (1,98 vs. 1,14), einschließlich schwerer Exazerbationen (0,23 vs. 0,14), sowie höhere Raten von COPD-bedingten Krankenhausaufenthalten auf (0,28 vs. 0,16)¹²

Erhöhte BEC sind mit einem erhöhten Risiko einer erneuten Krankenseinweisung nach einer Exazerbation verbunden^{*13}

3,6-fach

Risiko einer 12-monatigen
COPD-bedingten Wiederaufnahme

2,3-faches

Risiko einer 12-monatigen
Wiedereinweisung aus allen Gründen

**Kürzere Zeit bis zur ersten
COPD-bedingten Wiederaufnahme
(HR=2,74)**



Patients were stratified into the eosinophilic group when blood eosinophil level on admission was ≥ 200 cells/ μ L.

Vedel-Krogh S, et al. *Am J Respir Crit Care Med* 2016; Singh D, et al. *Eur Respir J* 2014; Yun JH, et al. *J Allergy Clin Immunol* 2018; Maspero J, et al. *ERJ Open Res* 2022; Narendra DK, Hanania NA. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2019; Yousuf A, et al. *J Allergy Clin Immunol Pract* 2019; Zhang C, et al. *Front Pharmacol* 2021; Yun JH, et al. *J Allergy Clin Immunol* 2018; Singh D, et al. *Am J Respir Crit Care Med* 2022; Tashkin DP, Wechsler ME. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2018; Hegewald MJ, et al. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2020; Narendra KD, et al. *Chest* 2024; Couillard S, et al. *Chest* 2017

PACE: Daten zu Prädiktoren von Exazerbationen

METHODE

Studienaufbau:

Monozentrische, prospektive Beobachtungsstudie

Studienumgebung:

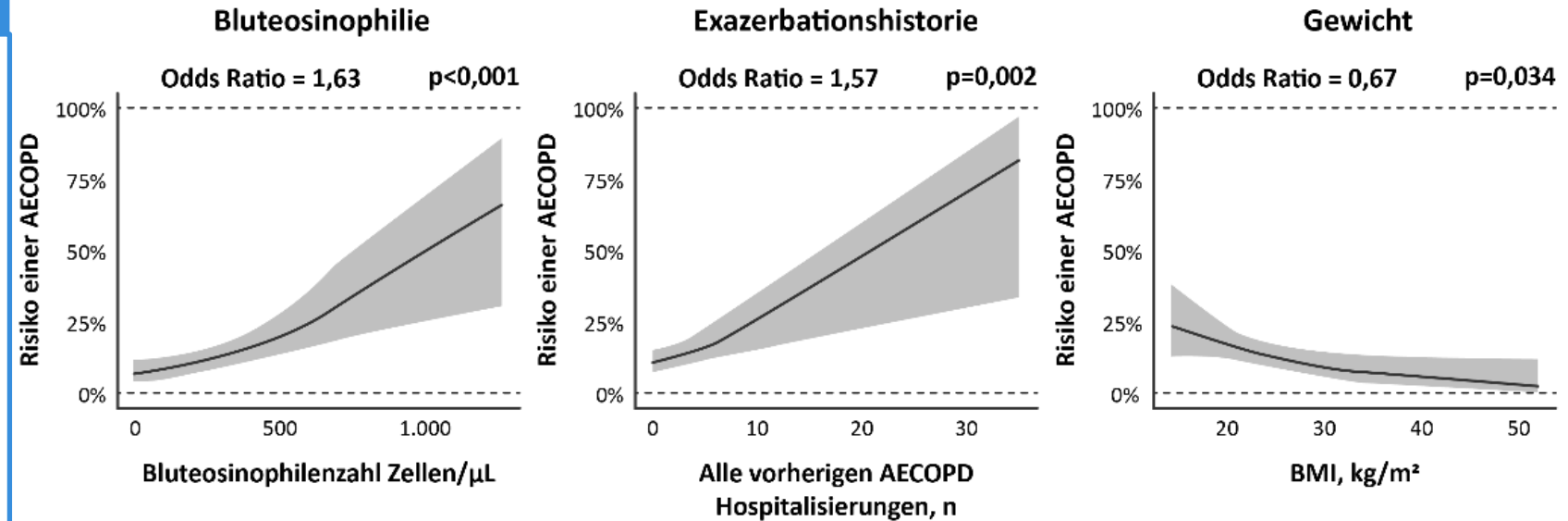
Während einer stationären pneumologischen Rehabilitation in der Schön Klinik Berchtesgadener Land

AECOPD-Diagnose:

Innerhalb der ersten 24 Stunden klinisch durch einen Pneumologen gestellt

Datenerhebung:

165 physiologische und klinische Messdaten (prospektiv erhoben)



Die PACE-Studie identifizierte zentrale Prädiktoren für AECOPD und verdeutlicht die Bedeutung von **systemischer Entzündung**, **Exazerbationsgeschichte** und **Ernährungsstatus** als starke Risikofaktoren.



Matinee

Erste Studie, die die Wirksamkeit und Sicherheit eines
Biologikums bei COPD-Patienten mit einer Typ-2-
Inflammation für bis zu 104 Wochen untersuchte

G.J. Criner,² S.A. Christenson,³ F.J. Martinez,⁴ A. Papi,⁵ N. Roche,⁶
J. Bourbeau,⁷ S. Korn,⁸ M. Bafadhel,⁹ M.L.K. Han,¹⁰ S. Kolterer,¹¹ K. Miller,¹²
D. Mouneimne,¹³ J. Fletcher,¹³ B. Mayer,¹⁴ J. Min,¹⁵ and I.D. Pavord,¹⁶
for the MATINEE Study Investigators*

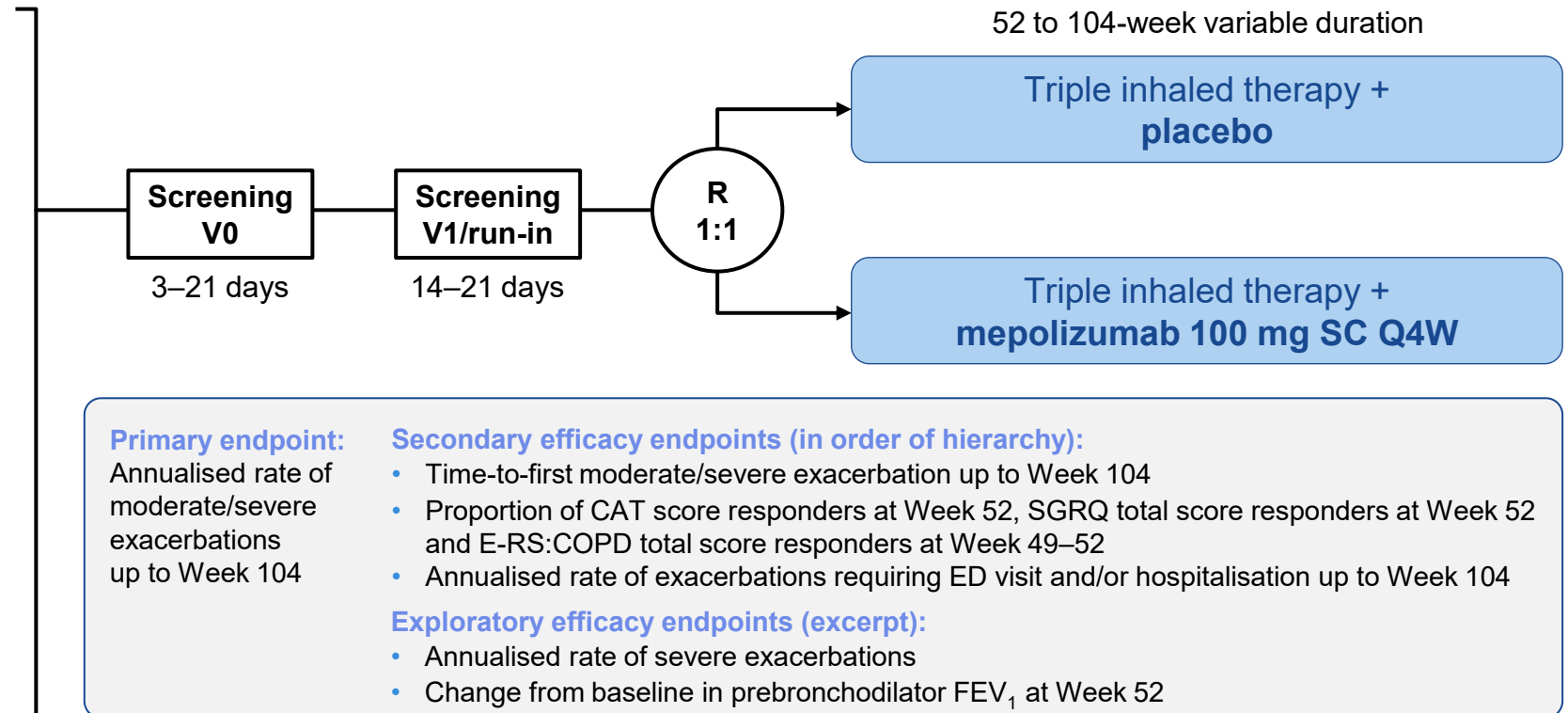


Matinee

Study design

Patient population

- Age ≥ 40 years
- COPD diagnosis for ≥ 1 year, but no history or concurrent diagnosis of asthma
- Screening BEC ≥ 300 cells/ μ L and a documented historical BEC ≥ 150 cells/ μ L in the 12 months prior or 14–21 days before randomisation
- ≥ 2 moderate or ≥ 1 severe COPD exacerbation(s)* in past 12 months
- SoC background therapy: ICS + LAMA + LABA ≥ 3 months prior to Visit 1
- Patients with and without symptoms of chronic bronchitis
- GOLD Stage 2–4
- mMRC dyspnoea scale grade 0–4
- Former and current smokers

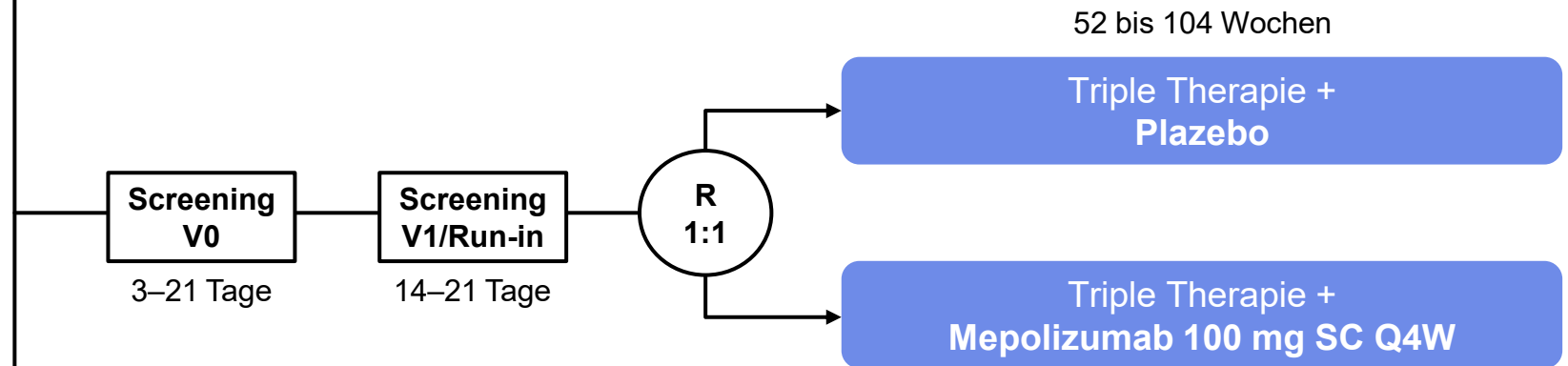


Matinee

Study design

Patientenpopulation

- Alter ≥ 40 Jahre
- COPD-Diagnose seit ≥ 1 Jahr, jedoch keine Vorgeschichte oder gleichzeitige Diagnose von Asthma.
- Screening BEC ≥ 300 Zellen/ μ L und ein dokumentierter historischer BEC ≥ 150 Zellen/ μ L in den 12 Monaten davor oder 14–21 Tage vor der Randomisierung
- ≥ 2 mittelschwere oder ≥ 1 schwere COPD-Exazerbation(en) in den letzten 12 Monaten
- SoC-Hintergrundtherapie: ICS + LAMA + LABA ≥ 3 Monate vor Visite 1
- Patienten mit und ohne Symptome einer chronischen Bronchitis
- GOLD-Stadium 2–4
- mMRC-Dyspnoe-Skala, Grad 0–4
- Ehemalige und aktuelle Raucher



Primärer Endpunkt:

Annualisierte Rate mittelschwerer/schwerer Exazerbationen bis Woche 104

Secondäre Endpunkte:

- Zeit bis zur ersten moderaten/schweren Exazerbation bis Woche 104
- Anteil der CAT Score Responder an Woche 52, SGRQ Score Responder an Woche 52 und E-RS:COPD Score Responder an Week 49–52
- Jährliche Rate an Exazerbationen mit Notaufnahme und/ rate of exacerbations requiring ED visit and/or hospitalisation up to Week 104

Exploratory efficacy endpoints (excerpt):

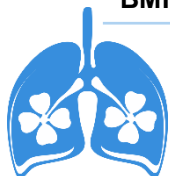
- Annualised rate of severe exacerbations
- Change from baseline in prebronchodilator FEV₁ at Week 52



Matinee

Patient characteristics

Characteristic	Placebo (n=401)	Mepolizumab 100 mg SC (n=403)	Characteristic	Placebo (n=401)	Mepolizumab 100 mg SC (n=403)
Age, years, mean ± SD	66.0 ± 7.9	66.4 ± 8.1	Duration of COPD, years, mean ± SD	9.7 ± 5.9	10.2 ± 6.7
Female, n (%)	126 (31)	127 (32)	Mean BEC (log SD), cells/μL, mean ± SD	480 (0.398)	480 (0.378)
Race, n (%)			Comorbidities, n (%)		
White	335 (84)	338 (84)	Previous or current diagnosis of cardiac disease	97 (24)	103 (26)
Asian	56 (14)	56 (14)	Airflow obstruction, n (%)		
Black or African American	5 (1)	5 (1)	Mild (FEV ₁ ≥80% predicted)	3 (<1)	2 (<1)
Other	5 (1)	4 (<1)	Moderate (FEV ₁ ≥50–<80% predicted)	181 (45)	168 (42)
Smoking history, n (%)			Severe (FEV ₁ ≥30–<50% predicted)	160 (40)	180 (45)
Current smoker	111 (28)	111 (28)	Very severe (FEV ₁ <30% predicted)	57 (14)	53 (13)
Former smoker	290 (72)	292 (72)	Moderate/severe exacerbations 12 months prior to screening, mean ± SD	2.2 ± 0.9	2.3 ± 1.0
Geographic region,* n (%)			≥1 moderate exacerbation, n (%)	348 (87)	350 (87)
Europe	127 (32)	132 (33)	≥1 severe exacerbation, n (%)	77 (19)	88 (22)
Eastern Europe	61 (15)	61 (15)	Postbronchodilator FEV₁, mean ± SD		
Asia	34 (8)	33 (8)	FEV ₁ , L	1.34 ± 0.54	1.31 ± 0.48
South America	84 (21)	82 (20)	Predicted FEV ₁ , %	48.2 ± 15.8	48.1 ± 15.7
North America	51 (13)	49 (12)			
Rest of the world	44 (11)	46 (11)			
BMI, kg/m², mean ± SD	27.1 (5.5)	27.4 (5.3)			



Europe* includes Belgium, Denmark, France, Germany, Greece, Ireland, Italy, the Netherlands, Spain, Sweden, and the United Kingdom; "Eastern Europe" includes Hungary and Poland; "Asia" includes China, the Republic of Korea, and Taiwan; "South America" includes Argentina, Brazil and Mexico; "North America" includes Canada and the US; "Rest of the world" includes Australia, India, Israel, and New Zealand.
 1. Sciurba FC, et al. N Engl J Med 2025;392:1710–20; 2.Sciurba FC, et al. N Engl J Med 2025;392:1710–20. Supplementary appendix.

Matinee

Patient characteristics

Characteristic	Placebo (n=401)	Mepolizumab 100 mg SC (n=403)
mMRC dyspnoea scale grade at screening, n (%)		
<2	98 (24)	89 (22)
≥2	301 (75)	310 (77)
Missing	2 (<1)	4 (<1)
HRQoL, mean ± SD		
CAT score [§]	19.1 ± 6.8	19.2 ± 7.0
SGRQ total score	53.9 ± 17.9	55.3 ± 17.7
E-RS:COPD total score	12.9 ± 6.8	13.2 ± 6.8
Symptoms of chronic bronchitis, n (%)		
Presence	267 (67)	277 (69)
Absence	126 (31)	113 (28)
Unknown	8 (2)	13 (3)
COPD type as reported by investigator, n (%)		
Chronic bronchitis only	168 (42)	170 (42)
Chronic bronchitis and emphysema	62 (15)	81 (20)
Emphysema only	132 (33)	120 (30)
Neither	37 (9)	32 (8)
Missing	2 (<1)	0

The population included a wide spectrum of airflow obstructions, the full spectrum of mMRC scores and patients regardless of symptoms of chronic bronchitis or COPD phenotype (chronic bronchitis-only, emphysema-only, both or neither)



MATINEE: a wide spectrum of patients

Symptoms of chronic bronchitis¹

With symptoms of chronic bronchitis

Without symptoms of chronic bronchitis

MATINEE patient population

Airflow obstruction^{1,2}

GOLD 1

GOLD 2

GOLD 3

GOLD 4

MATINEE patient population

mMRC dyspnoea scale grade (0–4)¹

Severity of breathlessness and impact on daily activities (higher grades indicating more severe dyspnoea)

0

1

2

3

4

MATINEE patient population

Baseline SGRQ total score (0–100)¹

Overall HRQoL in individuals with respiratory diseases (higher scores indicating worse health status)

0

54.6
± 17.8

Mean ± SD

100

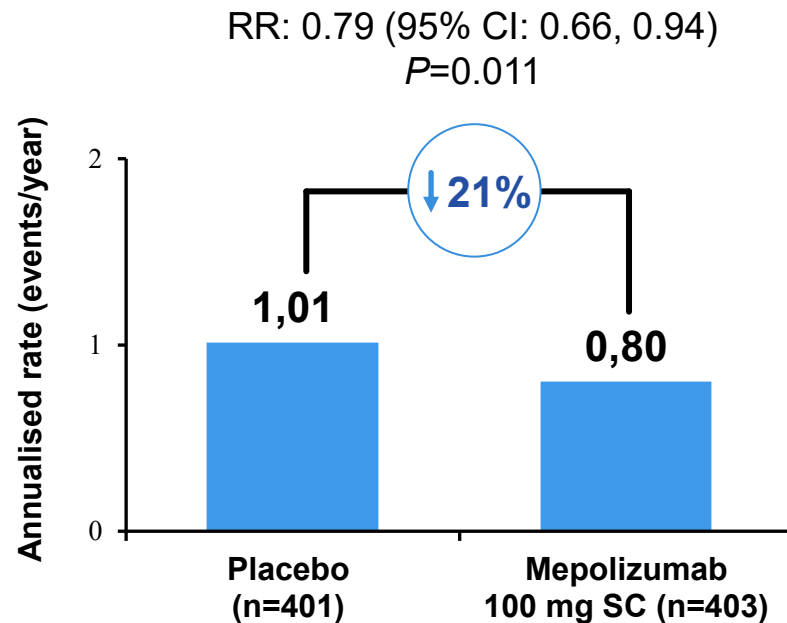
MATINEE patient population



Matinee

Primary endpoint: exacerbations

Moderate/severe exacerbations up to week 104



Cumulative number of moderate/severe exacerbations

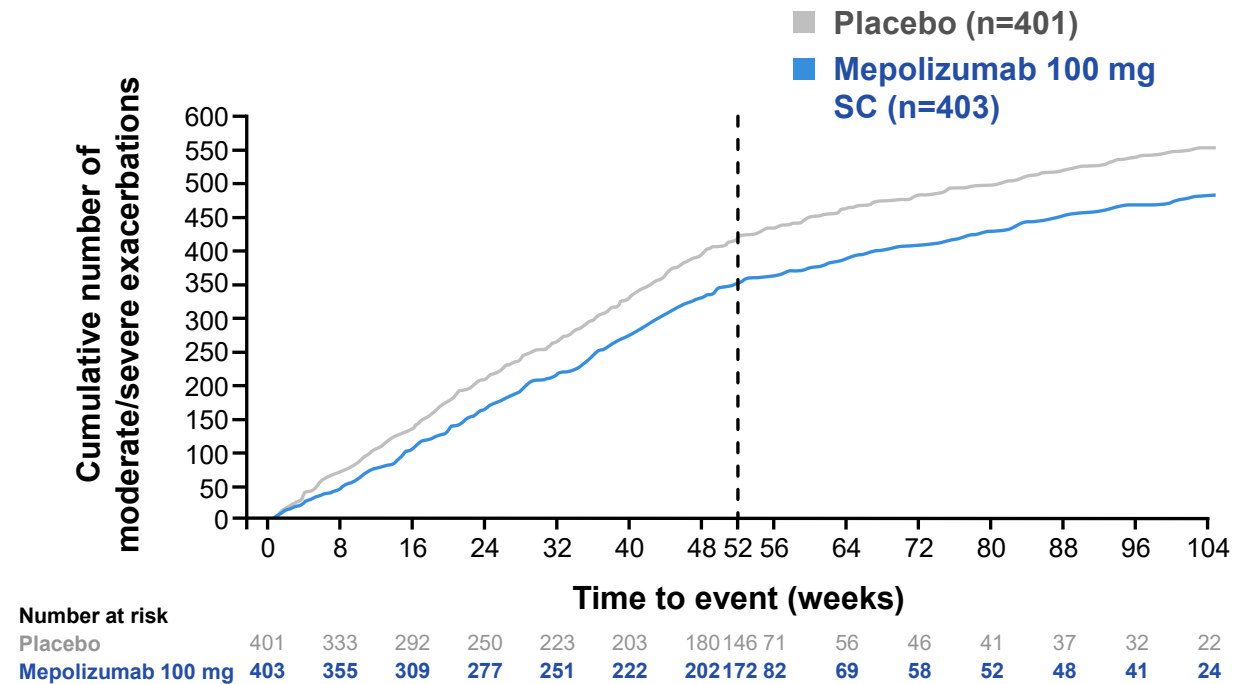
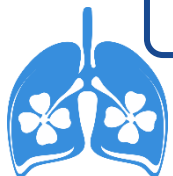
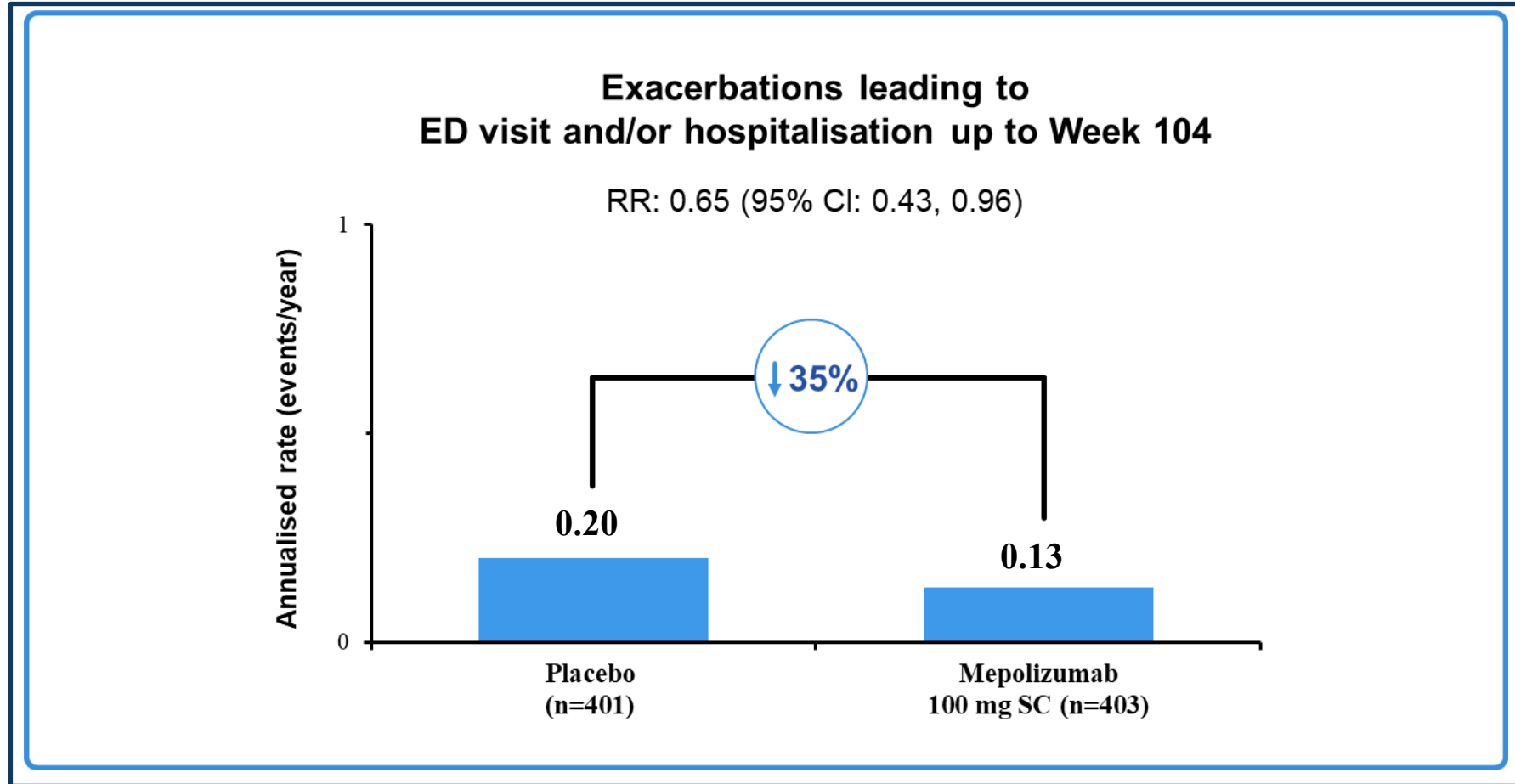


Figure reproduced from Sciurba et al. © 2025 Massachusetts Medical Society.¹



Matinee

Primary endpoint: exacerbations



Mepolizumab and FDA

🕒 22 May 2025

Issued: London, UK

For media and investors only

Nucala (mepolizumab) approved by
US FDA for use in adults with chronic
obstructive pulmonary disease
(COPD)



Mepolizumab (Europa 06.02.2026)

GSK plc hat bekannt gegeben, dass die Europäische Kommission Nucala (Mepolizumab), einen monoklonalen Antikörper, der sich gegen Interleukin-5 (IL-5) richtet, für Erwachsene als Zusatztherapie zur Erhaltungstherapie bei unkontrollierter COPD mit erhöhten Bluteosinophilen in Kombination mit einem inhalativen Kortikosteroid (ICS), einem langwirksamen Beta2-Agonisten (LABA) und einem langwirksamen Muskarinantagonisten (LAMA) zugelassen hat. Die Zulassung basiert auf Daten der positiven MATINEE-Phase-III-Studie, in der Mepolizumab eine klinisch bedeutsame und statistisch signifikante Reduktion der annualisierten Rate moderater/schwerer Exazerbationen im Vergleich zu Placebo plus Standardtherapie bei einem breiten Spektrum von COPD-Patienten mit eosinophilem Phänotyp zeigte. COPD betrifft weltweit über 390 Millionen Menschen, darunter etwa 40 Millionen in Europa.



Bedeutung der COPD

Weltweit wird erwartet, dass COPD in den kommenden zehn Jahren die führende Ursache für Krankenhausaufenthalte sein wird.⁴ Wird ein Patient aufgrund von COPD hospitalisiert, stirbt einer von zehn während des Aufenthalts, bis zu einer von vier Personen im darauffolgenden Jahr und jeder Zweite verliert innerhalb von fünf Jahren sein Leben.

1 von 10

sterben innerhalb eines Krankenhausaufenthalts



1 von 4

sterben innerhalb eines Jahres

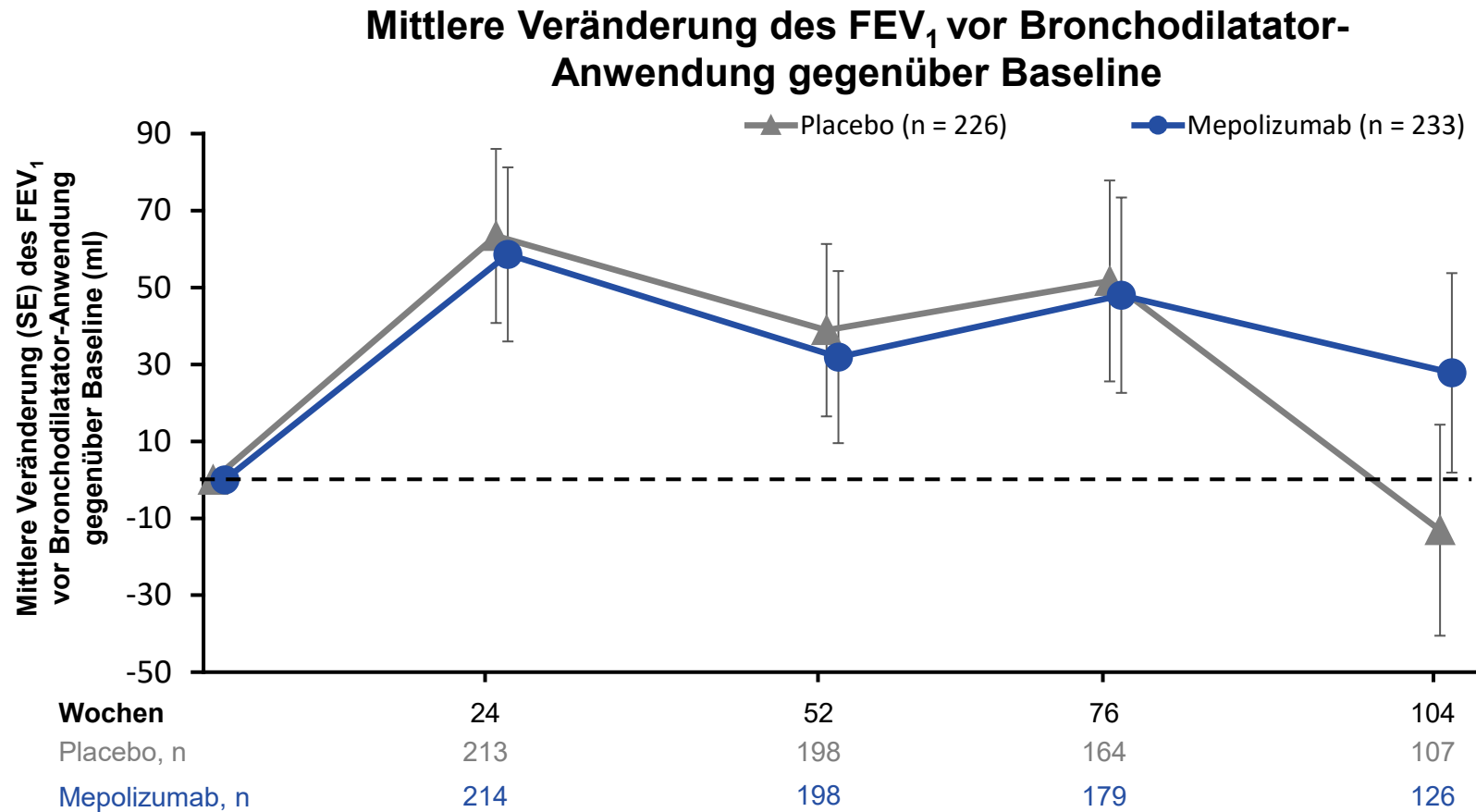


1 von 2

stirbt innerhalb von 5 Jahren



Lungenfunktion

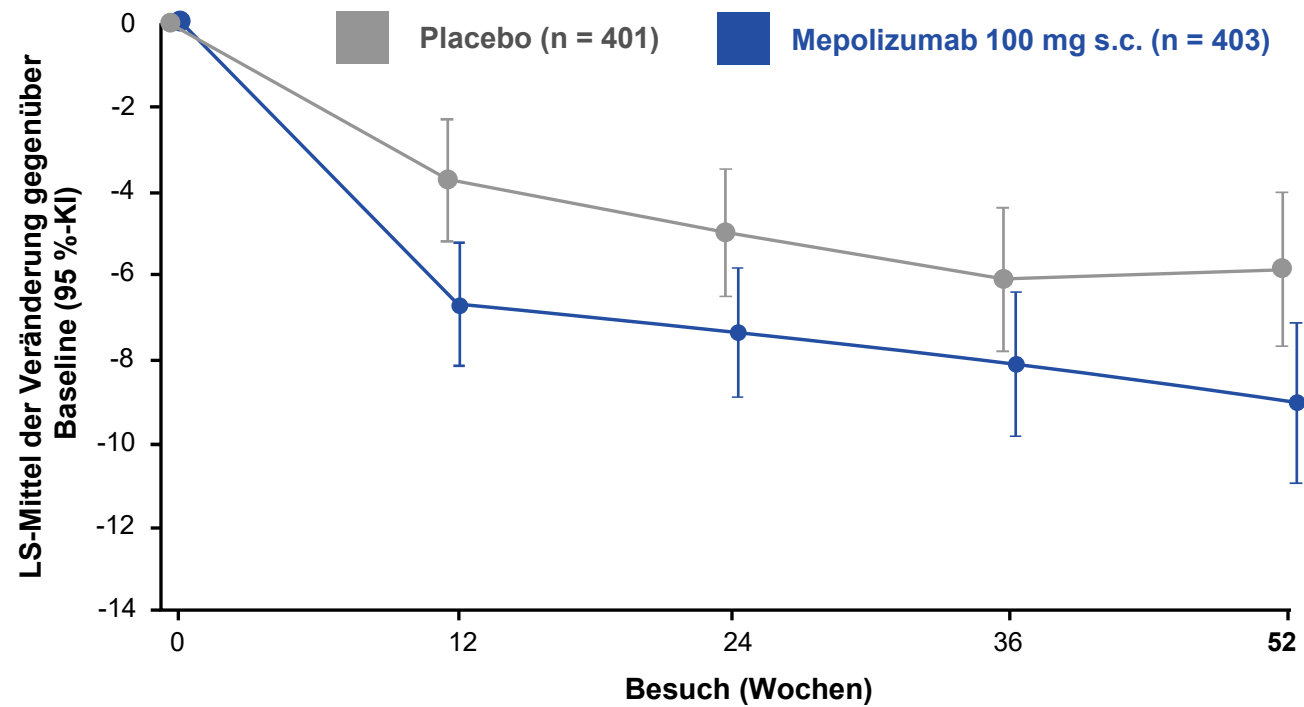


Angepasst mit Genehmigung von Bafadhel et al., 2025.



Lebensqualität: SGRQ

Veränderung des SGRQ-Gesamtscores gegenüber Baseline
(Zusammenfassung des SGRQ-Gesamtscores)



...Safety...

UE (Sicherheitspopulation), n (%) ¹	Placebo (n = 401)	Mepolizumab 100 mg s.c. (n = 403)
UE (während und nach der Behandlung)*		
Alle Ereignisse während der Behandlung	307 (77)	299 (74)
Alle Ereignisse während und nach der Behandlung	308 (77)	301 (75)
Ereignis, das zum Absetzen der Studienbehandlung führte	18 (4)	14 (3)
Ereignis, das zu einem Studienabbruch führte	16 (4)	15 (4)
Alle SUE (während der Behandlung)*	112 (28)	99 (25)
Tod (während und nach der Behandlung)	11 (3)	11 (3)
UE von besonderem Interesse		
Systemische Reaktion (während der Behandlung) [†]	5 (1)	5 (1)
Reaktion an der Injektionsstelle (während der Behandlung)	3 (<1)	2 (<1)
Krebs (während der Behandlung) [‡]	13 (3)	8 (2)



A large, flowing orange shape that starts wide on the left and tapers towards the right, creating a sense of movement and elegance.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

