



Quadrimed, Crans Montana

# Asthma in der Praxis

Die Prävalenz von Asthma ist hoch. Gemässe der SAPALDIA-Studie sind in der Schweiz 12% der Kinder und ca. 5% der Erwachsenen betroffen. Asthma präsentiert sich unter verschiedenen Phänotypen, am häufigsten ist das sogenannte «early-onset» Asthma, welches in erster Linie allergisch ist und das «late-onset» Asthma, in den meisten Fällen von eosinophiler, nicht allergischer Natur. Beide Phänotypen sind durch eine eosinophile Entzündung der Schleimhaut des Respirationstraktes charakterisiert, wie **Dr. med. Thomas Rothe** (Davos) ausführt.

Das Asthma bei den Kindern hat häufig eine allergische Ursache, kann während der Pubertät verschwinden, aber manchmal auch bis ins Erwachsenenalter persistieren. Die Entwicklung des Asthmas kann durch Atemwegsinfekte während der ersten Lebensjahre begünstigt werden. Nach den ersten Manifestationen des Asthmas können weitere Schübe nicht nur durch Kontakt mit Allergenen, sondern auch durch unspezifische Trigger ausgelöst werden. Die Ursache der Symptomatik ist auf der einen Seite eine bronchiale Hyperreaktivität, welche häufig bei nächtlichem Husten und morgendlichen Atemschwierigkeiten vorhanden ist, und auf der anderen Seite sind es Bronchospasmen während intensiver physischer Anstrengung.

Das eosinophile Asthma manifestiert sich normalerweise erst im Erwachsenenalter. Das Charakteristikum dieses Phänotyps ist das häufige Fehlen von typischen Asthmasymptomen trotz Vorhandensein einer eosinophilen Entzündung der Schleimhaut des Respirationstraktes. Die Krankheit manifestiert sich durch Husten, visköse bronchiale Sekretion und eine zunehmende Schwellung der entzündeten Schleimhaut. Die Anstrengungsdyspnoe, welche daraus resultiert, kann leicht mit einer COPD verwechselt werden. In diesem Fall wird das Asthma durch eine Eosinophilie im Hämatogramm diagnostiziert und durch die Verbesserung der Respirationssymptome nach Inhalation von Kortikosteroiden. Beta-Agonisten erreichen wegen der Schleimhautschwellung keinen solchen Effekt.

## Behandlung des Asthmas

Mit der globalen Strategie für das Management und die Prävention von Asthma strebt die GINA (Global Initiative for Asthma) eine gute Kontrolle des Asthmas an mit der Vermeidung von nächtlicher Dyspnoe, Anstrengungsasthma und Verminderung von Episoden von Oppressionsgefühl tagsüber auf maximal zweimal pro Woche.

Eine gute Asthmakontrolle besteht im Vermeiden von Allergenen, der Etablierung einer medikamentösen Therapie, eventuell sogar einer spezifischen Immuntherapie (Desensibilisierung), und schlussendlich in der Erziehung des Patienten mit dem Ziel, seine Medikamente korrekt zu inhalieren, Allergene zu vermeiden und Exazerbationen frühzeitig zu erkennen. Darüber hinaus kann ein Aktionsplan dem Patienten helfen, bei Verschlechterung korrekt zu reagieren.

Die Therapie wird schrittweise angepasst und unterliegt einer ständigen Kontrolle, welche erlaubt, die Situation des Patienten zu überwachen, die Therapie anzupassen und den Effekt der Anpassung zu überprüfen (Abbildung 1).

Bei den Stufen 1 und 2, welche mit einer Monotherapie mit einem inhalativen Steroid (ICS) behandelt und nach Bedarf mit einem kurzwirksamen Beta-2-Sympathomimetikum (SABA) ergänzt werden, besteht die Gefahr, dass die Patienten nur SABA benutzen, weil deren Effekt direkt spürbar ist. Darunter würde aber die bronchiale Hyperreaktivität zunehmen. Aus diesem Grunde beginnt man in der Praxis häufig zu einem frühen Zeitpunkt eine Kombinationstherapie mit CSI/LABA (langwirksames Beta-2-Sympathomimetikum).

In den Fällen, wo Patienten trotz guter Asthmakontrolle symptomatisch bleiben, können zwei Ursachen in Betracht gezogen werden. Sei es, dass das Asthma von hohem Schweregrad ist oder dass exogene Faktoren die Asthmatherapie komplizieren oder unmöglich machen.

Zusätzlich zu den üblichen Medikamenten kann ein Asthma in der Stufe 5 mit oralen Kortikosteroiden oder mit monoklonalen Antikörpern behandelt werden (Omalizumab gegen IgE oder Mepolizumab gegen Interleukin 5).

▼ Dr. Heidrun Ding

Quelle: Quadrimed, Crans Montana, 26.–28.1.2017, Übersetzung aus «la gazette médicale» 02-2017



				<b>STUFE 5</b> Add-on-Therapie, z. B. Omalizumab, Mepolizumab
<b>STUFE 1</b>	<b>STUFE 2</b> ICS in niedriger Dosis	<b>STUFE 3</b> ICS/LABA in niedriger Dosis	<b>STUFE 4</b> ICS/LABA in mittlerer/hocher Dosis	
ICS in niedriger Dosierung erwägen	LTRA erwägen	ICS/LTRA in niedriger Dosis	ICS/LTRA in hoher Dosis	Orale Kortikosteroide
SABA nach Bedarf		SABA nach Bedarf oder ICS/Formoterol nach Bedarf (SMART®)		

**Abb. 1: Schrittweises Vorgehen bei der Asthmabehandlung gemäss GINA**

ICS: Inhalative Kortikosteroide; LABA: Lang wirksame Beta-Agonisten; LTRA: Leukotrien-Antagonisten; SABA: Kurz wirksame Beta-Agonisten