

Asthma in der Hausarztpraxis

Dr. med. THOMAS ROTHE^a

Rev Med Suisse 2017; 13: 265-6

Asthma ist eine sehr häufige chronische Erkrankung. Auf der Basis der Daten der SAPALDIA-Studie sind 12% der Kinder und ca. 5% der Erwachsenen betroffen. Asthma ist nicht ein homogenes Krankheitsbild, sondern es existieren verschiedene Phänotypen, die identifiziert werden sollten, da manche therapeutische Optionen nur bei einem spezifischen Phänotyp wirksam sind. Den beiden häufigsten Asthma-Phänotypen ist eine eosinophile Entzündung der Mukosa der Atemwege gemeinsam. Zum einen ist dies das primär allergische early-onset Asthma, sowie das meist nicht-allergische, hoch eosinophile adult-onset Asthma.¹

Das juvenile allergische Asthma wächst manchmal in der Pubertät aus, persistiert meist aber im Erwachsenenalter. Bereits in den ersten Jahren nach Manifestation entkoppeln sich Asthma und Allergie etwas: Allergenexposition führt zwar zu vermehrter Symptomatik, aber auch unter Allergen-karenz besteht Therapiebedürftigkeit. Die Beschwerden sind Ausdruck der bronchialen Hyperreaktivität, d.h. nächtlicher Husten, morgendliche Beengung der Atmung und Auftreten eines anhaltenden Bronchospasmus bei intensiver sportlicher Belastung.

Das hoch eosinophile adult-onset Asthma manifestiert sich meist erst im Erwachsenenalter. Es besteht eine Diskordanz zwischen dem Ausmass der eosinophilen Entzündung und den typischen Asthmabeschwerden, die manchmal fast völlig fehlen.² Stattdessen kommt es zu Husten, zähem Bronchialsekret und progredienter Schwellung der bronchialen Mukosa. Daraus resultiert eine Belastungsdyspnoe mit dem Risiko der Verwechslung mit einer COPD: Patienten in diesem Alter haben oft einmal geraucht. Aufgrund der Schleimhautschwellung besteht eine auf Betastimulatoren nicht reversible Obstruktion. Sucht und findet man jetzt eine Eosinophilie im Differenzialblutbild und verabreicht einen oralen Steroidtoss (*steroid trial*), kommt es zu einer völligen bzw. weitgehenden Reversibilität der Obstruktion, d.h. das Asthma ist bewiesen. Bei diesem Phänotyp findet man oft auch eine chronische hyperplastische eosinophile Sinusitis, teilweise mit Polyposis nasi, Steroid-sensitiver Anosmie und in bis zu 40% einer ASS/NSAR-Intoleranz (Morbus Widal).

Die internationalen GINA-Asthmarichtlinien verlangen, dass bei Patienten eine gute Asthmakontrolle angestrebt wird.³ Dies impliziert, dass die Betroffenen nicht häufiger als zweimal pro Woche tagsüber eine Beklemmung verspüren und entsprechend ein Notfall-Inhalativum einsetzen. Alternativ kann der Asthma Control Questionnaire (ACT) eingesetzt werden, der in vielen verschiedenen Sprachen vom Internet heruntergeladen werden kann. Nächtliche Atemnot bzw. Anstrengungs-

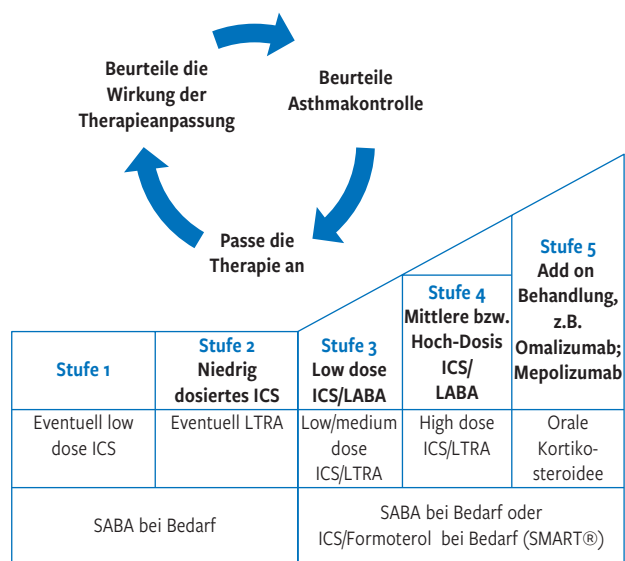
asthma sollten bei guter Asthmakontrolle nicht auftreten. Zur Erzielung einer Asthmakontrolle ist neben eventuellen Allergenkarenzmassnahmen, u.U. auch einer Allergen-Immuntherapie, oft eine medikamentöse Therapie notwendig. Sie beruht auf 5 definierten Therapiestufen, die von den internationalen GINA-Guidelines (**Abbildung 1**) definiert wurden. Gelingt mit den Therapiestufen 1 und 2 eine Asthmakontrolle, liegt ein leichtes Asthma vor. Ist für die Asthmakontrolle die Stufe 3 notwendig, liegt ein mittel-schweres Asthma vor. Benötigen Patienten die Therapiestufe 4 oder 5 für die Asthmakontrolle, bzw. bleiben sogar unter dieser Therapie symptomatisch, spricht man von schwerem Asthma.

Trotzdem guter Asthmakontrolle können plötzliche akute Exazerbationen auftreten, die einer kurzen Therapieintensivierung bedürfen. Ursächlich sind meist virale Atemwegsinfekte bzw. Allergenexposition. Beim eosinophilen adult-onset Asthma besteht eine entzündliche Aktivität, die mit Kortikosteroiden unterdrückt werden muss. Wird die individuell notwendige therapeutische Schwellendosis unterschritten, kommt es spontan zu einer Exazerbation.

Bei einer Monotherapie mit inhalativen Kortikosteroiden plus kurz wirkendem Betastimulator in Reserve besteht das Risiko, dass die Patienten nur die subjektiv auch wirksamen Betastimulatoren einsetzen, mit dem Risiko, dass die bronchiale Hyperreaktivität zu- statt abnimmt. Aus diesem Grund wird in der Realität oft sehr früh mit einer Kombinationsthe-

ABB 1 Asthma-Therapiestufen nach den GINA Guidelines

ICS: inhalierbares Kortisonpräparat; LABA: lang wirkender Beta-Agonist; LTRA: Leukotriene Receptor Antagonisten; SABA: kurz wirkender Beta-Agonist.



^a Chefarzt Innere Medizin & Pneumologie, Zürcher RehaZentrum Davos, 7272 Davos Clavadel
thomas.rothe@zhreha.ch | www.zhreha.ch

rapie aus Steroid und lang wirkendem Betastimulator begonnen. Wenn dabei der Betastimulator tief dosiert wird (Formoterol 6 µg), kann die Kombination auch als Reserve-Medikament bei Atemnot eingesetzt werden. Damit lassen sich oft leichte Exazerbationen suffizient therapieren.⁴

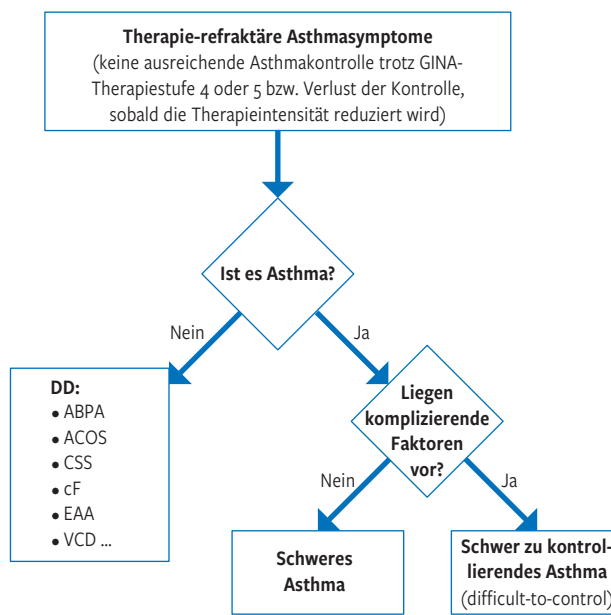
Asthma-Patienten benötigen eine Schulung, damit sie in der Lage sind, Exazerbationen früh zu erkennen, zu wissen, wann sie den Arzt aufsuchen müssen bzw. welche Schritte sie selber unternehmen können, wenn der Arzt nicht erreichbar ist bzw. sie sich auf einer Reise befinden (self assessment und self management). Zur Schulung gehören auch die Instruktion von Allergenkarrenmassnahme (Milbensanierung etc.), Instruktion der Inhalationstechnik und Abgabe eines Asthma-Aktionsplanes. Der Aktionsplan erhält individualisierte Hinweise, wie auf Verschlechterungen reagiert werden sollte. Das Asthma-Tagebuch der Lungenliga kann vom Hausarzt entsprechend ausgefüllt werden.

Leider ist auch unter ausgebauter Therapie nicht immer eine gute Asthmakontrolle möglich.⁵ Bis zu 30% der Patienten bleiben unter Therapie symptomatisch. Bei den meisten dieser Patienten ist das Asthma nicht schwer, sondern es liegen externe Faktoren vor, die das Asthma komplizieren und dadurch die Asthmakontrolle verunmöglichen (difficult-to-control), siehe **Abbildung 2**.⁶ Sind solche Faktoren wie schlechte Inhalationstechnik, Steroidphobie, Rauchen etc. ausgeschlossen bzw. behandelt und wurde verifiziert, dass wirklich ein Asthma vorliegt und nicht ein Syndrom, das ein Asthma imitiert, liegt doch ein schweres Asthma vor.

Für die Therapie des schweren Asthmas stehen neben den üblichen Antiasthmatica auch orale Kortikosteroide und Biologika zur Verfügung. Anti-IgE-Antikörper (Omalizumab) dürfen vom Spezialisten beim schweren allergischen Asthma verordnet werden. Neu steht Mepolizumab für das schwere eosinophile Asthma zur Verfügung.⁷ Mit der Substanz gelingt bei guter Indikationsstellung eine Reduktion der täglichen oralen Steroiddosis und der Häufigkeit schwerer Exazerbationen. Auch hier wird die teure Medikation nur dann von der Krankenkasse übernommen, wenn der Spezialist die Indikation stellt.

ABB 2 Abklärungsschritte bei Therapie-refraktären Asthmasymptomen

DD: Differenzialdiagnose; ABPA: allergische broncho-pulmonale Aspergillose; ACOS: Asthma-COPD-Overlap Syndrom; CSS: Churg-Strauss Syndrom; cF: Cystische Fibrose; EAA: exogen allergische Alveolitis; VCD: vocal cord dysfunction.



1 Brusselle GG, Maes T, Bracke KR. Eosinophils in the spotlight: Eosinophilic airway inflammation in non-allergic asthma. *Nat Med* 2013;19:977-9.

2 Haldar P, Pavord ID, Shaw DE, et al. Cluster analysis and clinical asthma phenotypes. *Am J Respir Crit Care Med* 2008;178:218-24.

3 www.ginasthma.org

4 Rabe KF, Atienza T, Magyar P, et al. Effect of budesonide in combination with formoterol for reliever therapy in asthma exacerbations: a randomised controlled, double-blind study. *Lancet* 2006;368:744-53.

5 Bateman ED, Boushey HA, Bousquet J, et al. Can guideline-defined asthma control be achieved? The GOAL Study. *Am J Respir Crit Care Med* 2004;170:836-44.

6 Rothe T, Leuppi J und die Mitglieder der „Arbeitsgemeinschaft Asthma“ der Schweiz. *Ges. für Pneumologie. Management von Therapie-refraktären Asthmasymptomen. Schweiz Med Forum* 2015;15:573-9.

7 Bel EH, Wenzel SE, Thompson PF, et al. Oral glucocorticoid sparing effect of mepolizumab in eosinophilic asthma. *N Engl J Med* 2014;371:1189-97.