

Symptome, Therapie und Prävention

Asthma-Management

Asthma ist eine der häufigsten Atemwegserkrankungen. Asthma kann auch heute noch lebensbedrohlich sein, daher sind Erkennung und Therapie der akuten Krankheit sowie auch die langfristige Betreuung von Asthmapatienten wichtig für praktizierende Ärzte. In der Schweiz sind ca. jedes 10. Kind und jeder 14. Erwachsene betroffen. Weltweit nimmt die Prävalenz von Asthma zu. Dank moderner Therapien konnte die Asthamortalität in den letzten Jahrzehnten zwar gesenkt werden, die Morbidität, beurteilt anhand der Anzahl Hospitalisationen und notfallmässiger Arztbesucher, nimmt jedoch immer noch zu. Asthma ist eine chronisch entzündliche Erkrankung der Atemwege einhergehend mit deren Hyperreagibilität. Die Bronchialschleimhaut ist entzündlich verändert und hypertroph. Zusätzlich findet sich eine Hypersekretion von mukösem Schleim und es kommt zu Spasmen der bronchialen Muskulatur.

Menschen mit Asthma leiden typischerweise unter anfallsartiger Atemnot, es können jedoch auch eine persistierende Atemnot und Husten auftreten. Man unterscheidet ein allergisches und ein nicht-allergisches Asthma. Das allergische Asthma wird durch äussere Reize (Allergieauslösende Stoffe in der Umwelt, sog. Allergene) ausgelöst und daher auch als exogenes Asthma bezeichnet, bei entsprechender genetischer Veranlagung entsteht eine Atopie. Das nicht-allergische, auch als endogen bezeichnete Asthma wird hingegen durch andere teils physikalische und/oder chemische Reize verursacht wie die Einwirkung von toxischen oder irritierenden Stoffen (Lösungsmittel, Zigarettenrauch, kalte Luft und Wetterumschläge). Wichtig ist eine gute Asthmakontrolle und in diesem Zusammenhang eine gute Kommunikation der Betroffenen mit ihrem Hausarzt und/oder Pneumologen.

Klinik und Komplikationen

Da die Asthmasymptome im Alltag meist intermittierend auftreten, sind während einer Praxiskonsultation eventuell nur indirekte Zeichen erkennbar. Eine gute Anamnese ist daher wegweisend. Die klassischen Asthmasymptome sind intermittierende Atemnot, Husten und ein pfeifendes Atemgeräusch („wheezes“). Nächtlicher Husten bei fehlenden Hinweisen auf einen Atemwegsinfekt sollte ebenfalls an Asthma denken lassen. Klinische Befunde sind Atemnot, erhöhte Atemfrequenz, Gebrauch der Atemhilfsmuskulatur, thorakale Einziehungen, eine verlängerte Expirationsphase und bei der Auskultation ein vor allem expiratorisches Pfeifen, Zischen, Giemen und Brummen. In einer Notfallsituation können Patienten zyanotisch werden mit klinisch sichtbarer erheblicher Dyspnoe, stossweiser Atmung oder Schnappatmung. Falls schwere Asthmasymptome über Stunden bestehen und die sonst üblichen therapeutischen Massnahmen nicht genug effektiv sind, spricht man von einem Status asthmaticus. Hier findet sich oft eine schwere Dyspnoe mit beschleunigter Atmung, ein abgeschwächtes



Dr. med. Jessica Graziano
Zürich

Atemgeräusch infolge Zyanose, Unruhe, und es kann zu Bewusstseinsstörungen kommen. Eine unverzügliche Hospitalisation mit der Bereitschaft zu intensivmedizinischem Management ist indiziert. Dies ist in Europa allerdings selten geworden.

Abklärungsstrategie

Anamnese

Wie erwähnt, ist eine umfassende Anamnese der Schlüssel zur Diagnose von Asthma. Hierbei soll insbesondere Art, Dauer und Zeitpunkt des Auftretens (Tageszeit, Saison, während der Arbeit/in der Freizeit etc.) sowie spezifische Trigger der Atemnot erfragt, weitere Symptome eruiert (chronischer Husten, Nasenlaufen, Rhinitis) und die Familienanamnese erhoben werden.

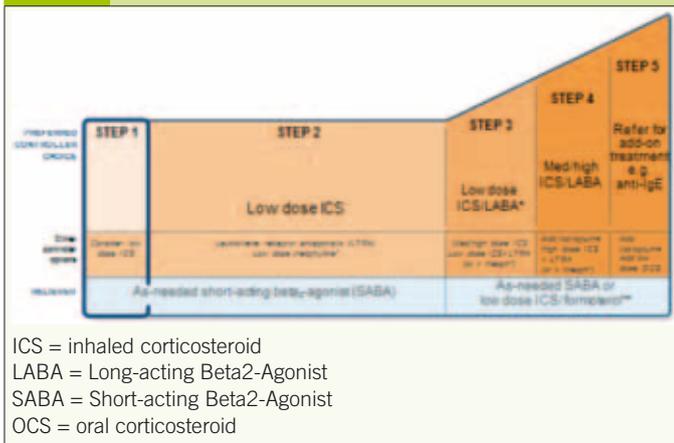
Untersuchungen

Spirometrie: Die Spirometrie dient zur Bestimmung von FEV1 (forcierte expiratorische Einsekundenkapazität), FVC (forcierte Vitalkapazität) und dem FEV1/FVC-Quotienten. Zeigt sich hierbei eine Obstruktion, sollte die Untersuchung 20–30 Minuten nach Inhalation eines kurzwirksamen Bronchodilatators wiederholt werden. Eine Verbesserung um über 12% ist signifikant, und es kann bei entsprechender Klinik die Diagnose von Asthma gestellt werden.

Peak-Flow-Variabilität: Die Messung des Peak Flows im Alltag (zu Hause oder am Arbeitsplatz) kann wichtige Hinweise auf Asthma liefern. Eine Peak-Flow-Variabilität von mehr als 15% bei mehreren täglichen Messungen über 1–2 Wochen hinweg genügt bei entsprechender Klinik zur Asthmadignose und Therapieeinleitung.

Bronchoprovokationstest: Bei Patienten mit anamnestisch hohem Verdacht auf eine Asthmaerkrankung mit normaler Spirometrie kann ein positiver Bronchoprovokationstest mit Metacholin die Diagnose von Asthma unterstützen. Es ist jedoch wichtig zu wissen, dass bis zu 20% gesunder Probanden eine bronchiale Hyperreagibilität aufweisen, womit die Spezifität des Testes begrenzt ist. Bei einem negativen Bronchoprovokationstest kann Asthma fast sicher ausgeschlossen werden.

ABB. 1 GINA Guidelines 2015



Blutuntersuchungen helfen meist weiter in der Differenzierung der einzelnen Krankheiten.

Therapie und Prävention

Therapie

Ein erfolgreiches Asthmamanagement setzt die Schulung des Patienten im Umgang mit seiner Krankheit voraus. Der Patient sollte ein Basiswissen über Asthma (Entzündung!), die Rolle von Medikamenten und die Triggerkontrolle haben. Er muss fähig sein, die Inhalationstechnik, Peak-Flow-Messungen und Selbstkontrolle (Tagebuch, Erkennung einer Verschlechterung, Aktionsplan) durchzuführen. Ziele der Therapie sind Symptombefreiheit, normale körperliche Leistungsfähigkeit, normale Lungenfunktion und Peak Flow (PEF Variabilität <20%) und das Verhindern von Exazerbationen. Diese Therapieziele definiert man mittels Asthmakontrolle in kontrolliert, teilweise kontrolliert und nicht kontrolliert, um die daraus folgenden jeweiligen stufengerechten Behandlungsschemata zu erreichen (siehe weiter unten GINA Guidelines 2015 Abb. 1). Zur Therapie von Asthma bronchiale werden als Basistherapie Medikamente zur Langzeitkontrolle („Controller“: Kortikosteroide, langwirksame Betamimetika wie Formoterol und Salmeterol, Leukotrienantagonisten) und Notfallmedikamente („Reliever“: kurzwirksame Betamimetika wie Salbutamol, Fenoterol). Gegebenenfalls können auch kurzwirksame Anticholinergika (Ipratropiumbromid) eingesetzt werden. Wichtigster therapeutischer Schritt ist die Kontrolle der chronischen Entzündung der Atemwege, dazu werden vor allem inhalative Kortikosteroide oder Leukotrien-Antagonisten eingesetzt.

Prävention

Wichtiger präventiver Eckpfeiler ist das Meiden inhalativer Noxen, am wichtigsten ist hier die Exposition gegenüber aktivem oder auch passivem Zigarettenrauch. Wenn möglich bekannte Allergene und Asthmaauslösende Substanzen meiden, z.B. bei relevanter Milben-Allergie mittels Milben-Sanierungs-Massnahmen. Eine weitere Ursache für einige Asthmaauslösungen können auch Medikamente wie Aspirin oder NSAR sein, hier kann ein Weglassen oder eine Dosisreduktion eine Besserung bringen.

Dr. med. Jessica Graziano

Lungenzentrum Hirslanden, 8032 Zürich
j.graziano@lungenzentrum.ch

Interessenkonflikt: Die Autorin hat keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Röntgenbild des Thorax: Das Thoraxbild hilft nicht bei der Diagnosestellung von Asthma, kann aber je nach Situation nützlich sein, um andere Ursachen für die bestehende Atemnot abzuklären.

IgE-Bestimmung: Erhöhte IgE-Werte sind möglich bei Asthmepatienten, die Bestimmung des IgE wird aber wegen zu tiefer Sensitivität und Spezifität bei Asthma nicht routinemässig durchgeführt. Bei therapieresistentem Asthma ist die Bestimmung von quantitativen IgE-Antikörpern und die Durchführung von Hauttests zur Abklärung einer allfälligen Sensibilisierung auf Allergene jedoch sinnvoll, um eine gezielte Expositionsprophylaxe, eine desensibilisierende Therapie oder die Therapieoption mit Anti-IgE-Antikörpern (Omalizumab) zu evaluieren. Zudem kann ein erhöhtes Gesamt-IgE bei der Differentialdiagnose einer allergischen bronchopulmonalen Aspergillose bei therapieresistentem Asthma hilfreich sein.

Diagnose von Asthma und Differentialdiagnosen

Diagnose

Anamnese, Klinik und passender Befund in der Spirometrie: Vermindertes FEV₁ (<80%) und FEV₁/FVC (Tiffeneau <75%). Nachweis einer Reversibilität nach Betastimulation. CAVE: Die Lungenfunktion im Intervall kann normal sein! Die Diagnosebestätigung bei Asthma beruht auf zwei Schlüsselementen, einerseits einer Anamnese von Atembeschwerden, die mit Asthma vereinbar sind, andererseits einer variablen expiratorischen Atemwegsobstruktion.

Differentialdiagnosen

Differentialdiagnosen, die mit ähnlichen klinischen Beschwerden einhergehen können: Eine ganze Reihe von Lungen- und anderen internmedizinischen Krankheiten können mit episodischer Atemnot, Husten oder pfeifender Atmung einhergehen. Es sind dies COPD, interstitielle Lungenkrankheiten, Stimmbanddysfunktionen „vocal cord dysfunction“, „upper airway cough syndrome“ (vormals „post nasal drip syndrome“), Bronchiektasien, sonstige pulmonale Entzündungen mit oder ohne Infiltrationen des Lungparenchyms, mechanische Atemwegserkrankungen, zystische Fibrose, medikamentös induzierter oder sonstiger chronischer Husten, aber auch die pulmonale Hypertonie oder eine Herzinsuffizienz.

Die eingehende Anamnese, erweiterte pulmonale Funktionsdiagnostik, radiologische Untersuchungen (Thoraxbild, Computertomographie), Bronchoskopie, Echokardiographie oder

Take-Home Message

- ◆ Asthmasymptome (Atemnot, Auswurf, chronischer Husten und ein pfeifendes Atemgeräusch („wheezes“) treten meist intermittierend auf. Asthma kann deshalb während einer Praxiskonsultation nur durch eine gute Anamnese erkennbar sein
- ◆ Ein erfolgreiches Asthmamanagement setzt ein Basiswissen über Asthma bronchiale voraus, z.B. über die Pathogenese, die Rolle von Medikamenten, Inhalationstechnik und Triggerkontrolle
- ◆ Ziele der Therapie sind Symptombefreiheit, normale körperliche Leistungsfähigkeit, normale Lungenfunktion, Peak Flow (PEF Variabilität <20%) und das Verhindern von Exazerbationen
- ◆ Zur Prävention von allergischem Asthma ist es am wichtigsten, eine Exposition gegenüber Allergenen (Expositions-Prophylaxe) zu meiden