

Sport – kein Problem für Asthmatiker

Eine Asthmabehandlung ist aber Voraussetzung – ein Symposiumsbericht

Immer mehr Asthmatiker treiben Sport. Immer mehr Breitensportler und Spitzensportler haben Asthma. Welche Folgen hat das für die Behandlung? Was muss speziell bei Kindern mit Asthma beachtet werden, und was fällt im Spitzensport unter Doping? Diese Fragen standen im Mittelpunkt der Veranstaltung «Asthma und Sport» anlässlich der Swiss Indoors 2004 in Basel.

ANNEGRET CZERNOTTA

Rund 5 Prozent der Schweizer Bevölkerung leiden an einem Asthma bronchiale und rund 30 Prozent an einer Allergie. Jährlich sterben in der Schweiz noch immer 250 Asthmatiker an ihrer Krankheit. «Wird die chronische COPD, die nach Berechnungen der WHO im Jahr 2020 die dritthäufigste Todesursache sein wird, zum Asthma aufgeführt, dann sind Atemwegserkrankungen ein unterschätztes Problem», erläuterte Professor Michael Tamm, Basel. Eine Erklärung für die Zunahme von Asthma und Allergien ist die so genannte «Hygienehypothese». Diese besagt, dass vermehrte frühkindliche Infekte mit einem verminderten Risiko für die Entwicklung von Allergien und Asthma einhergehen. Fehlen die Mikroben, steigt auch die Prävalenz für Asthma und Allergien.

Auch im Wissen um pathophysiologische Prozesse liegen neue Erkenntnisse vor. «Nachdem jahrzehntelang bei Asthma die Entzündung des Bronchial-

baums als entscheidendes Kriterium angesehen worden ist, besteht heute Evidenz, dass auch die glatten Muskelzellen beim Asthmatiker aufgrund eines fehlenden Transkriptionsfaktors überschliessend wachsen und mitverantwortlich sind für die Ausbildung eines Asthmas», erklärte Tamm. Aus diesem Grund ergibt laut Tamm auch eine Kombinationstherapie einen Sinn. Denn die Steroide wirken zwar antientzündlich, aber nicht antiproliferativ auf die glatten Muskelzellen, was wiederum bei den Beta-2-Agonisten der Fall ist.

Asthmathherapie in der Praxis

Um überhaupt eine Therapie verordnen zu können, bedürfe es allerdings einer eingehenden Anamnese und insbesondere einer Spirometrie, erklärte Michael Gonon, Basel. Wird nach dem heutigen Stufenschema (*Tabelle*) therapiert, kann eine deutliche Verbesserung der Asthmasymptomatik erzielt werden. Diskutiert wird heute, ob Asthmatiker ihre Therapie kontinuierlich fortsetzen sollen – mit der immer gleichen Dosisierung –,

Merksätze

- Sport ist kein Risikofaktor für Kinder und Erwachsene mit Asthma, ausser wenn dieses unbehandelt ist.
- Heute besteht Evidenz, dass die glatten Muskelzellen beim Asthmatiker aufgrund eines fehlenden Transkriptionsfaktors überschliessend wachsen und mitverantwortlich sind für die Ausbildung eines Asthmas.
- Unter einer symptomorientierten Therapie kommt es zu weniger Exazerbationen, und insgesamt wird der Bedarf an topischen Steroiden niedriger.
- Das anstrengungsinduzierte Asthma (AIA) weist eine temporäre Bronchokonstriktion unter normaler Spirometrie auf und muss vom Asthma bronchiale abgegrenzt werden.

oder ob die Dosis den Symptomen angepasst wird. «Unter der symptomorientierten Therapie kommt es zu weniger Exazerbationen, und insgesamt wird der Bedarf an topischen Steroiden niedriger. Aus heutiger Sicht spricht deshalb alles für diese Vorgehensweise», so Gonon. Allerdings fügte er an, dass es in diesem Bereich noch weiterer Studien bedürfe. Treten unter der symptomorientierten Therapie doch Exazerbationen auf, so empfiehlt er eine Allergieabklärung und

Tabelle: **Stufentherapie des Asthma bronchiale**

Stufe 4 (schwer persistierend)	Symptome dauernd, Aktivität beeinträchtigt FEV ₁ < 60%, PEF Var > 30%
Stufe 3 (mittelschwer persistierend)	Symptome täglich, Aktivität durch Exazerbation beeinträchtigt, FEV ₁ > 80% PEF Var 20–30%
Stufe 2 (leicht persistierend)	Symptome > 1 x/Woche, aber < 1 x/Tag FEV ₁ < 80%, PEF Var > 20–30%
Stufe 1 (intermittierend)	Symptome < 1 x Woche, FEV ₁ < 80 %, PEF Var > 20%

Step 1: kurz wirksamer Beta-2-Antagonist bei Bedarf

Step 2: Step 1 plus Basistherapie mit inhalativen Steroiden plus lang wirksame Beta-2-Agonisten oder Leukotrienrezeptorantagonisten

Step 3: Step 2 plus Dosiserhöhung der Kombinationstherapie aus inhalativem Kortikosteroid und lang wirksamem Beta-2-Agonist plus eventuell Leukotrienrezeptorantagonisten oder Theophylline

Step 4: Step 3 plus Steroidstoss per os für 5 bis 10 Tage

FEV₁ = forcierte expiratorische Erstsekundenkapazität

PEF Var = Peak Flow Variability

die Überprüfung der Inhalationstechnik des Patienten, da es in diesem Bereich häufig Anwendungsfehler gibt. Einen entscheidenden Punkt stellt zudem das Selbstmanagement des Patienten dar. Wissen dieser mehr über seine Krankheit und die Therapie, könne eine Gewöhnung an die schlechte Lungenfunktion vermieden werden. Aufgabe des Arztes sei es, dem Patienten seriöse Informationsquellen anzugeben.

Rolle von Montelukast

Häufig leiden Asthmatiker unter der Therapie mit inhalativen Kortikosteroiden (ICS) unter Nebenwirkungen oder sind inkompliant. Als Alternative bietet sich eine Therapie mit Leukotrienrezeptorantagonisten wie Montelukast (Singulair®) an, erklärte PD Kai-Michael Beeh, Wiesbaden. Leukotriene haben eine ganze Reihe von Funktionen, die beim Asthma wichtig sind. Sie haben Einfluss auf Cysteinyl-Leukotriene, sind potente Konstriktoren glatter Muskulatur und bewirken zusätzlich eine Proliferation der glatten Muskulatur. Leukotriene sind zudem chemotaktisch wirk-

sam und fördern eine vermehrte Schleimproduktion. Aufgrund der Ergebnisse der COMPACT- und der IMPACT-Studie (1, 2) liegt die Indikation für eine Therapie mit Montelukast nach Angaben von Beeh insbesondere vor:

- bei Patienten, die ein saisonales Asthma mit kormorbider allergischer Rhinitis aufweisen
- wenn Complianceprobleme oder Nebenwirkungen unter einer niedrig dosierten Steroidtherapie auftreten
- als Zusatzmedikation zur Kortikoid-Therapie bei mittelschwerem Asthma.

Asthma bei Kindern

Neben Erwachsenen leiden natürlich auch Kinder an Asthma. Bei ihnen liegen allerdings unterschiedliche soziale und psychologische Probleme vor.

«Kinder bewegen sich im Vergleich mit Erwachsenen viel mehr. Ist die sportliche Aktivität durch Asthma eingeschränkt, empfinden Kinder diese Einschränkung als einschneidender», so Alexander Möller, Zürich. Eltern schwanken aufgrund der vorliegenden Asthmaerkrankung häufig zwischen zwei Extremen: Entwe-

der sie ignorieren das Problem oder sie sind überprotektiv und verbieten Kindern den Sport. Tatsächlich stellt Sport aber keinen Risikofaktor für Asthmatiker dar, ausser wenn die Krankheit unbehandelt ist, so Möller. Denn ein Training unter Asthma führt zur psycho-emotionalen Verbesserung, und objektiv steigert sich die anaerobe und aerobe Fitness der Kinder. Bei der Teilnahme am Sport muss allerdings darauf geachtet werden, dass die Vorbereitung optimal ist, das heisst die Aufwärmphase 10 bis 15 Minuten dauert, eine Belastungsphase in die Refraktärphase fällt und in der Abklingphase Atemübungen (Lippenbremse) und Entspannungsübungen erfolgen.

Asthma: ein Tummelplatz für Dopingsünder?

Allein 16 von 100 Schweizer AthletInnen in Athen 2004 litten an Asthma. Immer wieder taucht in diesem Zusammenhang die Frage auf, ob Sportler durch die Asthamedikation eine Leistungsverbesserung erzielen und Asthma ein «Tummelfeld für Dopingsünder» ist – oder ob Sport sogar Asthma induziert. Beat Villiger, Bad Ragaz, geht davon aus, dass frühere Sportler Asthamedikamente zur Leistungssteigerung eingenommen haben. Villiger wies jedoch darauf hin, dass insbesondere die Abgrenzung eines Asthmas von einem anstrengungsinduzierten Asthma (AIA) sehr wichtig ist. Denn viele Sportler leiden an einem AIA und nicht an Asthma, was unterschiedliche therapeutische Konsequenzen zur Folge hat. Per definitionem ist das AIA eine temporäre Bronchokonstriktion bei oder nach intensiver körperlicher Anstrengung, die sich nach 15 bis 20 Minuten wieder zurückbildet. Die Spirometrie ist normal. Klinisch zeigen sich die Symptome 6 bis 8 Minuten nach Belastungsbeginn. Es liegt keine pfeifende Atmung vor, die für das Asthma charakteristisch ist, sondern ein expiratorisches Wheezing mit trockenem Husten und thorakalem Druckgefühl. Ein AIA kann durch thermische und osmotische Reize (Austrocknung bei Hyperventilation) oder virale Infekte

ausgelöst werden. Anstrengungsasthma ist insbesondere bei Ski-Langläufern oder Eishockeyspielern aufgrund thermischer Reize sehr verbreitet, ganz im Gegensatz zu Schwimmsportarten, wo die Prävalenz des AIA eher niedrig ist. Zur Vermeidung eines AIA braucht es deshalb ebenfalls eine ausreichend lange Aufwärmphase. Eine Kontraindikation für Sport besteht allerdings bei instabilem Asthma und/oder bei grosser Kälte und/oder hoher Allergen- und Ozonkonzentration. Therapeutisch soll bei sporadischen Fällen einer AIA ein Beta-2-Agonist 15 Minuten vor dem Sport prophylaktisch eingesetzt werden. Bei regelmässigen Fällen oder regelmässigem Sport empfiehlt sich die Therapie

mit einem Kombinationspräparat. Aufgrund des Hustenreizes, der auch unter dem Beta-Agonisten nicht vergeht, sollte Montelukast als Add-on-Therapie verordnet werden, meint Villiger. Seit dem 1. Januar 2004 ist in der Schweiz die Abgabe von Dopingmitteln an lizenzierte Sportler ein Officialdelikt. Eine Liste der erlaubten und verbotenen Pharmaka und die Ausnahmegewilligung zu therapeutischen Zwecken können unter www.dopinginfo.ch bezogen werden oder über die Internetseite von Swiss Olympic: www.swissolympic.ch.

Quelle:

«Asthma und Sport», 30. Oktober 2004, in der St.-Jakobshalle Basel. Die Veranstaltung

wurde von der Firma Merck Sharp & Dohme-Chibret AG veranstaltet.

Referenzen:

1. Price D.B. et al.: Clinical benefits of Montelukast plus inhaled budesonide versus double dose inhaled budesonide in adult patients with asthma, *Thorax* 2003; 58: 211-216.
2. Bjermer et al.: Montelukast and fluticasone compared with salmeterol and fluticasone in protecting against asthma exacerbation in adults: one year, double blind, randomised, comparative trial, *BMJ* Vol. 327, 891. ■

Annegret Czernotta

Interessenlage: Die Berichterstattung erfolgte mit finanzieller Unterstützung der Firma Merck Sharp & Dohme-Chibret AG.