

Asthma: Was ist neu im Jahr 2015?

Die neueste Revision der GINA-Guideline

Die Guideline der Global Initiative for Asthma (GINA) ist kürzlich überarbeitet worden und erfährt einige Änderungen bei der Definition, Diagnostik und Therapie von Asthma.

Halid Bas

Ein Fokus der Guidelinerevision ist die Präzisierung der Asthmadignose, nicht zuletzt, um Unter- und Überdiagnosen zu vermeiden. Für die Asthmakontrolle stehen die Symptomkontrolle und die Erkennung von Risikofaktoren für einen ungünstigen Verlauf im Vordergrund. Die Guideline spricht beim praktischen Management von einem Behandlungszyklus, also der fortlaufenden Neubeurteilung, Anpassung und Überprüfung der Therapie.

Zur Asthmadefinition merkte Leuppi an, dass Asthma eine häufige und potenziell schwerwiegende Erkrankung ist, die kontrolliert, aber nicht geheilt werden kann. Heute wird Asthma defi-

niert als «respiratorische Symptome wie Keuchen, Kurzatmigkeit, Engegefühl in der Brust und Husten, welche im Lauf der Zeit in ihrer Intensität variieren und zusammen mit einer variablen expiratorischen Obstruktion auftreten können». Der vertraute Begriff der bronchialen Hyperreaktivität ist somit im Dienste der Vereinfachung der Asthmadefinition verschwunden, obwohl die Variabilität der Obstruktion auf ihr beruht.

Wege zur Asthmadignose

Eine Asthmadignose soll auf dem charakteristischen Symptommuster beruhen, ergänzt durch den Nachweis einer variablen Atemwegsobstruktion. Die Diagnose sollte möglichst vor dem ersten Einsatz von Controller-Medikamenten in der Krankengeschichte dokumentiert werden, da ein Nachweis später bei guter Kontrolle schwierig werden kann. Eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für Asthma besteht, wenn mehr als eines der typischen Symptome vorliegt und die Beschwerden vermehrt nachts oder am frühen Morgen auftreten. Auch eine deutliche Variabilität der Symptome, zeitliche Zusammenhänge mit auslösenden Faktoren wie Virusinfektionen, körperliche Anstrengung, Umwelteinflüsse wie Luftqualität oder Rauchen müssen an Asthma denken lassen. Umgekehrt sollten isolierter Husten, chronische massive Sputumproduktion, Dyspnoe mit Schwindel, Parästhesien, Thoraxschmerzen oder inspiratorischer Stri-

kor die Suche nach anderen Diagnosen provozieren.

«Wenn Sie einen Asthmaverdacht haben, sollten Sie eine Spirometrie durchführen», mahnte Leuppi. Eine Reversibilität der Atemwegsobstruktion liegt vor, wenn eine Verbesserung des forcierten Einsekundenvolumens (FEV₁) oder der forcierten Vitalkapazität (FVC) um mindestens 12 Prozent oder mindestens 200 ml nachzuweisen ist. Ergänzend stehen auch verschiedene Bronchoprovokationstests zur Verfügung, die vor allem eine Asthmadignose ausschliessen lassen, wenn sie negativ ausfallen.

Beurteilung der Asthmasituation

Die Asthmadeurteilung umfasst die Symptomkontrolle der letzten vier Wochen sowie die Erfassung von Risikofaktoren für einen schlechteren Verlauf (Lungenfunktionswerte: FEV₁). Grossen Wert legt die Guideline auf die Beurteilung der Therapie, insbesondere die Kontrolle der Inhalationstechnik – einem Thema von einigem Unterhaltungswert, wie Leuppi anmerkte – und der Adhärenz. Im Rahmen der Asthmadeurteilung muss nach Nebenwirkungen gefragt werden, und ein schriftlicher Asthmaaktionsplan soll besprochen und mitgegeben werden. Die Beurteilung soll auch immer für Asthma relevante Komorbiditäten wie Rhinosinusitis, Reflux, Adipositas, Schlafapnoesymptome, Depression und Angststörungen im Auge behalten. Risikofaktoren für ungünstige Asthmaverläufe sind vorangegangene Notwendigkeit einer Intubation, unkontrollierte Asthmasymptome, mehr als eine Exazerbation pro Jahr, niedriges FEV₁, schlechte Inhalationstechnik/Therapieadhärenz, Rauchen sowie Adipositas, Schwangerschaft und Bluteosinophilie. Die Lungenfunktionsmessung dient zu-

MERKSÄTZE

- ❖ Die Asthmadignose soll auf dem charakteristischen Symptommuster beruhen, ergänzt durch den Nachweis einer variablen Atemwegsobstruktion.
- ❖ Bei Asthmaverdacht soll eine Spirometrie durchgeführt werden.
- ❖ Ziele des Asthmanagements sind eine gute Kontrolle der Symptome sowie die Reduktion zukünftiger Risiken.
- ❖ Bei mittelschwerem Asthma ist heute ein Kombinationspräparat aus inhalativem Steroid und Betamimetikum die primäre Therapie, bei schwerem, unkontrolliertem Asthma wird eine Anti-IgE-Therapie befürwortet.

	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5
Bevorzugte Langzeittherapeutika		ICS niedrig dosiert	ICS niedrig dosiert/ LABA	ICS mittel bis hoch dosiert/LABA	Zusatztherapie, z.B. Anti-IgE
Andere Optionen	ICS niedrig dosiert erwägen	Leukotrienrezeptor-antagonist (LTRA) THEO* niedrig dosiert	ICS mittel- bis hoch dosiert + LTRA (oder + THEO*)	ICS hoch dosiert + LTRA (oder + THEO*)	zusätzlich ICS niedrig dosiert
Bedarfsmedikation	bei Bedarf rasch wirkende Beta-2-Antagonisten (RABA)		bei Bedarf RABA oder ICS niedrig dosiert/Formoterol**		

ICS: inhalatives Kortikosteroid; THEO: Theophyllin
 * Für Kinder von 6 bis 11 Jahren ist Theophyllin nicht empfohlen. Bevorzugte Behandlung auf Stufe 3 ist ICS mittel dosiert.
 ** ICS niedrig dosiert/Formoterol als Bedarfsmedikation für Patienten, denen Budesonid niedrig dosiert/Formoterol oder Beclometason niedrig dosiert/Formoterol zur Langzeit- und Bedarfstherapie verschrieben wurde

Quelle: modifiziert nach GINA 2014. <http://www.ginasthma.org>

nächst der Stützung der Diagnose und ergänzt bei periodischer Überprüfung die Abschätzung des symptomatischen Therapieansprechens. Eine erste Wiederholung sollte nach drei bis sechs Monaten unter Therapie erfolgen, um den individuell besten Wert zu erfassen, danach in periodischen Abständen, um eine Verschlechterung als Warnsignal nicht zu verpassen. «Ein tiefes FEV₁ ist ein unabhängiger Risikofaktor für Exazerbationen. Zudem konnte gezeigt werden, dass Asthmapatienten mit schlechter Lungenfunktion eine schlechtere Wahrnehmung für ihr Asthma haben», erwähnte Leuppi. Die meisten Studien zu Asthma untersuchen die Patienten alle drei Monate. In der Praxis sollen die Intervalle der Kontrollen in Absprache mit den Patienten individuell festgelegt werden, bei schweren Verläufen können wöchentliche Kontrollen sinnvoll sein, bei sehr gut eingestellten genügen halbjährliche oder jährliche Konsultationen. Ziele des Asthmanagements sind eine gute Kontrolle der Symptome mit Aufrechterhaltung normaler Aktivitäten sowie die Reduktion zukünftiger Risiken (Exazerbationen, fixe Atemwegsobstruktion, Medikamentenneben-

wirkungen). Im Gegensatz zu früher wird heute eine laufende Überprüfung und Änderung der Behandlung in Abhängigkeit vom Therapieansprechen gefordert, nicht die einmalige «optimale Einstellung». Sobald ein Patient vom milden in ein mittelschweres Asthma übergeht, ist heute ein Kombinationspräparat aus inhalativem Steroid und Betamimetikum die primäre Therapie, und nicht wie früher die hoch dosierte Therapie mit einem inhalativen Kortikosteroid. Der zweite grosse Unterschied bei den Therapieempfehlungen betrifft das schwere, unter hoch dosierter Kombinationsbehandlung nicht ausreichend kontrollierte Asthma. Hier sollte eine Überweisung zur Abklärung der Indikation für eine Anti-IgE-Therapie mit Omalizumab erfolgen. Die früher empfohlene systemische Kortikoidtherapie wird in dieser Situation nur noch als Alternative erwähnt. Bei guter Symptomkontrolle kann ein «step down» der Medikation in sorgfältig kontrollierten Schritten alle zwei bis drei Monate versucht werden. Bei erwachsenen Asthmatikern wird ein vollständiges Absetzen der inhalativen Steroide nicht empfohlen.

Asthma und/oder COPD?

Viel zu reden gibt heute das Asthma-COPD-Überlappungssyndrom (Asthma-COPD Overlap Syndrome, ACOS). Langjähriges Asthma kann in eine chronische Obstruktion münden, und chronisches Rauchen kann beim Asthmatiker eine COPD hervorrufen. Gezielte anamnestiche Fragen zu spezifischen Faktoren (Rauchen, Allergien) erlauben abzuschätzen, welche Faktoren beim individuellen Patienten im Vordergrund stehen. Die Behandlung ist eine Mischung der Therapiekonzepte für die beiden Erkrankungen, insbesondere der grosszügigere Einsatz inhalativer Steroide, die sonst bei COPD keinen Platz mehr haben, sowie von inhalativen Kombinationspräparaten. ❖

Halid Bas

«Asthma: what's new in 2015?» 4. Allergo-Update, 10. April 2015 am Universitätsspital Zürich.