

Asthmakontrolle und Behandlungserfolg

Beurteilung in der Praxis

Das Ziel einer Asthmatherapie muss sein, dass Asthmatiker ein weitgehend normales, das heisst auch beschwerdefreies Leben führen können. Man spricht dann von guter «Asthmakontrolle». Dieses Ziel lässt sich nicht immer, aber doch in über 80 Prozent der Fälle erreichen (1). Die internationalen GINA-Guidelines (2) heben in ihrer Revision vom Dezember 2006 diesen Begriff hervor. Damit wird betont, dass der Behandlungserfolg als prioritär angesehen wird. Doch wie ist dieser in der Praxis zu beurteilen?

THOMAS ROTHE

Mit der Revision der GINA-Guidelines wurde auch die starre Einteilung der Patienten nach ihrem Asthmaschweregrad fallen gelassen. Diese Einteilung des Schweregrades basierte auf definierten Symptomen beziehungsweise Peak-Flow-Werten. Die Grenzen zwischen leichtem, mittelgradigem und schwerem Asthma waren arbiträr und schwierig zu ermitteln. Sobald ein Patient mit antiinflammatorisch wirksamen Substanzen behandelt wurde, jedoch noch Symptome aufwies, war die Einteilung nicht mehr möglich. Im klinischen Alltag bringt sie wenig, da das Ansprechen auf die Therapie oft sehr inhomogen ist. Manche Patienten mit schwerem Asthma lassen sich bereits mit einer mittleren Intensität einer medikamentösen Therapie gut behandeln. Andere hingegen, mit als «leichtgradig» klassifiziertem Asthma, bleiben unter einer «Schweregrad-adaptierten» Therapie symptomatisch. Dies impliziert, dass nicht nur die initialen Asthmasymptome, sondern auch das Ansprechen auf die Therapie definiert, wie die Erkrankung beurteilt werden muss. Wird die Asthmakontrolle in den Vordergrund gestellt, erlaubt die zur Erzielung der Beschwerdefreiheit erforderliche Therapieintensität eine bessere Beurteilung.

Wie lässt sich die Asthmakontrolle beurteilen?

Patienten werden in der Konsultation häufig mit der Frage «Wie geht es Ihnen?» oder «Wie geht es denn Ihrem Asthma?» begrüsst. Verschiedene Untersuchungen haben gezeigt, dass diese offene Frage zur Beurteilung der Asthmakontrolle ungenügend ist.

Konkrete Fragen stellen

Patienten mit schwerem Asthma gewöhnen sich häufig daran, dass immer ein bestimmtes Mass asthmatischer Symptome vorhanden ist, und finden diese dann nicht mehr erwähnenswert. Teilweise besteht bei ihnen auch eine ungenügende Wahrnehmung für Asthmasymptome (3), das heisst, mit einer allgemein gefassten Frage lassen sich diese nicht abrufen. Mindestens drei konkrete und validierte Fragen sind notwendig, um die Symptomatik eines Asthmas hinreichend zu erfassen. Sie sind zum Beispiel im Asthma Control Questionnaire® (ACQ) (4) und dem Asthma Control Test® (ACT) (5) enthalten. Die Tests erfragen unter anderem, wie häufig ein Notfall-Betastimulator zum Einsatz kommt, wie oft ein Patient nachts mit Atemnot erwacht und ob tagsüber bei körperlicher Aktivität asthmatische Symptome auftreten. Die Beantwortung dieser Fragen unterliegt leider auch der subjektiven Wahrnehmung. Bei gleichem Grad der Obstruktion und bronchialer

Merksätze

- Die starre Einteilung der Patienten nach ihrem Asthmaschweregrad wurde fallen gelassen, die Beurteilung der Asthmakontrolle erlaubt eine bessere Beurteilung der Therapie.
- Bei akuten Beschwerden nur den Reserve-Betastimulator vermehrt einzusetzen, entspricht nicht mehr dem aktuellen Kenntnisstand; eine asthmatische Exazerbation erfordert Kortikosteroide.
- Der Patient muss wissen, welche Interventionen er selbstständig durchführen muss (Patientenschulung!).
- Eine gute Asthmakontrolle ist nur möglich, wenn individuelle Exazerbationsfaktoren bekannt und möglichst spezifisch behandelt werden.

Tabelle: Parameter einer guten Asthmakontrolle

Asthmasymptome tagsüber:	keine (max. 2 x/Woche)
körperliche Aktivitäten eingeschränkt:	nein
nächtlicher Husten/Atemnot:	nie
Bedürfnis nach Notfall-Betastimulator:	keines (max. 2 x/Woche)
Lungenfunktion (FEV ₁ oder PF):	normal (> 80% der Norm)
Exazerbationen:	keine

Quelle: nach GINA-Guidelines, www.ginasthma.com, update 12/06

FEV₁: forcierte expiratorische Einsekundenkapazität (das nach maximaler Inspiration innerhalb der ersten Sekunde ausgeatmete Volumen); PF: Peak-Flow

Hyperreaktivität kann die Inanspruchnahme von kurz wirkenden Betastimulatoren interindividuell stark variieren. Zudem treten im Falle der abendlichen Einnahme lang wirkender Betastimulatoren typische Asthmasymptome wie nächtliche Atemnot im Rahmen einer asthmatischen Exazerbation oft erst verzögert auf, sodass nächtliche Symptome in diesem Fall nicht mehr als frühe Zeichen einer zunehmenden asthmatischen Aktivität angesehen werden können (6).

Objektive Parameter

Zur Beurteilung der Asthmakontrolle existieren auch objektive Parameter. Am häufigsten wird dazu die Messung des Peak-Flows herangezogen. Dieser Wert weist aber Einschränkungen auf, da Patienten manchmal zu regelmässigen Messungen nicht zu motivieren sind, der Peak-Flow den Obstruktionsparameter mit der geringsten Sensitivität darstellt und die Messungen stark abhängig von der Mitarbeit des Patienten sind. Ein Peak-Flow-Protokoll sollte nur dann als Grundlage therapeutischer Interventionen dienen, wenn die Messungen wiederholt vom Patienten überzeugend demonstriert wurden, die Messwerte bei drei konsekutiven Messungen nur gering streuen und Veränderungen der Messwerte auch mit der Klinik korrelieren. Darüber hinaus existieren noch andere Verfahren, die in der Fachklinik beziehungsweise -praxis zur Beurteilung der Asthmakontrolle herangezogen werden können. Dies sind unter anderem inhalative Methacholin- oder Mannitol-Provokationstests (7, 8), der Anstrengungsasthma-Test, die Bestimmung der Eosinophilenzahl im Sputum (9) und die Konzentration des Stickstoffmonoxids (NO) in der Ausatemluft (10). Für das letztgenannte Verfahren gibt es noch keine Tarmed-Ziffer, sodass die Messung nicht abgerechnet werden kann.

Wann ist das Asthma gut kontrolliert?

Von einer guten Asthmakontrolle kann gesprochen werden, wenn der Asthmapatient weitgehend beschwerdefrei wird, im Alltag nicht eingeschränkt ist und die Kriterien der *Tabelle* erfüllt sind. Zur Erreichung dieser Therapieziele sollten nicht nur Medikamente hinzugezogen werden. Beim allergischen

Asthma gehören Allergen-Karenzmassnahmen und eine spezifische Immuntherapie mit zur Basistherapie. Es ist allerdings nur dann sinnvoll, teure Karenzmassnahmen zu empfehlen beziehungsweise eine Immuntherapie zu beginnen, wenn die nachgewiesene Sensibilisierung klinisch relevant ist. Dies bedeutet, dass bei Exposition des entsprechenden Allergens auch wirklich akute asthmatische Beschwerden auftreten und davon ausgegangen werden kann, dass die asthmatische Entzündung bei dem Patienten überwiegend durch den Kontakt zu dem Allergen unterhalten wird. Es ist also nicht sinnvoll, einen Patienten mit nachweisbarer Hautsensibilisierung auf Gräserpollen gegen dieses Allergen zu desensibilisieren, wenn sein Asthma ganzjährig vorhanden ist.

Umsetzung in der Praxis

Die Behandlung des Asthmas weist eine Analogie zum Diabetes mellitus auf. Beides sind chronische Erkrankungen, die bei guter Therapie ein weitgehend normales Leben erlauben. Sie sind dadurch gekennzeichnet, dass es plötzlich zu einer Verschlechterung der Therapiekontrolle kommen kann und der Patient dann selbstständig eine Therapieintensivierung vornehmen muss. Beim Typ-1-Diabetes mehrheitlich durch Insulin-Gaben beziehungsweise Zwischenmahlzeiten, beim Asthma bis heute üblicherweise durch den vermehrten Gebrauch eines Reserve-Betastimulators. Diese «übliche» Intervention von Asthmatikern, ausschliesslich ihren Reserve-Betastimulator im Falle akuter asthmatischer Beschwerden vermehrt einzusetzen, entspricht aber nicht mehr dem aktuellen medizinischen Kenntnisstand und kann zu vermehrten Todesfällen führen (11). Eine asthmatische Exazerbation erfordert den Einsatz von Kortikosteroiden, sei es in Form einer vorübergehenden Erhöhung der Dosis topischer Steroide oder einer kurzzeitigen Gabe von Tabletten.

Patientenschulung und Hilfsmittel

Analog zur Diabetesschulung muss das Wissen, wie Asthmatiker ihr Asthma kontrollieren und auf Verschlechterungen adäquat reagieren können, in Form einer Patienteninformation oder eines Schulungsprogramms vermittelt und trainiert werden. Derartige Programme haben sich als wirksam erwiesen (12). Die Lungenliga Schweiz wird in Zusammenarbeit mit der «Asthmagruppe» der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie (13) landesweit derartige Schulungsprogramme anbieten. Neben der Broschüre «Mit Asthma leben» beinhaltet das Programm ein gedrucktes «Asthma-Tagebuch» im A6-Format. Die Einträge des Patienten und der Therapeuten (Hausärzte, Pneumologen, Ligaberater, Physiotherapeuten ...) erlauben zu beurteilen, wie sich der Verlauf des Asthmas gestaltet, wie viele Medikamente eingesetzt werden und wie gut die Erkrankung kontrolliert ist. Auf der Basis bestimmter Symptome oder gemessener Peak-Flow-Werte kann der Patient anhand des «Ampelschemas» erkennen, in welchem Farbbereich (Rot, Orange, Gelb, Grün) er sich befindet und welche Interventionen er im Falle der Abwesenheit seines Arztes selbstständig durchführen muss. Voraussetzung für das Selbstmanagement

ist, dass der Hausarzt die letzte Seite des Asthma-Tagebuchs ausgefüllt, herausgetrennt und dem Patienten als «Asthma-Aktionsplan» in Scheckkartengrösse (Abbildung) nach entsprechender Instruktion mitgegeben hat. Der grüne Bereich impliziert wie bei der Verkehrsampel «weiterfahren» mit der bisherigen Medikation, Gelb bedeutet «Vorsicht» und bedarf einer Intervention (z.B. eine vorübergehende Vervielfachung der Dosis topischer Steroide [14, 15]), Orange weist auf eine Exazerbation hin, die meist einen kurzen oralen Steroidstoss erfordert, und Rot bedeutet «Notfall». Im Notfall müssen die Patienten sofort eine Kortison-Tablette (z.B. 50 mg Prednisolon) einnehmen, mehrfach einen kurz wirkenden Betastimulator inhalieren und sich unverzüglich in eine ärztliche Praxis oder Spitalambulanz begeben.

Asthma – Aktionsplan	
Peak-Flow/FEV1:	(bester Wert): _____
Symptome	Was tun? (Bezug auf die schlechtere Situation)
>80% _____ Keine Symptome	Fahren Sie weiter mit der Behandlung, grüner Bereich (siehe Rückseite)
60–80% _____ Leichter Husten, leichte Atemnot, nächtliches Erwachen	Therapie anpassen: _____
40–60% _____ Husten, Atemnot, Enggegefühl, schlechte Nächte	Zusätzlich Medikamente: _____ Arzt konsultieren, Tel: _____
<40% _____ grosse Atemnot trotz Medikamenten, Atemnot beim Sprechen, zunehmendes Enggegefühl	Notfall Dringend Arzt anrufen: _____ oder Tel. 144 Zusätzliche Medikamente: _____

Abbildung: Asthma-Aktionsplan im Scheckkartenformat aus dem Asthma-Tagebuch der Lungenliga Schweiz; Erläuterungen siehe Abschnitt «Patientenschulung und Hilfsmittel»

In Verlaufskonsultationen wird der behandelnde Arzt mit dem Patienten das Asthma-Tagebuch anschauen und mit ihm gemeinsam kritisch beurteilen, inwieweit die getroffenen Massnahmen adäquat waren. Asthma-Tagebücher können über die Lungenliga Schweiz (16) bezogen werden. Abreissblöcke mit Testblättern zur Erfassung von Asthmasymptomen (ACQ®, ACT®) sind über die Firmen Merck Sharp & Dohme-Chibret AG (Schweiz) und GlaxoSmithKline AG erhältlich.

Nach einer exazerbationsbedingten Intensivierung der Medikation muss die Dosis im Verlauf natürlich wieder nach unten angepasst werden. Diese Reduktion wird «stepping down» genannt. Lassen die Asthmasymptome und/oder die Peak-Flow-Werte nach einer Exazerbation wieder eine Normalisierung er-

kennen, wird die Medikation auf das Niveau der Basistherapie gesenkt. Im Falle einer lang dauernden guten Asthmakontrolle (> 3 Monate) kann auch versucht werden, die tägliche Basistherapie zu reduzieren. Besonders bei einer Therapie mit initial mittel und hoch dosierten topischen Steroiden hat sich dies oft als möglich erwiesen (17).

Was lässt Asthma exazerbieren?

Ein Asthmamanagement, in das auch der Patient mit einbezogen ist, und eine suffiziente Asthmakontrolle sind nur möglich, wenn individuelle Exazerbationsfaktoren bekannt und, so weit möglich, auch spezifisch behandelt werden. Andernfalls wird sich das Asthma häufig unnötig verschlechtern mit entsprechend negativen Konsequenzen für die Lebensqualität und der Gefahr von Nebenwirkungen durch Medikamente, die intensiver verordnet werden müssen, als dies sonst der Fall wäre.

Viraler Infekt

Verschiedene Faktoren können einen negativen Einfluss auf den Verlauf eines Asthmas haben. In erster Linie sind dies virale Atemwegsinfekte (18) und bei allergischem Asthma der Allergenkontakt. Bei nicht allergischen Asthmaformen stehen die Virusinfekte an erster Stelle. Aber auch Patienten mit allergischem Asthma reagieren teilweise mit einer Exazerbation im Rahmen eines viralen Infekts.

Allergenkontakt

Allergenexposition und nachfolgende allergische Reaktion werden dem Patienten oft bewusst, zum Beispiel wenn er plötzlich in Kontakt mit einer Katze kommt. Hingegen fällt es Patient wie Arzt schwerer, den Bezug zwischen einem möglichen Allergen und einer asthmatischen Reaktion zu erkennen, wenn dieser nicht so offensichtlich ist. Dies ist vor allem bei perennialen Allergenen (Hausstaubmilben, Schimmelpilzbefall in Wohnräumen, Wildseide ...) und bei Exposition gegenüber einem unbekanntem Allergen am Arbeitsplatz der Fall. Eine gezielte Allergiediagnostik und entsprechende Abklärungen sind wichtig. Es kommt auch vor, dass ein Allergen, obwohl es identifiziert und Massnahmen zur Allergenkarrenz besprochen worden waren, weiterhin einwirkt: Die Milbensanierung war zu teuer, das Kind konnte sich nicht vom Hamster trennen. Ohne gezielte Nachfrage wird die wichtige Information, dass das Allergen weiterhin wirksam ist, verpasst.

Nachlassende Compliance

Weitere Exazerbationsfaktoren sind nachlassende Compliance im Hinblick auf die regelmässige Medikamenteneinnahme, Schwierigkeiten mit der Inhalationstechnik (z.B. beim Wechsel auf einen anderen Inhalator), eine Therapie mit Beta-blockern beziehungsweise die Einnahme von ASS und/oder Antiphlogistika.

Sinusitis

Sehr häufig hat eine chronische Sinusitis einen negativen Einfluss auf das Asthma (19). Es lohnt sich, aktiv nach einer

Entzündung der oberen Atemwege zu suchen (Frage nach «post nasal drip», Röntgenaufnahme des Schädels halbaxial) und im Falle des Nachweises konsequent zu behandeln. Bei Pollenasthmatikern sollte eine allergische Rhinokonjunktivitis immer suffizient, das heisst in den meisten Fällen mit nasalen Steroiden behandelt werden (20).

Reflux

Die Bedeutung des gastroösophagealen Refluxes ist in den letzten Jahren eher etwas überschätzt worden. Einzelne Kasustiken lassen einen Zusammenhang von Reflux und asthmatischen Exazerbationen erkennen. In den überwiegenden Fällen genügt es aber, wenn Reflux bei Asthmatikern genau so wie bei Menschen, die nicht an Asthma leiden, behandelt wird (21).

Rauchen

Das aktive und passive Zigarettenrauchen stellt einen weiten, ganz wichtigen Exazerbationsfaktor dar. Man weiss heute, dass Rauchen nicht nur das Asthma verschlimmert, sondern zusätzlich das Ansprechen auf topische Steroide reduziert (22).

Psychische Faktoren

Auch psychische Faktoren können den Verlauf eines chronischen Asthmas negativ beeinflussen, wie dies für jede chronische Erkrankung gilt. In einer aktuellen Untersuchung aus den Niederlanden figurierten psychische Belastungsfaktoren unter den fünf häufigsten Gründen, die dazu führen, dass sich ein Asthma nur schlecht therapieren lässt (19).

Differenzialdiagnosen bei «Asthma»-Exazerbation

Asthma und pfeifende Atmung sind nicht identisch. Es kann deshalb vorkommen, dass ein Patient unter der Diagnose Asthma mit Antiasthmatica erfolglos behandelt wird, weil er an einem anderen Krankheitsbild leidet. Eine funktionelle Hyperventilationsattacke kann ein Asthma imitieren. Wichtiger ist jedoch, dass Asthmatiker sehr häufig zusätzlich die Tendenz zur Hyperventilation erkennen lassen (23). Dies bedeutet, dass nicht jede vermehrte Atemnot beim Asthmatiker als asthmatische Exazerbation interpretiert werden darf. Es könnte sich um eine begleitende Angst-assoziierte Hyperventilation, aber auch um eine Pneumonie beziehungsweise Lungenembolie handeln.

Die «vocal cord dysfunction», eine Funktionsstörung der Stimmbänder mit Aphonie, Atemnot und Stridor, kann ebenfalls ein Asthma imitieren, kommt aber auch bei Asthmatikern gehäuft vor, das heisst, sie kann auch ein Asthma komplizieren (24). Die Häufigkeit der Stimmbanddysfunktion bei körperlicher Anstrengung wurde lange unterschätzt. Sportler, deren Atemnot bei maximaler Anstrengung bisher fast immer als Anstrengungsasthma interpretiert worden war, leiden nicht selten an einer «vocal cord dysfunction», die sich manchmal ausschliesslich bei körperlicher Belastung manifestiert (25).

Die häufigste Differenzialdiagnose des Asthmas ist die chronisch obstruktive Lungenkrankheit (COPD). In diesem Zusammenhang

darf nicht vergessen werden, dass beide Krankheitsbilder oft parallel vorkommen (26). Bis zu einem Viertel der Asthmatiker rauchen, und ein chronisches Asthma geht nicht selten in eine COPD über (27). ■

*Dr. med. Thomas Rothe
Co-Chefarzt
Hochgebirgsklinik Davos
7265 Davos-Wolfgang*

Interessenkonflikte: keine

Literatur:

1. Bateman E.D., Boushey H.A., Bousquet J., Am J Respir Crit Care Med 2004; 170: 836-844.
2. www.ginasthma.com (update 12/2006)
3. Bijl-Hofland D. et al., Thorax 1999; 54: 15-19.
4. Juniper E.F. et al., Eur Respir J 1999; 14: 902-907.
5. Nathan R. et al., J Allergy Clin Immunol 2004; 113: 59-65.
6. McIvor R.A. et al., Am J Respir Crit Care Med 1998; 158: 924-930.
7. Sont J.K. et al., The AMPUL Study Group, Am J Respir Crit Care Med 1999; 159: 1043-1051.
8. Leuppi J.D. et al., Am J Respir Crit Care Med 2001; 163: 406-412.
9. Green R.H. et al., Lancet 2002; 360: 1715-1721.
10. Smith A.D. et al., N Engl J Med 2005; 352: 2163-2173.
11. Lanes S.F. et al., Am J Epidemiol 1987; 125: 755-759.
12. Gibson P.G., Powell H., Thorax 2004; 59: 9-16.
13. Rothe T. et al., Schweiz Med Forum 2005; 5: 950-956.
14. Harrison T.W. et al., Lancet 2004; 363: 271-275.
15. Phillips K. et al., Thorax 2004; 59: 21-25.
16. www.lung.ch/de/publikationen.html
17. Bateman E.D. et al., J Allergy Clin Immunol 2006; 117: 563-570.
18. Johnston S.L. et al., BMJ 1995; 310: 325-329.
19. ten Brinke A., Sterk P.J., Masclee A.A., Eur Respir J 2005; 26: 812-818.
20. Stelmach R. et al., Chest 2005; 128: 3140-3147.
21. Rothe T. et al., Pneumologie 2006; 60: 672-678.
22. Chalmers G.W. et al., Thorax 2002; 57: 226-230.
23. Thomas M., McKinley R.K., Freeman E., BMJ 2001; 322: 1098-1100.
24. Wood R.P., Milgrom H., J Allergy Clin Immunol 1996; 98: 481-485.
25. Wilson J.J., Wilson E.M., Clin J Sport Med 2006; 16: 357-360.
26. Kardos P. et al., Pneumologie 2006; 60: 366-372.
27. Silva G.E. et al., Chest 2004; 126: 59-65.