

Etagenwechsel, Prognose und «echtes» Asthma

Antworten auf drei wichtige allergologische Fragen aus der Praxis

Allergien haben in den letzten Jahren stark zugenommen. Bei Kindern und Jugendlichen gehören sie zu den häufigsten Gesundheitsproblemen. Lässt sich einem Etagenwechsel wirklich vorbeugen? Wachsen sich Allergien aus? Und wird Asthma zu häufig diagnostiziert? Diese Fragen niedergelassener Kinderärzte beantwortet Dr. med. Jens Gierich, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Allergologie und Kinderpneumologie.

Frage 1: Etagenwechsel von der Haut zur Schleimhaut?

Kann, wie immer wieder behauptet wird, eine frühzeitige und intensive Behandlung einem Etagenwechsel, dem Wechsel von Hautsymptomen auf Schleimhaut bis hin zum Asthma, vorbeugen? Das scheint nicht schlüssig, weil man in der Regel ohnehin – sei es mit Antihistaminika oder inhalativen Steroiden – nur symptomatisch behandeln kann.

Dr. med. Jens Gierich: Der Begriff «Etagenwechsel» bezeichnet klassischerweise den Übergang von einer allergischen Rhinokonjunktivitis (z.B. durch Pollen oder Milben) zu einem Bronchialasthma. Dieser findet sich bei Kindern mit allergischer Rhinitis in zirka 20 Prozent der Fälle. Ein Symptomwechsel kann beim atopischen Kind aber auch von der Haut (bei atopischer Dermatitis) zum Respirationstrakt erfolgen.

Aktuelle Studien konnten nun nachweisen, dass die bei der atopischen Dermatitis häufig vorhandene Störung der Hautbarrierefunktion einen Risikofaktor für die frühe Entwicklung von Sensibilisierungen gegen Nahrungsmittelallergene (z.B. Erdnuss-, Soja-, Kuhmilch- oder Weizenproteine), aber auch Aeroallergene (z.B. Pollen, Milben, Tierhaare) darstellt (1, 2).

Nahrungsmittelallergene, zum Beispiel Erdnussproteine, sind ubiquitär vorhanden, unter anderem auch im Bett- und Hausstaub. Insbesondere Kinder mit Mutationen im Filaggrin-Gen und schwerer atopischer Dermatitis haben ein bis zu 6-fach erhöhtes Risiko, sich über die Haut gegen solche Allergene in ihrer Umgebung zu sensibilisieren.

Eine frühe Basispflege bei Kindern mit atopischer Dermatitis ist also keineswegs nur symptomatische Therapie, sie dient auch der Prävention allergischer Folgeerkrankungen.

Ob dies auch für eine frühe antiinflammatorische Asthmatherapie gilt, ist nicht belegt. Mehrere doppelblind und plazebokontrolliert durchgeführte Langzeitstudien konnten bislang keine langfristigen «Disease-

modifying»-Effekte für inhalative Steroide bei Asthma nachweisen (4).

Gut belegt hingegen ist, dass eine spezifische Immuntherapie (SIT) neben primären, allergenspezifischen Effekten das Potenzial hat, den Langzeitverlauf von Allergien und Asthma positiv zu beeinflussen: Die Preventive Allergy Treatment Study (PAT-Studie) konnte zum Beispiel für Birken- und Gräserpollenallergiker zeigen, dass eine SIT das spätere Asthmarisiko auch im Follow-up über zehn Jahre signifikant reduzieren kann. Auch die Rate von Neusensibilisierungen kann durch eine SIT – zumindest bei Patienten mit Mono- oder Oligosensibilisierung – reduziert werden (5).

Frage 2: Können sich Allergien «auswachsen»?

Gibt es hinreichende Daten zum Langzeitverlauf und Wandel von Allergien, insbesondere dazu, inwieweit sich Allergien «auswachsen»? Die frühen kindlichen Nahrungsmittelallergien verschwinden in aller Regel spontan, und auch so manches «Asthma» verschwindet in der Pubertät.

Gierich: Die Prognose für den natürlichen Krankheitsverlauf bei kindlichen Allergien ist von sehr vielen unterschiedlichen Faktoren abhängig, unter anderem vom Allergen selbst, von der Exposition gegenüber diesem, der Immunantwort sowie der individuellen genetischen (atopischen) Disposition:

Bei den frühen Nahrungsmittelallergien findet sich in der Tat häufig eine Toleranzentwicklung. So werden beispielsweise zirka 50 Prozent der Kinder mit IgE-vermittelter Kuhmilchallergie innerhalb eines Jahres, bis zu 70 Prozent im Alter von zwei Jahren und 85 Prozent im Alter von drei Jahren tolerant (3, 6). Ähnliches gilt auch für Hühnereiallergiker (allerdings nur für solche, die nicht hochgradig gegen das Majorallergen Ovomucoid sensibilisiert sind). Bei der Erdnussallergie entwickelt hingegen nur jeder Fünfte innerhalb von drei Jahren eine Toleranz. Auch Allergien gegen andere Nahrungsmittelproteine wie Fisch oder Baumnüsse persistieren oft lebenslang.

Ein Etagenwechsel kann beim atopischen Kind auch von der Haut zum Respirationstrakt erfolgen.

Die atopische Dermatitis manifestiert sich bei 60 bis 90 Prozent der Patienten vor dem 7. Lebensjahr, wobei atopisch veranlagte Säuglinge mit schwerer atopischer Dermatitis und frühen Sensibilisierungen zu mehr als 75 Prozent später allergische respiratorische Erkrankungen (meist auch ein Asthma) entwickeln. Die atopische Dermatitis hat hohe Remissionsraten nach dem 8. Lebensjahr – allerdings persistiert sie bei betroffenen Adoleszenten in zwei Drittel der Fälle bis ins Erwachsenenalter (6).

Eine allergische Rhinitis entwickelt sich meist erst nach dem 2. bis 3. Lebensjahr: Die Prävalenzrate steigt mit

jedem Lebensjahr um zirka 15 Prozent an. Je nach Kollektiv können bis zu 40 Prozent aller Kinder im Grundschulalter betroffen sein. Bei Erwachsenen liegen die Remissionsraten in Langzeitstudien bei über 20 Prozent (6).

Ein Asthma wird zu 80 Prozent vor dem 6. Lebensjahr klinisch symptomatisch. Bereits

5 Prozent aller Säuglinge zeigen mindestens einmal eine obstruktive Symptomatik. Die Mehrzahl der Kinder mit Symptomen einer Bronchialobstruktion haben diese jedoch nur vorübergehend infolge (meist viraler) Atemwegsinfektionen und anatomisch kleiner enger Atemwege und kein erhöhtes Risiko, später ein Asthma zu entwickeln. Bei 3 von 4 transienten «Asthmatikern» wächst sich dieses also bis zum Schulalter tatsächlich aus (4).

Neben dieser Gruppe der «intermittent wheezers» (im deutschen Sprachgebrauch: obstruktive Bronchitiden) gibt es das «echte» frühe Asthma, das sich unterteilen lässt in das IgE-vermittelte, allergische Asthma mit Beginn in der 1. und 2. Lebensdekade und das sogenannte intrinsische Asthma, das in jedem Alter beginnen kann.

Das Risiko, ein persistierendes Asthma zu entwickeln, steigt dabei mit der genetischen Disposition, dem klinischen Schweregrad, der Ausprägung früher allergischer Sensibilisierungen und eines Ekzems sowie mit frühen beziehungsweise schweren respiratorischen Virusinfektionen und Tabakrauchexposition an. Kinder mit einem solchen Risikoprofil sollten möglichst frühzeitig detektiert und einer adäquaten Behandlung zugeführt werden.

In dieser Subgruppe ist das Risiko, ein persistierendes Asthma zu entwickeln, hoch: In der Melbourne Asthma Study, die Kinder vom 7. bis zum 42. Lebensjahr nachverfolgte, hatten 20 Prozent der Patienten, die im Alter von sieben Jahren ein Asthma hatten, dieses im Alter von 42 Jahren immer noch; bei Patienten, die im Alter von zehn Jahren ein schweres Asthma aufwiesen, waren es sogar 50 Prozent (4, 6). Es gibt daneben natürlich auch intermittierende Verläufe mit variablen (symptomfreien bzw. symptomatischen) Intervallen, deren Verlauf von den bereits genannten Risikofaktoren (z.B. Allergenexposition) abhängt.

Frage 3: Wird Asthma überdiagnostiziert?

Wird nicht bei Kindern «Asthma» erheblich überdiagnostiziert, indem jedes Kind mit obstruktiver Bronchitis («Infektasthma») und jeder «happy wheezer» zum Asthmatiker erklärt wird?

Gierich: «Asthma» ist ein komplexes, in seiner Pathogenese sehr heterogenes Syndrom. Unter dem Begriff Asthma wurden und werden bis heute ganz unterschiedliche Entitäten subsumiert. Die Konzepte dazu sind im Fluss, und bezüglich diagnostischer Kriterien besteht keineswegs ein verbindlicher Konsens. Insbesondere die (früh-)kindliche Bronchialobstruktion folgt sehr unterschiedlichen zeitlichen und kausalen Mustern. Eine akkurate Zuordnung zu einem definierten «Endophänotyp» ist im Vorschulalter schwierig – manchmal auch schlicht nicht möglich. Dies kann (wie in der Frage angesprochen) im Einzelfall auch zu einer fehlerhaften Klassifikation einer obstruktiven Symptomatik als Asthma führen.

Wird diese dann bis zum Erwachsenenalter nicht mehr überprüft beziehungsweise revidiert, kann das auch falsch hohe Prävalenzdaten nach sich ziehen. Dass jeder «happy wheezer» zum Asthmatiker erklärt wird, trifft sicherlich nicht zu.

Die alltägliche Erfahrung zeigt vielmehr, dass wir Pädiater uns mit der frühen Detektion des «echten» Asthmas im Vorschulalter eher noch zu schwer tun. Die klinische Unterscheidung zwischen einem Asthma und anderen respiratorischen Störungen ist (und bleibt auch zukünftig) eine ärztliche Herausforderung.

Die Diagnose impliziert immer auch deren regelmäßige und kritische Überprüfung im Verlauf. Dazu gehören unter anderem altersadäquate Überprüfungen der Lungenfunktion, sinnvolle Allergietestungen und eine regelmäßige Evaluation, gegebenenfalls auch Reduktion der Medikation. Dies gilt für den glemenden Säugling genauso wie für das hustende Kleinkind oder den jugendlichen/erwachsenen Asthmatiker.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Jens Gierich
 Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Allergologie,
 Kinder-Pneumologie
 Fachbereich Kinder- und Jugendmedizin
 DKD Helios Klinik
 Aukammallee 33
 D-65191 Wiesbaden
 E-Mail: jens.gierich@helios-kliniken.de

Dieser Beitrag ist eine leicht überarbeitete Version eines Artikels, der zuerst in der Zeitschrift «Kinderärztliche Praxis» 5/2017 erschienen ist. Die Fragen wurden von niedergelassenen Kinderärzten in Deutschland an die Redaktion der Zeitschrift «Kinderärztliche Praxis» gestellt. Der Abdruck erfolgte mit freundlicher Genehmigung durch Autor und Verlag.

Literatur:

- Heratizadeh A, Werfel T: Prävention der atopischen Dermatitis. *Monatsschr Kinderheilkd* 2015; 163: 1005–1011.
- Heratizadeh A, Werfel T: Allergieprävention aus dermatologischer Sicht. *Allergologie* 2015; 38: 397–404.
- Beyer K, Niggemann B: IgE-vermittelte Nahrungsmittelallergien im Kindesalter. *Monatsschr Kinderheilkd* 2017; 165: 108–116.
- Bisgaard H, Bønnelykke K: Long-term studies of the natural history of asthma in childhood. *J All Clin Immunol* 2010; 126: 187–197.
- Pfaar O et al.: (2014) Leitlinie zur (allergen-)spezifischen Immuntherapie bei IgE-vermittelten allergischen Erkrankungen. *Allergo J Int* 2014; 23: 282.
- Leung D, Sampson H: *Pediatric Allergy*. Mosby, 2003.

Die Prognose für den Verlauf kindlicher Allergien ist je nach Allergenen und individuellen Faktoren sehr unterschiedlich.

Unter dem Begriff Asthma werden unterschiedliche Entitäten subsumiert.