

Obstruktive Atemwegserkrankungen im Kindesalter

Wegfindung im Dschungel der vielen verschiedenen Definitionen

LUGANO – Obstruktive Atemwegserkrankungen im Kindesalter sind vielfältig, die Genese ist multifaktoriell. Somit hat das kindliche Pfeifen viele Gesichter, was die Einteilung erschwert und die verschiedensten Definitionen spriessen lässt.

Obstruktive Bronchitis, rezidivierende obstruktive Bronchitis, Bronchiolitis, Asthma bronchiale, chronisches Asthma bronchiale, episodisches allergisches Asthma bronchiale, persistierendes Asthma bronchiale; dies nur einige Begriffe aus dem grossen Diagnosen-Wirrwarr der obstruktiven Lungenerkrankungen.

Reichlich Verwirrung

„Das Hauptproblem ist, dass wir nicht die gleiche Sprache sprechen und dass es sich vorwiegend um epidemiologische und nicht um kli-

nische Definitionen handelt. Wichtig wäre, dass die Begrifflichkeit auf den Phänotypen beruht und nicht auf der Epidemiologie“, so **PD Dr. Johannes Wildhaber**, Kantonsspital Freiburg an einem Satellitensymposium von MSD an der *Jahresversammlung der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie*. Die Einteilung nach dem Phänotyp ist auch für den Therapieentscheid massgeblich, da die unterschiedlichen Krankheitsbilder eine individuelle Therapie erfordern.

Eines der wichtigsten Einteilungskriterien ist die Beurteilung der zeit-



Professor Dr. Urs Frey

lichen Verläufe, so **Professor Dr. Urs Frey**, Inselspital Bern. „Massgebend ist, ob zwischen den einzelnen Episoden ein freies Intervall vorliegt, wo das Kind sich vollständig normalisiert, oder ob ein Kind kontinuierlich Probleme hat.“ Welche Begriffe dafür in der Literatur gebraucht werden zeigt Prof. Frey anhand einer Tabelle (siehe Kasten 1).

Initiale Entscheidung anhand der Klinik treffen

Um eine adäquate Therapie durchführen zu können, braucht es initial eine spezifische Diagnose, unter Beachtung der möglichen Differenzialdiagnosen, des Phänotyps und dessen Verwechslungsmöglichkeiten, und nicht bloss allein die Symptome.

„Wichtig ist, dass wir uns klinisch entscheiden, um welchen Phänotyp es sich handelt und dementsprechend unsere Therapie einleiten“, so Dr. Wildhaber.

Ein weiterer wichtiger Aspekt bei der Behandlung ist auch die Compliance. Und da spielt vor allem bei kleinen Kindern die Verabreichungsform des Medikaments eine wichtige Rolle. Die inhalativen Steroide zeigen eine gute Wirksamkeit, ob sie diese jedoch voll entfalten können, hängt stark von der



PD Dr. Johannes Wildhaber

Inhalationstechnik ab. Eine Alternative stellen die oral eingenommenen Leukotrienantagonisten dar.

Kasten 2 Episodisches oder intermittierendes Wheezing, obstruktive Bronchitiden

Vorbegende Therapie:

- LTRA (Leukotrienantagonist z. B. Montelukast) 1x tägl. 4 mg wird als Erhaltungstherapie bei obstruktiven „Wheezing“ Episoden empfohlen. (low level)
- Vorbegende ICS oder Dosissteigerung während der Episoden wird nicht empfohlen. (low level)
- Ein Versuch mit inhalativen Steroiden kann in Erwägung gezogen werden, falls eine positive Familienanamnese für Asthma besteht. (trade off)

Quelle: nach Professor Dr. Urs Frey, SGP 2008, Lugano

ICS: Inhalative Kortikosteroide, LTRA: Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten

Kasten 3 Multiple Trigger, kontinuierliches Wheezing

Vorgehen bei Kindern < 5 Jahren:

- Niedrig dosierte, inhalative Kortikosteroide (ICS) sind Therapie der Wahl. (low level)
- Falls keine Therapiekontrolle erreicht wird, nicht Dosis steigern, sondern Zuweisung oder Rücksprache mit Spezialisten. (low level)
- Falls Therapiekontrolle erreicht wird, nach einigen Wochen Therapie Reduktion versuchen (3 Monate). (low level)
- Säuglingen < 1 Jahr sollten eher keine ICS verschrieben werden (low level), bei Ein- bis Zweijährigen nur bei schweren Beschwerden.
- Ein Therapieversuch mit LTRA kann in Erwägung gezogen werden. (low level)
- Chromone, Xanthine, Ketotifen, Immuntherapie, Influenza-Impfung sind nicht empfohlen. (low level)

Quelle: nach Professor Dr. Urs Frey, SGP 2008, Lugano

Kasten 1 Wheezing Phänotypen			
	Episodische Verläufe	Multiple Trigger Wheeze	
Zeitliche Phänotypen	episodisches Wheezing	intermittierendes Wheezing	kontinuierliches Wheezing/Asthma
Ätiologische Phänotypen		virales Wheezing	allergisches Asthma
Outcome Phänotypen	transientes Wheezing	persistierendes Wheezing	late onset Wheezing

Obstruktive Bronchitis ← → Asthma bronchiale

Quelle: Professor Dr. Urs Frey, SGP 2008, Lugano

Die Zeiten ändern sich, die Richtlinien auch

Seit dem Erscheinen der Empfehlungen der SGPP (Schweizerische Gesellschaft für pädiatrische Pneumologie) 2004¹ hat sich das Verständnis obstruktiver Atemwegserkrankungen im Vorschulalter deutlich verändert. Die aktualisierten Richtlinien werden Ende 2009 erwartet und basieren auf neueren klinischen und epidemiologischen Studien.

Dieses neue Verständnis wurde in einem „Task Force Report“ der ERS (European Respiratory Society) zur Definition, Beurteilung und Therapie zusammengefasst.² Die wesentlichen Neuerungen sind:

- Zwei klare, phänotyp-basierende Definitionen:
 - „episodic wheeze“ beschreibt Kinder, die nur episodisch, meist im Zusammenhang mit einem viralen Infekt eine obstruktive Atmung aufweisen, aber zwischen den Episoden symptomfrei bleiben (häufiger Phänotyp)
 - „multiple trigger wheeze“ beschreibt Kinder, die sowohl

- während als auch zwischen Episoden eine obstruktive Atmung aufweisen (seltener Phänotyp)
- Neben der klinischen Präsentation und Verlauf (Status und Anamnese) ist die Beurteilung der Risikofaktoren für die phänotypische Zuordnung bedeutend.
- β-2-Mimetika werden zur symptomatischen Behandlung eingesetzt
- Orale Steroide werden nur bei schwerer Symptomatik (meist im Spitalsetting) in der Akutphase eingesetzt, in der Praxis oder Zuhause werden sie eher nicht empfohlen.
- LTRA (Leukotrienantagonist, z.B. Montelukast) ist zur Therapie des „episodic wheeze“ in der Erhal-

tungstherapie empfohlen und kann bereits beim Auftreten eines viralen Luftwegsinfektes eingesetzt werden, probatorisches Absetzen nach sechs bis zwölf Wochen empfohlen.

- Inhalative Steroide werden in der Erhaltungstherapie des „multiple trigger wheeze“ eingesetzt.
- LTRA (Leukotrienantagonist z. B. Montelukast) kann alternativ zu inhalativen Steroiden in der Erhaltungstherapie des „multiple trigger wheeze“ eingesetzt werden.
- Neben der medikamentösen Therapie sind edukative Massnahmen wichtig.

Referenzen:

- ¹ Empfehlungen zur Behandlung obstruktiver Atemwegserkrankungen im Säuglings- und Kindesalter. Paediatrica Vol. 15, No. 1, 2004
- ² Brand PLP et al., Definition, assessment and treatment of Wheezing disorders in preschool children – an evidence based approach. Eur Respir J 2008; 32: 1096-1110

Konsultieren Sie bitte vor der Verschreibung von Singulair® die komplette Fachinformation im Arzneimittelkompendium der Schweiz.

Singulair®: Indikation: Chronisches Bronchialasthma bei Erwachsenen und Kindern ab 6 Jahren. Bei Kindern von 2 bis 5 Jahren mit gesicherter Asthmadignose: a) als Monotherapie bei leichten, nicht steroidpflichtigen Formen; b) als Zusatztherapie zu Kortikoiden bei schwereren Formen. Bei Kindern von 6 Monaten bis 2 Jahren mit gesicherter Asthmadignose: a) als Monotherapie bei leichten, nicht steroidpflichtigen Formen, vor allem wenn eine Inhalationstherapie schwierig durchführbar ist; b) als Zusatztherapie zu Kortikoiden bei schweren Formen. Linderung von Symptomen der saisonalen und perennialen allergischen Rhinitis bei Erwachsenen und Kindern ab 2 Jahren. **Dosierung /Anwendung:** Erwachsene eine 10 mg Tablette pro Tag, 6-14 jährige Kinder eine 5 mg Kautablette pro Tag, 2-5 jährige Kinder eine 4 mg Kautablette oder ein Sachet 4 mg pro Tag, 6 monatige-2 jährige Kinder ein Sachet 4 mg pro Tag. Für die Behandlung von Asthma sollte die Dosis am Abend vor der Bettruhe, für die Behandlung der allergischen Rhinitis sollte sie entweder morgens oder abends eingenommen werden. Singulair kann mit oder ohne gleichzeitige Nahrung eingenommen werden. Singulair orales Granulat kann entweder direkt auf die Zunge oder in den Mund gegeben werden oder vermischt auf einem Löffel mit weicher Nahrung oder eingerührt in einem Teelöffel Babynahrung oder Muttermilch (jedoch nicht in andere Flüssigkeiten) und sollte innerhalb 15 Minuten nach Öffnen des Sachets verabreicht werden. Singulair kann zu einer bestehenden Asthmatherapie mit inhalativen Kortikoiden oder β2-Agonisten nach Bedarf hinzugefügt werden. Singulair bringt zusätzlichen klinischen Nutzen für Patienten unter inhalativen Kortikoiden. **Kontraindikationen:** Überempfindlichkeit gegenüber einem der Bestandteile dieses Produkts. **Vorsichtsmassnahmen:** Singulair sollte nicht zur Behandlung von akuten Asthmaanfällen eingesetzt werden. Obwohl die Dosis von gleichzeitigen inhalativen Kortikoiden unter ärztlicher Aufsicht stufenweise reduziert werden kann, sollte Singulair nicht als plötzlicher Ersatz für inhalative oder orale Kortikoide eingenommen werden. Die Reduktion der systemischen Kortikosteroid-Dosis führte bei Patienten unter Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten in seltenen Fällen zu einer systemischen eosinophilen Vaskulitis. **Unerwünschte Wirkungen:** Gesamtinzidenz von unter Singulair aufgetretenen Nebenwirkungen war mit Placebo vergleichbar. Erwachsene: Dyspepsie, Bauchschmerzen, Zahnschmerzen und Kopfschmerzen mit höherer Inzidenz als unter Placebo. Inzidenzrate dieser Erscheinungen in beiden Gruppen ist nicht signifikant unterschiedlich. Kinder: Kopfschmerzen (Kinder 6-14 J.) und Durst (Kinder 2-5 J.) mit einer höheren Inzidenz als unter Placebo, Durchfall, Hyperkinesie, Asthma, ekzematöse Dermatitis und Hautausschlag (Kinder 6 Mt.-2 J.) mit tendenziell höherer Inzidenz als unter Placebo. Inzidenzrate dieser Erscheinungen in beiden Gruppen nicht signifikant unterschiedlich. **Interaktionen:** Singulair kann gleichzeitig mit anderen Substanzen, die routinemässig zur chronischen Asthmabehandlung und Behandlung der allergischen Rhinitis verwendet werden, verabreicht werden. Keine wesentliche Wirkung auf die Pharmakokinetik von: Prednisolon, orale Antikozeptiva, Terfenadin, Digoxin und Warfarin. In in vitro Studien ist Montelukast ein Inhibitor von CYP2C8, es wurden jedoch keine in vivo Studien durchgeführt. **Packungen:** SINGULAIR (Montelukast): Filmtabletten zu 10 mg: 28 und 98, Kautabletten zu 5 mg: 28 und 98, Kautabletten zu 4 mg: 28 und 98, Sachets zu 4 mg oralem Granulat: 28. Verkaufskategorie B. Stand der Information: November 2007. Kassenpflichtig. 10-2008-SGA 2007-CH-31 0

IMPRESSUM

Idee und Konzeption: INTER MEDICAL, Grosspeterstrasse 23, Postfach, 4002 Basel
Objektleitung: Dr. med. Christine Mücke
Redaktion: Dr. med. Nadja Pecinska, Winfried Powollik
Layout: Manuela Fuchs
Produktion: Patrik Brunner
 © Nachdruck – auch auszugsweise – nur mit schriftlicher Genehmigung des Verlages