

Asthmakind – Sorgenkind

Management in der Praxis dem aktuellen Wissensstand anpassen

SAN FRANCISCO – Obstruktive Lungenerkrankungen bei Erwachsenen lassen sich oft bis in die Kindheit zurückverfolgen. Daher müssen Erkrankungen der kindlichen Lunge, insbesondere das Asthma, künftig in der Forschung ebenso wie im Rahmen der gesamten wissenschaftlichen Aktivitäten einen bedeutenderen Stellenwert bekommen. Mit diesem Anliegen trat sowohl Dr. William Martin, der scheidende Präsident der American Thoracic Society (ATS) als auch sein Nachfolger, Adam Wanner, M.D., an einer Pressekonferenz anlässlich der

97. Jahrestagung der ATS 2001 an die Öffentlichkeit. Gerade das kindliche Asthma wird in seinem Schweregrad unterschätzt und folglich unzureichend behandelt. Wie wäre es sonst zu erklären, dass bei 60 bis 70% der an den Folgen des Asthmas verstorbenen Kinder in der Krankenakte „mildes Asthma“ dokumentiert wurde? Inzwischen steht zwar ein breites Spektrum therapeutischer Möglichkeiten zur Verfügung – doch diese werden nur zögernd, mit durch nichts zu rechtfertigender Zurückhaltung eingesetzt.



Dr. David Stempel

Dass die Behandlung asthmatischer Kinder mehr als suboptimal ist, steht ausser Frage. Weshalb das so ist und wie sich das ändern lässt, erläuterte Dr. David Stempel, Seattle (WA), am Evening Postgraduate Seminar „Treatment of Persistent Asthma in Childhood“, das mit der freundlichen Unterstützung

von GlaxoSmithKline stattfand. Dr. Stempel forderte, dass es das zentrale Anliegen sein muss, die Morbidität und Mortalität zu senken und die Symptome und Exzerbationen ebenso zu verhindern wie die potentiellen Konsequenzen und Komplikationen der unbehandelten Erkrankung: „Denn wir wollen, dass aus gesunden Kindern gesunde Erwachsene werden.“ Und daraus lassen sich die Ziele einer adäquaten Asthmatherapie bei Kindern ableiten.

Da nicht nur die betroffenen Kinder, sondern auch die Eltern und viele behandelnde Ärzte dazu neigen, die Symptomatik zu unterschätzen, muss man auf

einer objektiven Erfassung der Lungenfunktion bestehen. Denn die Lungenfunktion korreliert mit dem Risiko von Exzerbationen, und die Verbesserung der Lungenfunktion geht mit einer Verbesserung der Symptomatik einher. Weiterhin hat ein Follow-up über 15 Jahre bei einem grossen Kollektiv von 13842 Kindern klare Hinweise dafür erbracht, dass einerseits die Selbsteinschätzung des Patienten keinen guten Prädiktor für den Verlauf darstellt, im Gegensatz zur bei Jahresbeginn gemessenen FEV₁: je niedriger diese war, desto höher war das Risiko von asthmatischen Exzerbationen in den folgenden 12 Monaten.

Ziele der Asthmatherapie: Verhütung von Symptomen und Exzerbationen

- der Chronifizierung und dem Auftreten nächtlicher Anfälle entgegenwirken
- einen normalen Aktivitätslevel und eine gute körperliche Belastbarkeit aufrechterhalten
- Aufrechterhaltung einer annähernd normalen Lungenfunktion
- akute Asthmaepisoden (Exzerbationen) verhindern
- Notfallaufnahmen und Hospitalisierungen auf ein Minimum beschränken
- Asthmamedikamente verordnen, die möglichst nebenwirkungsfrei verträglich sind

Therapeutische Konsequenzen

Aufgrund der publizierten Daten, so Dr. Stempel, muss man davon ausgehen, dass inhalierbare Kortikosteroide (ICS) wie Fluticasonpropionat die effizienteste First-Line-Therapie bei Kindern mit Asthma darstellen, sowohl hinsichtlich der Verbesserung der Lungenfunktion als auch im Hinblick auf die Symptome und Exzerbationen. Wenn trotz dieser Therapie keine Kontrolle möglich ist, kommen verschiedene Optionen in Frage:

Die Dosis des ICS erhöhen oder einen langwirkenden Bronchodilatator zusätzlich verordnen.

Sämtliche Studien haben gezeigt, dass der Benefit für die Patienten höher ist, wenn man das ICS mit einem Bronchodilatator wie Salmeterol kombiniert, verg-

lichen mit der Verdoppelung der ICS-Dosis. Vergleicht man die Erhöhung der ICS-Dosis mit der Kombination ICS plus Leukotrien-Rezeptor-Antagonist (LTRA), dann erweisen sich beide Optionen als gleichwertig.

Dr. Stempel stellte fest, dass in randomisierten klinischen Studien der Zusatz von Salmeterol zu einer fixen Dosis des ICS (z.B. Seretide®) einer ICS-Dosissteigerung ebenso überlegen ist wie der Zusatz eines LTRA zum ICS. Retrospektiv konnte darüber hinaus bestätigt werden, dass unter der Therapie mit Fluticason plus Salmeterol weniger Notfallaufnahmen und Hospitalisierungen erforderlich sind, was mit einer deutlichen Kostenreduktion einhergeht. Fazit: Wir müssen dafür sorgen, dass das Wissen von heute nicht erst mit einer Verzögerung von Jahren in der Praxis umgesetzt wird.

Pädiatrische Patienten mit Asthma

Furcht vor morschen Knochen limitiert den Einsatz inhalierbarer Kortikosteroide

SAN FRANCISCO – In der Asthmatherapie haben Vorurteile von vorgestern immer noch Hochkonjunktur, angefangen vom Schonprogramm für Asthmakinder (nur kein Sport) bis hin zur Verteufelung der inhalierbaren Kortikosteroide (ICS), da diese gerüchteweise das Knochenwachstum und die Knochenqualität beeinträchtigen. Obwohl viele Experten die befürchte-

ten negativen Auswirkungen in der Praxis nicht bestätigt fanden, musste die Frage nach den Auswirkungen der ICS auf das Knochenwachstum auf wissenschaftlicher Basis geklärt werden. Verschiedene Studien zeigten inzwischen, dass mit ICS behandelte pädiatrische Asthmakindern weder Kleinwuchs noch spröde Knochen zu befürchten haben.



Professor Dr. Soren Pedersen

Im Rahmen des Evening Postgraduate Seminars referierte Professor Dr. Soren Pedersen, Kolding (Dänemark), über den Sicherheitsaspekt der Kortikosteroide (ICS). Er setzte sich in erster Linie mit den Langzeitauswirkungen der ICS auf das Knochenwachstum und die Knochenqualität auseinander. Aufgrund der ausgezeichneten Wirksamkeit sind ICS aus der Behandlung des chronischen Asthma bronchiale nicht mehr wegzudenken, doch in der Pädiatrie gibt es immer noch Vorbehalte: Wird das Kind unter dieser Therapie seine prognostizierte

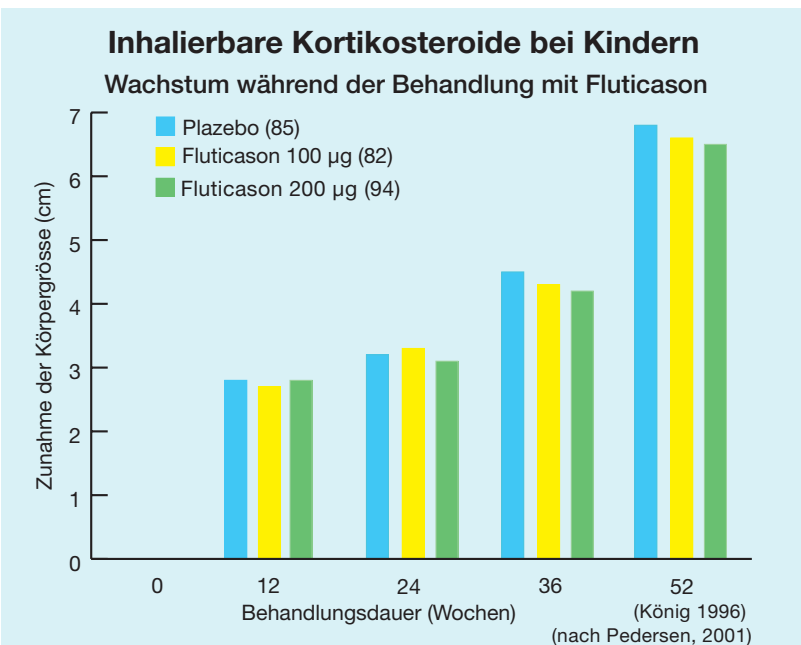
Erwachsenengrösse erreichen? Prof. Pedersen konnte diese Bedenken zerstreuen, denn in keiner einzigen Studie war es unter 100 bis 200 µg ICS zu unerwünschten systemischen Effekten gekommen. So gab es bei Kindern, die mit 100 oder 200 µg Fluticason (Axotide®) behandelt wurden, bezüglich der Wachstumsentwicklung keinen Unterschied zur Plazebogruppe (siehe

Abbildung). Selbst Kinder, bei denen über mehr als zehn Jahre ein ICS zum Einsatz gekommen war, erreichten die prognostizierte Erwachsenenengrösse. Heute haben wir die Gewissheit, dass die über viele Jahre befürchteten negativen Langzeitfolgen definitiv ausbleiben, konstatierte Prof. Pedersen.

Er ging jedoch auch darauf ein, weshalb die ICS in Misskredit

Fluticason/Salmeterol (Seretide®) – weshalb „two in one“?

Fluticason/Salmeterol entfaltet komplementäre Effekte, indem es die Entzündung ebenso wie die Bronchokonstriktion wirksam bekämpft. Dadurch kommt es zur Verbesserung der Lungenfunktion und als Folge zu einer Reduktion der Symptome und Exzerbationen. Ganz entscheidend ist, dass sich unter dieser umfassenden Therapie die Lebensqualität deutlich verbessert. Und Lebensqualität heisst für Asthma-Kinder: herumtoben, rennen, aktiv sein wie die Altersgenossen. Entscheidend ist auch die unkomplizierte Anwendung mit dem Multidosen-Pulverinhalator: zweimal täglich eine Einzeldosis, so einfach und selbstverständlich wie das Zähneputzen.



Wachstumsentwicklung bei Kindern unter verschiedenen Fluticason-Dosierungen vs. Plazebo.

geraten waren: In einer Studie hatte man die Wachstumsentwicklung von Kindern unter ICS-Therapie verfolgt und festgestellt, dass diese im ersten Jahr ein gegenüber der Run-in-Phase signifikant vermindertes Wachstum zeigten. Danach allerdings normalisierte sich der Längenzuwachs und entsprach demjenigen vor Therapiebeginn: Deshalb lagen die Kinder nach Abschluss der Studie auch wieder auf der ursprünglichen Perzentile.

Der Referent plädierte abschliessend für den frühestmöglichen Beginn einer adäquaten Therapie bei Asthmakindern, denn Kinder mit schwerem Asthma waren bei Behandlungsbeginn statistisch signifikant

kleiner als Kontrollen mit nur leichten asthmatischen Beschwerden. Durch den rechtzeitigen Therapiebeginn sollte man verhindern, dass nicht das Asthma per se das Längenwachstum hemmt. Seinem Fazit:

„The ability to think differently today than yesterday differentiates the wise from the stubborn“ ist nichts hinzuzufügen.