

Exazerbationen bei Asthmapatienten

Eine Konsequenz der unzureichenden Asthmakontrolle

ATLANTA – Trotz der Veröffentlichung international anerkannter Guidelines und der Verfügbarkeit effizienter, kostengünstiger Therapien wird das entscheidende Ziel der Asthmabehandlung – die Asthmakontrolle – immer noch viel zu selten erreicht. Worauf das zurückzuführen ist, erläuterte Professor Dr. Peter Barnes, National Heart and Lung Institute, London, an einem von GlaxoSmithKline unterstützten Postgraduate-Seminar, das im Rahmen des 98. Jahreskongresses der American Thoracic Society (ATS 2002) in Atlanta stattfand.



Professor Dr. Peter Barnes

Die entscheidenden Kritikpunkte von Prof. Barnes in diesem Zusammenhang: Viel zu viele Asthmapatienten leiden unter teilweise schweren bis hin zu tödlichen Exazerbationen. Diese Exazerbationen belasten nicht nur den Patienten, sondern auch das Budget, und – was ganz entscheidend ist – sie wären in den allermeisten Fällen vermeidbar. Allerdings nur, wenn die Asthmapatienten adäquat diagnostiziert, klassifiziert und behandelt würden.

Der globale Asthmaskandal

Prof. Barnes verwies auf die für ihn schockierende Tatsache, dass in vielen Fällen das Asthma so behandelt wird, als sei die Zeit mit der Entdeckung der Bronchodilatoren stehen geblieben: „Früher haben wir uns auf die Bronchodilatoren verlassen, weil diese rasch und zuverlässig die Symptome bei Asthmatikern beseitigen. Heute wissen wir jedoch, dass die diesen Symptomen zu Grunde liegende Entzündung ebenfalls konsequent behandelt werden muss, wenn wir eine Asthmakontrolle erreichen wollen, und wir wissen auch, dass inhalierbare Kortikosteroide (ICS) die tragende Säule dieses Konzeptes darstellen.“

Bei Patienten mit leichtem intermittierendem Asthma haben die kurzwirkenden β_2 -Agonisten durchaus ihre Berechtigung. Wenn die Symptome jedoch täglich auftreten, also bereits bei leichtem persistierendem Asthma, sieht das anders aus: Diese Patienten sowie Patienten mit mittelschwerem persistierendem und solche mit schwerem persistierendem Asthma profitieren ohne Frage von der regelmässigen Anwendung der ICS, weil diese die Entzündung unterdrücken. Doch die Praxis sieht ganz anders aus¹⁾: nur ein kleiner Prozentsatz der Patienten mit schwerem persistierendem Asthma bekommt ICS als Dauertherapie verordnet (Grafik 1).

Exazerbationen international

Diese Versäumnisse beim Asthmanagement haben ihren Preis: bei vielen Patienten kommt es zu schweren Exazerbationen, die durch eine Abnahme des PEF um mehr als 30 % an mindestens zwei aufeinander folgenden Tagen gekennzeichnet sind. Diese Abnahme macht eine Behandlung mit oralen Steroiden unumgänglich. Wenn man die europäischen Patienten einer von Prof. Barnes vorgestellten Studie¹⁾ herausgreift, hatten Exazerbationen folgende Konsequenzen: 7 % mussten während des Beobachtungszeitraums von einem Jahr hospitalisiert werden, 10 % kamen zur Notfallbehandlung in die Klinik, und 25 % mussten den Hausarzt oder eine Ambulanz aufsuchen,

weil sie die Symptome nicht mehr unter Kontrolle bringen konnten (Grafik 2). Und das ist ein globales Problem – wobei Europa noch relativ gut dasteht, während die Situation der Patienten in den USA und ganz besonders in Asien nur noch als skandalös bezeichnet werden kann, so Prof. Barnes.

Studien zur Korrelation zwischen dem Schweregrad des Asthmas und der Häufigkeit schwerer Exazerbationen brachten erstaunliche Resultate: während bei Patienten mit mässig schwerem und schwerem Asthma pro Jahr mit einer dramatischen Exazerbation gerechnet werden musste, war das Exazerbationsrisiko bei Patienten mit leichtem

intermittierendem oder persistierendem Asthma – entgegen den Erwartungen – kaum geringer^{2), 3)}. Demnach besteht bei jedem Asthmapatienten, von der leichtesten bis zur schwersten Verlaufsform der Erkrankung, das Risiko schwerer Exazerbationen.

Eine Untersuchung zur Häufigkeit der Todesfälle (1986 bis 1989) durch Asthmaexazerbationen bei australischen Patienten unter 20 Jahren bestätigte, dass das Mortalitätsrisiko ebenfalls unabhängig vom Schweregrad des Asthmas ist. Diese Fakten sollten uns veranlassen, die eigenen therapeutischen Konzeptionen zu überdenken und den Empfehlungen der Guidelines

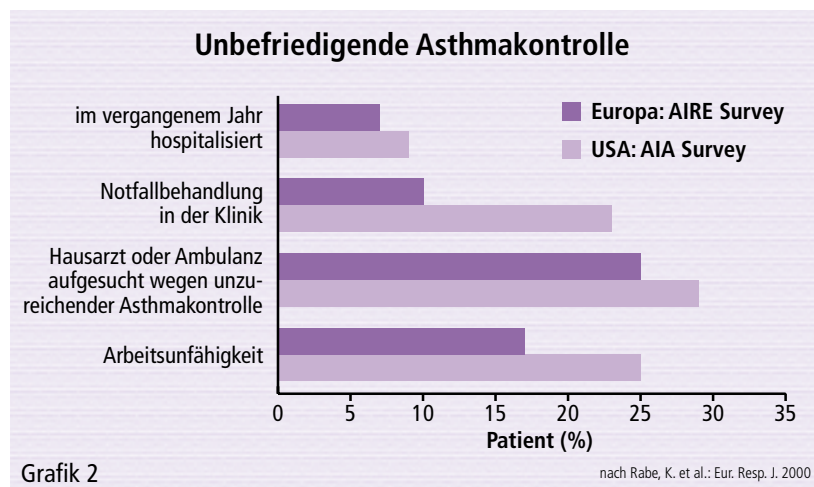
anzupassen (z.B. GINA Guidelines).

Exazerbationen im Vorfeld erkennen

Ganz entscheidend ist, dass Asthmatiker über das Risiko von Exazerbationen informiert werden und wissen, wie sich diese ankündigen und wie sie sich zu verhalten haben. Denn solche Verschlechterungen kommen nicht aus heiterem Himmel, sie entwickeln sich meist über mehrere Tage. Prof. Barnes betonte, dass virale Infektionen einen entscheidenden Risikofaktor für die Entwicklung von Exazerbationen darstellen. An erster Stelle stehen Rhinovirusinfektionen (etwa 60 %), die beim Nichtasthmatiker zu den bekannten banalen Erkältungssymptomen führe, beim Asthmatiker aber häufig für die gefürchteten Exazerbationen verantwortlich sind. Weiterhin kann die Allergenexposition (Pollenallergie) als Trigger fungieren, oder noch unbekannte Faktoren können eine Exazerbation auslösen.

Zwischen infektions- und nicht-infektionsbedingten Exazerbationen liessen sich im Hinblick auf die Entzündungsreaktion deutliche Unterschiede aufzeigen: während bei infektionsbedingten Exazerbationen die Neutrophilenzahl im Sputum stark erhöht ist, steigt die Eosinophilenzahl bei jenen Patienten stark an, deren Exazerbation andere Ursachen hat. Weitere Faktoren, die als potentielle Prädiktoren in Frage kommen, werden zur Zeit intensiv erforscht.

¹⁾ K. Rabe et al.: Eur. Respir. J. 2000
²⁾ P. O'Byrne et al.: AJRCCM 2001
³⁾ R. Pauwels et al.: NEJM 1987



Asthmakontrolle als Ziel

Exazerbationen verhüten statt behandeln

ATLANTA – Künftig werden wir vermehrt versuchen müssen, durch eine konsequente Asthmakontrolle die Exazerbationen zu verhüten. Dass es zur Verbesserung des Managements viele Möglichkeiten gibt, demonstrierte Professor Dr. John Fahy, University of California, San Francisco, anlässlich eines Evening-Postgraduate-Seminars beim ATS 2002.



Professor Dr. John Fahy

Notfallaufnahme, Intensivstation, orale Steroide: das sind die Stichwörter im Zusammenhang mit Exazerbationen. Und genau das muss durch eine gezielte Prävention vermieden werden. Prof. Fahy for-

mulierte als entscheidende Voraussetzung für eine optimale Betreuung, dass der behandelnde Arzt den Patienten sehr gut kennt. Dazu gehört das Wissen über Fakten:

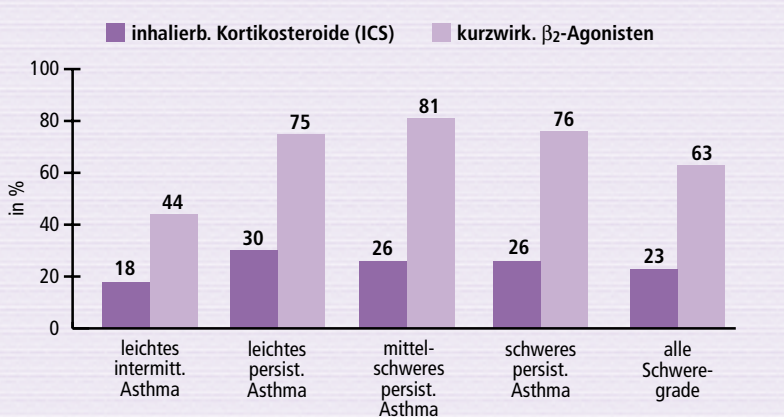
- Asthma als Krankheit und therapeutische Wirkprinzipien
- Häufigkeit des Gebrauchs von Salbutamol
- Häufigkeit der Exazerbationen
- lebensbedrohliche Asthmaanfänge
- mögliche Trigger (z.B. Allergien, Nahrungsmittel, körperliche Anstrengung)
- Bedingungen, unter denen es bereits einmal zur Exazerbation kam (z.B. Rhinitis, Sinusitis, Refluxkrankheit)
- soziale Situation
- Compliance
- Inhalationstechnik

Im zweiten Schritt kommen dann die Massnahmen zur Verhütung von Exazerbationen, die weit über die Verordnung von Medikamenten hinausgehen. So sollte der Patient regelmässig in die Sprechstunde

kommen, über die Bedeutung der Compliance informiert werden und Instruktionen zur richtigen Inhalationstechnik bekommen. Ausserdem muss er über das Krankheitsbild und die umfassende Therapie Bescheid wissen, bis hin zu einem individuellen Aktionsplan. Die medikamentöse Therapie muss sich an den aktuellen Guideline-Empfehlungen orientieren, die ab Stufe 2 (leichtes persistierendes Asthma) eine Basistherapie mit ICS (z.B. Fluticason) fordern, und spätestens ab Stufe 3 die Kombination mit einem langwirksamen β_2 -Agonisten wie Salmeterol. Prof. Fahy liess keinen Zweifel darüber aufkommen, dass eine derartige Kombination (z.B. Seretide®) im Hinblick auf die Verhütung von Exazerbationen einer Monotherapie klar überlegen ist.

Idee und Konzeption:
 INTER MEDICAL, Urs Graf-Strasse 8, Postfach 368, 4020 Basel
 Information: gsk GlaxoSmithKline
 Redaktion: Renate Weber, Winfried Powollik
 Layout: Patrik Brunner
 Produktion: Patricia Stachniss
 © Nachdruck – auch auszugsweise – nur mit schriftlicher Genehmigung des Verlages.

Einsatz von ICS vs. kurzwirk. β_2 -Agonisten in der Praxis



Grafik 1