

ELTERNRATGEBER

Asthma bronchiale, Teil II: Therapie

Stand 04 / 2020

ELTERNRATGEBER

Asthma bronchiale, Teil II: Therapie

Peter J. Fischer und Dominik Fischer, Schwäbisch-Gmünd

Liebe Eltern,

Fortschritte in der Asthmatherapie haben zu einer erheblichen Verbesserung der Lebensqualität von Asthmakranken geführt.

Ziele

Die moderne Asthmatherapie hat folgende Ziele: Das Kind sollte

- keine Beschwerden mehr haben,
- sich normal körperlich belasten können,
- sich altersgerecht körperlich und psychisch entwickeln,
- eine bestmögliche Lungenfunktion beibehalten,
- keine Komplikationen und Folgeschäden und
- keine unerwünschten Wirkungen der Therapie erleiden.

Voraussetzungen

Eine Asthmatherapie ist dann erfolgreich, wenn die Ärztin bzw. der Arzt, das erkrankte Kind und dessen Familie vertrauensvoll zusammenarbeiten. Die Behandlungsmaßnahmen müssen sinnvoll gesteuert und so angepasst werden, dass das Kind möglichst keine Beschwerden mehr hat (Asthma-Kontrolle). Heute stehen verschiedene, sehr wirksame therapeutische Möglichkeiten zur Verfügung, sodass fast alle Patientinnen und Patienten mit Asthma die oben genannten Ziele erreichen können. Hierfür sind die Information und die Schulung des Kindes, der Familie und weiterer Bezugspersonen unbedingte Voraussetzung. Asthma-Schulungs-



kurse nach der Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung im Kindesalter (AGAS: <https://www.asthmaschulung.de/>) werden in Praxen und Kliniken angeboten.

Therapie-Bausteine

Die Asthmatherapie besteht aus unterschiedlichen Bausteinen:

- Information und Schulung,
- Vermeidung von Auslösern (z. B. Allergenauslöser, Tabakrauch),
- medikamentöse Behandlung,
- beim allergischen Asthma Hyposensibilisierung,
- atemtherapeutische Techniken (z. B. dosierte Lippenbremse, atemerleichternde Körperstellungen), Physiotherapie,

- Sport, Entspannungstechniken,
- und andere.

Asthma-Kontrolle

Die Steuerung der Asthmatherapie folgt anhand der Asthma-Kontrolle. Es werden 3 Grade unterschieden: gut kontrolliert, teilweise kontrolliert, unkontrolliert (Tab. 1). Früher wurde Asthma in verschiedene Schweregrade eingeteilt, um die Ausprägung zu beschreiben. Inzwischen hat sich aber weitgehend durchgesetzt, stattdessen die Asthma-Kontrolle zu beschreiben. Wie in Übersicht 1 zu erkennen ist, ist bei Kindern ein Asthma nur dann gut kontrolliert, wenn keines der genannten 4 Symptome in den vorangegangenen 4 Wochen aufgetreten ist.

Übersicht 1. Grade der Asthmakontrolle

Grade der Asthmakontrolle Kinder und Jugendliche		Gut kontrolliert	Teilweise kontrolliert	Unkontrolliert
Symptomkontrolle	Hatte die Patientin / der Patient in den letzten 4 Wochen: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Symptome tagsüber <input type="checkbox"/> Nächtliches Erwachen durch Asthma <input type="checkbox"/> Gebrauch von Bedarfsmedikation <input type="checkbox"/> Aktivitätseinschränkung durch Asthma 	Kein Kriterium erfüllt	1–2 Kriterien erfüllt	3–4 Kriterien erfüllt
Beurteilung des Risikos für eine zukünftige Verschlechterung des Asthmas	Erhebung von <ul style="list-style-type: none"> ▮ Lungenfunktion (Vorliegen einer Atemwegsobstruktion) ▮ Anzahl stattgehabter Exazerbationen (keine / ≥ 1 x im Jahr / in der aktuellen Woche) 			

© ÄZQ, BÄK, KBV und AWMF 2018

(Quelle: modifiziert nach [↗ Nationale Versorgungsleitlinie Asthma](#), 3. Auflage [6])

Übersicht 2. Akut- und Dauermedikamente in der Asthmatherapie

Asthmamedikamente

1. Akutmedikamente:

- Kurzwirkende Beta-Mimetika (SABA) (z. B. Salbutamol = Bronchospray[®], Sultanol[®] u. a.)
- Ipratropium (Atrovent[®])
- Kortikoide oral oder intravenös (z. B. Prednisolon)
- Reservemedikamente im Krankenhaus: Magnesium, Beta-Mimetika, Theophyllin intravenös

2. Dauermedikamente:

- Inhalative Kortikoide (z. B. Alvesco[®], Budair[®], Flutide[®], Junik[®], Novopolmon[®], Pulmicort[®], Ventolair[®])
- Langwirkende Beta-Mimetika (LABA) (z. B. Formoterol = Foradil[®], Oxis[®] [auch rascher Wirkungseintritt], Salmeterol = Serevent[®])
- Kombinationspräparate: inhalatives Kortikosteroid + langwirkendes Beta-Mimetikum (z. B. Flutiform[®], Relva Ellipta[®], Symbicort[®], Viani[®])
- Leukotrien-Antagonisten (Montelukast = MonteluBronch[®], Singulair[®])
- Langwirkende Anticholinergika (LAMA) (z. B. Tiotropiumbromid = Spiriva[®])
- Kortikoide oral (z. B. Prednisolon)
- Anti-IgE-Antikörper (Omalizumab = Xolair[®]), und andere Biologika (Mepolizumab, Dupilumap)

Medikamentöse Therapie

Man unterscheidet bei den Medikamenten (Übersicht 2):

- ▮ **Akutmedikamente** (Bedarfsmedikamente, Symbol roter Kreis ●), die bei akuten Beschwerden die Bronchien erweitern, und
- ▮ **Dauermedikamente** („Controller“, Symbol grünes Quadrat ■), die in der Langzeittherapie die Entzündung in den Bronchien bekämpfen und die Bronchien vorbeugend stabilisieren.

Die Behandlung folgt einem Stufenplan mit 6 Stufen. (In der [↗ Patientenleitlinie](#) finden Sie ausführliche Hinweise zur Asthmatherapie.) Das bedeutet, dass die Ärztin oder der Arzt Ihrem Kind je nach Ausprägung der Beschwerden und auch dem Ergebnis der Lungenfunktion eines oder mehrere der üblichen Medikamente empfehlen wird. Zum Beispiel reicht bei Kindern und Jugendlichen mit seltenen Beschwerden ein Spray mit kurz wirksamen bronchienerweiternden Wirkstoffen (Beta-Mimetika) aus, das sie bei Atemnot nutzen können (Stufe 1). Bestehen jedoch recht häufig Beschwerden, sollte zusätzlich ein Kortikosteroid zunächst in niedriger Dosis zum Inhalieren zum Einsatz kommen (Stufe 2; Alternative in begründeten Fällen: ab 12 Jahren bedarfsorientierte Anwendung der Fixkombination aus niedrigdosiertem inhalativem Kortikoid + Formoterol).

Hat das Kind trotzdem noch Beschwerden, wird die Ärztin bzw. der Arzt die nächste Behandlungsstufe anraten. Dabei wird zunächst die Kortikosteroiddosis erhöht (Stufe 3) und danach, wenn erforderlich, ein zweites Medikament dazugegeben (Stufen 4 und 5). Nur sehr wenige Kinder müssen mit Omalizumab und anderen Biologika (Stufe 6) behandelt werden.



Die Therapie wird im Rahmen regelmäßiger Arztbesuche überprüft und der Grad der Asthma-Kontrolle angegeben (Übersicht 1).

Entscheidend ist, dass bei häufig auftretenden Beschwerden zusätzlich zu kurz wirksamen Medikamenten eine antientzündliche Langzeittherapie erforderlich ist. Nur so kann die chronische Entzündung in den Bronchien wirksam behandelt werden. Ihre Ärztin oder Ihr Arzt für Kinder- und Jugendmedizin wird für Ihr Kind einen schriftlichen Behandlungsplan erstellen, auf dem die täglichen Dauermedikamente und die Akutmedikamente festgehalten sind.

Inhalationstherapie

Die meisten Asthma-Medikamente werden durch Inhalation verabreicht. Sie kommen so direkt an den Wirkort in den Bronchien. Dadurch kann die Dosis im Vergleich zur innerlichen Gabe deutlich reduziert und Nebenwirkungen vermindert werden.

Akut- und Dauermedikamente können bereits ab dem Säuglingsalter mit dem Dosieraerosol (Spray) und einer Inhalierhilfe (Spacer) effektiv inhaliert werden. Ältere Kinder brauchen bei Verwendung eines Akutmedikaments als Spray bei guter Koordination keine Inhalierhilfe mehr. Schulkinder und Jugendliche bevorzugen oft den Pulverinhalator. Vorteil von Dosieraerosol und Pulverinhalator ist eine kurze Inhalationszeit, was vor allem bei einer Dauerbehandlung ein wichtiger Faktor für die konsequente Mitarbeit der Patientin bzw. des Patienten ist. Ab Stufe 4 können Kombinationspräparate aus inhalativem Kortikosteroid plus lang wirkendem Beta-Mimetikum die Inhalation vereinfachen. Ein elektrisches Inhaliergerät kann von Vorteil sein, wenn zusätzlich eine Befeuchtung der Atemwege zur Schleimlösung erwünscht ist oder beim schweren Asthmaanfall eine langsame und kontinuierliche Verabreichung eines Medikaments angestrebt wird. Der Erfolg einer Inhalationsbehandlung hängt insgesamt weniger vom verwendeten System als in viel stärkerem Maße von der

regelmäßigen und korrekten Anwendung ab (siehe [↗ Elternratgeber „Wie inhaliere ich richtig?“](#)).

Unerwünschte Wirkungen

Beta-Mimetika können in hohen Dosen zu einer Beschleunigung des Pulsschlags und Zitterigkeit führen. Leukotrien-Antagonisten können in seltenen Fällen Alpträume, Halluzinationen und Reizbarkeit auslösen.

Kortikosteroide können ab einer gewissen Schwellendosis den inneren Rhythmus der körpereigenen Kortisonausschüttung stören, zu einer verminderten Knochendichte und zu Wachstumsstörungen führen. Bei der Inhalation von Kortikosteroiden ist jedoch bei niedriger und mittlerer Dosierung im Gegensatz zur innerlichen Anwendung (Tabletten) nicht mit Auswirkungen auf den übrigen Organismus zu rechnen. In diesem Dosisbereich sind die Vorteile der Behandlung bei Weitem größer als die möglichen Nachteile.

Hier können Sie weitere Informationen finden:

[↗ Deutsche Atemwegsliga](#)

[↗ Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter](#)

Dr. med. Peter J. Fischer
Dr. med. Dominik Fischer

Praxis für Kinder- und Jugendmedizin
Kinderpneumologie – Allergologie
Mühlbergle 11 | 73525 Schwäbisch Gmünd

Im kommenden Journal folgt:

Asthma Teil III –
Atemtherapie, Sport, Prognose