

Tischversion

Definition, Epidemiologie, Versorgungsprobleme

Asthma ist eine chronisch entzündliche Erkrankung der Atemwege mit einer variablen Obstruktion, die häufig spontan oder nach Therapie reversibel ist. Die Erkrankung bleibt oft lebenslang bestehen. Sie gehört zu den Volkskrankheiten mit einer Prävalenz von ca. 5% bei Erwachsenen und 10% bei Kindern. Zu beobachten ist eine inkonsequente, nicht leitlinienkonforme Therapie.

Hausärztliche Schlüsselfragen

Im Praxisalltag zeigt sich folgende Problematik:

- Unzureichende Beachtung von Stufenschemata, insbesondere unzureichender Einsatzes inhalativer Glucocorticoide (ICS) und ggf. der langwirkenden β_2 -Sympathomimetika
- Zu hoher Verbrauch kurz wirksamer, inhalativer β_2 -Sympathomimetika
- Fehlende Verlaufs- und Therapiekontrollen
- Cortisonangst der Patienten, insbesondere der Mütter in Bezug auf die Behandlung der Kinder
- Beachten der Nebenwirkung von Theophyllin
- Technische Schwierigkeiten bei der Handhabung von Dosieraerosolen (Schulung der Patienten)
- Fehlendes Mundspülen nach ICS-Inhalation
- Komedikation von z. B. NSAR, Phenprocoumon, Betablockern (auch Augentropfen)

Folgende Tabellen für Erwachsene zur Einteilung der Asthmastufen und des Einsatzes von Arzneimittel sind zusammengestellt aus der Nationalen Versorgungs-Leitlinie:

[Bundesärztekammer, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, Kassenärztliche Bundesvereinigung. Nationale Versorgungs-Leitlinie Asthma Langfassung. 2005 Version 1.1; <http://www.versorgungsleitlinien.de>]

Asthma bronchiale

Grundsätze der Therapie und Aufgaben des Hausarztes

- Ausführliche Information und Schulung des Patienten, ggf. der Angehörigen. Patient soll das Krankheitsbild verstehen und befähigt werden, Selbsthilfemaßnahmen durchzuführen
- Einstufung des Schweregrades des Asthmas
- Abklärung und Meidung der Noxen
- Erläuterung der Medikation und ihrer Anwendung (Bedarfs- und Dauermedikation)
- Schulung in der Handhabung der Asthmasprays oder Vermittlung einer Schulung (z. B. Apotheken)
- Verordnen des Peakflow-Meter als Hilfsmittel, Motivieren des Patienten zur Messung; gemeinsame Besprechung der Aufzeichnungen
- Regelmäßige Therapiekontrolle (auch der Verbrauchsmenge, insbesondere an β_2 -Sympathomimetika)

Pharmakotherapie

Ziel der Pharmakotherapie ist die Verringerung der asthmatischen Entzündung der Atemwege und eine Reduktion der bronchialen Hyperreagibilität sowie der Atemwegsobstruktion.

Reliever = Bedarfstherapeutika

- Inhalative schnell wirksame β_2 -Sympathomimetika

Controller = Langzeittherapeutika

- Glucocorticosteroide (inhalativ, systemisch)
- Inhalatives lang wirksames β_2 -Sympathomimetikum
- Retardiertes Theophylline
- Retardiertes orales β_2 -Sympathomimetikum
- Antileukotriene

Stufe	1 Intermittierend	2 geringgradig persistierend	3 Mittelgradig persistierend	4 Schwergradig persistierend
Asthasymptome: tagsüber	intermittierende Symptome am Tage <1x/Woche	> 1 x pro Woche, < 1 x pro Tag	täglich	Anhaltend täglich
nachts	≤ 2 x pro Monat	> 2 x pro Monat	> 1 x pro Woche	häufig
Exazerbationen, Charakteristika	Exazerbationen kurz (Stunden bis wenige Tage), ansonsten beschwerdefrei, normaler PEF zwischen Exazerbationen	Exazerbationen beeinträchtigen körperliche Aktivität und Schlaf	täglich Bedarf an inhalativen, kurzwirksamen β_2 -Sympathomimetika, Beeinträchtigung von körperlicher Aktivität und Schlaf bei Exazerbation	Häufige Exazerbationen, nur begrenzte physische Aktivität möglich
Lungenfunktion: FEV1 oder PEF:	FEV1 ≥ 80 % des Sollwertes ≥ 80 % PBW	FEV1 ≥ 80 % des Sollwertes ≥ 80 % PBW	FEV1 > 60 - < 80 % des Sollwertes PEF 60-80% PBW	FEV1 ≤ 60 % des Sollwertes oder PEF ≤ 60 % PBW
Soll PEF-Tagesvariabilität	< 20 %	20-30 %	> 30 %	> 30 %

FEV₁-Forciertes expiratorisches Volumen in der ersten Sekunde der Ausatmung = Einsekundenkapazität

PEF-Peak expiratory flow = expiratorischer Spitzenfluss

PBW = persönlicher Bestwert

Stufenschemata für Erwachsene

Stufe 1 intermittierend		Stufe 2 geringgradig persistierend	Stufe 3 mittelgradig persistierend	Stufe 4 schwergradig persistierend
Dauertherapie: keine		Dauertherapie: ICS* niedrige Dosis	Dauertherapie: ICS in niedriger bis mittlerer Dosis + langwirksames β_2 -Sympathomimetikum (Salmeterol Formoterol) In begründeten Fällen Alternativen zu langwirksamen β_2 -Sympath. oder zusätzliche Optionen: - Steigerung der Dosis des ICS - Montelukast - retardiertes Theophyllin - retardiertes orales β_2 -Sympathomimetikum	Dauertherapie: ICS in hoher Dosis + langwirksames β_2 -Sympathomimetikum (Salmeterol Formoterol) und eine oder mehrere der zusätzlichen Optionen: - retardiertes Theophyllin - systemische Corticosteroide (intermittierend oder dauerhaft) in der niedrigsten noch effektiven Dosis
Bedarfsmedikation: Inhalatives schnell-wirksames β_2 -Sympathomimetikum				
Allgemeine Maßnahmen (auf jeder Stufe konsequent umzusetzen): Allergenkarenz {B}, Noxenausschaltung {B}, Raucherentwöhnung {B}, Atemgymnastik, Krankengymnastik {C}, Inhalationstherapie {C}, Therapieselbstkontrolle mit Peakflowmeter {C}				

*ICS = inhalative Glucocorticoide

Korrespondenzadresse

PMV forschungsgruppe
Fax: 0221-478-6766
Email: pmv@uk-koeln.de
http://www.pmvforschungsgruppe.de

Ausführliche Leitlinie im Internet

www.pmvforschungsgruppe.de
> publikationen > leitlinien
www.leitlinien.de/leitlinienanbieter/deutsch/pdf/hessenasthma

Hausärztliche Leitlinie

»Therapie des Asthma bronchiale«

Tischversion 1.0 März 2006