

## Kommentar zu den schweizerischen Empfehlungen zur Behandlung von obstruktiven Atemwegserkrankungen im Säuglings- und Kindesalter

Asthma bronchiale und rezidivierende, obstruktive Bronchitiden

Im Auftrag der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Pneumologie (SAPP)

Urs Frey, Pädiatrische Pneumologie, Universitäts-Kinderklinik, Bern

Stephane Guinand, Pneumologie pédiatrique, Hôpital Universitaire des Enfants, Genève

Jürg Barben, Pädiatrische Pneumologie, Ostschweizer Kinderspital, St. Gallen

Carmen Casaulta Aebischer, Pädiatrische Pneumologie, Universitäts-Kinderklinik, Bern

### Liebe Kolleginnen und Kollegen

Asthma bronchiale und rezidivierende, obstruktive Bronchitiden gehören zu den häufigsten Erkrankungen in der allgemeinen pädiatrischen Praxis. Die Abgrenzung des Asthma bronchiale zur Virus induzierten obstruktiven Bronchitis oder zum alltäglichen erkältungsbedingten Husten ist oft schwierig. Es gibt v.a. bei kleinen Kindern keine spezifischen Tests, die ein Asthma bronchiale eindeutig beweisen. Vielmehr ist Asthma eine klinische Diagnose, die auch durch die Beobachtung des Verlaufs der Erkrankung erhärtet wird. Durch eine gute klinische Beurteilung kann dank den neuen therapeutischen Möglichkeiten die Mehrzahl der asthmaphähnlichen Erkrankungen in der Praxis gut behandelt werden. Die Kontinuität der Behandlung dieser chronischen Krankheitsbilder durch den erfahrenen Pädiater, der als Fach- und Vertrauensperson wirkt, ist besonders wichtig.

Die neu überarbeiteten Empfehlungen zur Behandlung von Asthma bronchiale und rezidivierenden, obstruktiven Bronchitiden sollen deshalb nicht nur eine Auflistung von Medikamentendosierungen, sondern ein klinisch brauchbares, gesamtheitliches Werkzeug zur Diagnostik und Therapie dieser Krankheiten sein. Das Konzept dieser Empfehlungen ist neu und bewusst ausführlicher gehalten. Es soll Einblick in die neuen Behandlungskonzepte geben, die auf einer Phänotypisierung der verschiedenen Asthmaformen beruhen. Die Empfehlungen beruhen auf klinisch gesicherter Evidenz bzw. der aktuellsten Literatur und sind im Einklang mit internationalen Richtlinien anderer Länder. Sie sollen Ihnen helfen, die immense Literaturflut aus Fachzeitschriften und Hochglanzpublikationen zu gewichten. Eine Arbeitsgruppe der SAPP hat mit ihrer klinischen Erfahrung

versucht, dieses Wissen aus der Literatur auf unsere schweizerischen Verhältnisse mit ihrer qualitativ hochstehenden Primärversorgung zu adaptieren.

Im Vergleich zu den früheren Richtlinien von 1999 haben sich dabei einige grundlegende Änderungen ergeben, die auf neuen Erkenntnissen in der Diagnostik und der klinischen Phänotypisierung, neuen Medikamenten sowie neuen Therapiekonzepten in den letzten 5–10 Jahren beruhen. Die Aktualisierung von Empfehlungen muss jedoch immer als dynamischer Prozess angesehen werden, da auch in den kommenden Jahren weitere Studien, insbesondere von neueren Medikamentengruppen, zu erwarten sind.

Zu den grundlegenden Änderungen in den neuen Empfehlungen gehören das so genannte *Stufenkonzept der Asthmabehandlung* (vgl. *Abbildung 3*) und die Einteilung des Asthmas in verschiedene Alters- und Phänotypen. Das Stufenkonzept, das bereits in vielen anderen Ländern erfolgreich angewendet wird, beinhaltet eine Anpassung der Medikamente an den Schweregrad der Symptome: Für ein leichtes intermittierendes Asthma werden zum Beispiel als erste Stufe kurz wirksame  $\beta_2$ -Mimetika nach Bedarf empfohlen. Für ein mildes persistierendes Asthma sind als nächste Stufe vorbeugende, über längere Zeit verabreichte, niedrig dosierte inhalative Kortikosteroide die Therapie der ersten Wahl. Als nächster Schritt werden für das Schulalter im Sinne einer Zusatztherapie («add on therapy») zuerst lang wirkende  $\beta_2$ -Mimetika, in zweiter Linie Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten hinzugefügt, bevor die inhalativen Steroide höher dosiert werden. Im Vorschulalter hingegen gibt es für den Gebrauch von lang wirkenden  $\beta_2$ -Mimetika oder Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten bis heute zu wenig fundier-

te Literatur, um sie in diesem Alter – in Analogie zu den meisten internationalen Richtlinien – generell empfehlen zu können. Dasselbe gilt auch für die Monotherapie mit diesen beiden Medikamenten in allen Altersgruppen. Die Empfehlung, kurz wirkende  $\beta_2$ -Mimetika nur noch nach Bedarf einzusetzen, ist für viele von uns ein neues Konzept. Es gibt aber in der Literatur neuere Hinweise, dass die lang dauernde vorbeugende Behandlung mit kurz wirkenden  $\beta_2$ -Mimetika ohne entsprechende Symptome weniger erfolgreich ist, als wir bisher angenommen hatten. Ebenso gibt es in der Literatur wenig bis keine Evidenz für die von vielen von uns praktizierte Verdoppelung der inhalativen Kortikosteroide während einer Infektexazerbation. Bei schwereren Exazerbationen wird deshalb heute die frühzeitige Gabe von systemischen Steroiden für wenige Tage empfohlen, da diese den inhalativen Kortikosteroiden in dieser Situation deutlich überlegen sind. Sollten aber systemische Steroide zur Anwendung kommen, muss als Folge – und je nach klinischem Verlauf – eine Stufenanpassung mit langfristigerer Steigerung der prophylaktischen inhalativen Steroide in Erwägung gezogen werden.

In den neuen Empfehlungen wird auch erstmals das Verhalten bei einem akuten Asthmaanfall beschrieben. Ein neuer Punkt dabei ist sicher, dass Ventolin nicht nur via Nassvernebler, sondern auch mittels Dosieraerosolen und Vorschaltkammer verwendet werden kann. Bei schwersten Asthmaanfällen ist – neben der Inhalation von konzentriertem Ventolin via Nassvernebler und der Gabe von systemischen Kortikosteroiden – der Einsatz von intravenösen Salbutamol-Kurzinfusionen sehr effektiv, gehört aber in die Hände von erfahrenen pädiatrischen Zentren mit entsprechenden Möglichkeiten für Monitoring und Intensivbehandlung.

Selbstverständlich freuen wir uns über Ihre Kommentare und Anregungen. Die Empfehlungen wurden so gestaltet, um Ihnen möglichst viel Autonomie in der Behandlung dieser Erkrankungen zu ermöglichen. Eine französische Übersetzung der Empfehlungen wird in einer der nächsten Nummern der Paediatrica publiziert werden.

### Korrespondenzadresse:

PD Dr. Urs Frey

Pädiatrische Pneumologie

Universitäts-Kinderklinik Bern

Inselspital, 3010 Bern

Tel. 031 632 94 93, Fax 031 632 94 84

[urs.frey@insel.ch](mailto:urs.frey@insel.ch)