Leitlinien-Therapie leicht gemacht

Asthma-Leitfaden für die Hausarzt-Praxis

Die meisten Patienten suchen bei Atemwegsbeschwerden durch ein nicht diagnostiziertes Asthma ihren Hausarzt auf. Ein Expertenteam hat deswegen aus der aktuellen GINA-Leitlinie einen einfachen Behandlungspfad für die hausärztliche Praxis abgeleitet.

— Die Global Initiative for Asthma (GINA) hat letztes Jahr ein Update ihrer Leitlinie zu Management und Prävention von Asthma veröffentlicht (<http://ginasthma.org>). Um die Umsetzung im hausärztlichen Alltag zu erleichtern, haben Pneumologen um Dr. Ekkehard Beck, Rüdersdorf, die wichtigsten Schritte in einem simplen Behandlungspfad zusammengefasst (Atemwegs- und Lungenerkrankungen 2016;42:14–24). Prof. Dr. Martin Kohlhäufel von der Klinik Schillerhöhe in Stuttgart stellte sie vor.

Asthma-Verdacht

Kommt ein Patient mit Atemwegsbeschwerden unklarer Genese in die Praxis, empfiehlt sich eine Sieben-Punkte-Diagnostik. Verdächtig auf Asthma sind:

1. Trockener Husten am Tag
2. Aufwachen mit Husten in der Nacht/am Morgen
3. Giemen beim Atmen
4. Brustenge/Atemnot
5. Verstärkung der Symptome bei Virusinfekten, feuchtkalter Luft, körperlicher Belastung

6. Verlängertes Expirium oder Giemen bei der Auskultation
7. Eine $FEV_1 < 80\%$ vom Soll in der Spirometrie (nur bei positivem Auskultationsbefund empfohlen).

„Wenn von den sieben Punkten mindestens drei erfüllt sind, weist das in Richtung Asthma und rechtfertigt die Einleitung einer Asthmatherapie“, so Kohlhäufel. Dazu soll der Patient zunächst befristet auf vier Wochen ein kurz wirksames Betamimetikum (SABA) erhalten. „Wenn er das mehr als dreimal pro Woche braucht, müssen Sie direkt in die Basistherapie mit einem niedrig dosierten inhalativen Kortikosteroid (ICS) einsteigen.“

Wann zum Pneumologen überweisen?

Fehlen Symptome nachts und am Morgen, rät Kohlhäufel, einen Pneumologen hinzuziehen, um andere Diagnosen abzuklären. Direkt an den Facharzt überwiesen werden müssen Patienten mit schwerer Symptomatik, einer FEV_1 unter 60% vom Soll und unveränderter Symptomatik trotz Therapie mit ICS plus lang wirksamem Betamimetikum (LABA).

Als kontrolliert ist ein Asthma laut GINA anzusehen, wenn die Patienten höchstens zweimal pro Woche tagsüber Symptome haben, nachts nicht wegen ihres Asthmas aufwachen, höchstens zweimal pro Woche ein Notfallspray anwenden und in ihren Aktivitäten nicht eingeschränkt sind. Zum Erreichen der Asthmakontrolle soll die Therapie stufenweise eskaliert werden. Die Bedarfstherapie mit SABA ist Patienten mit seltenen Symptomen ($< 2 \times$ /Monat) und ohne Exazerbation vorbehalten. Die Dauertherapie besteht bevorzugt aus einem ICS, das bei unzureichender Wirkung primär mit einem LABA kombiniert wird. Eine Alternative zu einem

ICS ist der Leukotrienrezeptorantagonist Montelukast. Bei mittelschwerem Asthma kann die Bedarfstherapie auch aus ICS plus Formoterol bestehen.

COPD-Medikament auch bei Asthma

Neu in den Leitlinienempfehlungen ist der schon lange bei COPD eingesetzte Bronchodilatator Tiotropium. In einer Studie war die Kombination aus ICS und Tiotropium ebenso effektiv wie die Therapie mit ICS plus LABA. Die Zulassung für das Anticholinergikum beschränkt sich bisher allerdings auf eine Add-on-Gabe für Erwachsene, die unter ICS plus LABA mindestens eine schwere Exazerbation hatten. Kohlhäufel rechnet aber mit einer Indikationserweiterung.

Asthma, COPD oder Asthma und COPD?

Das Asthma-COPD-Overlap-Syndrom (ACOS) ist ein Krankheitsbild, so Kohlhäufel, „das nur in der Praxis vorkommt und nicht in klinischen Studien“, weil solche Patienten ausgeschlossen würden. An das gleichzeitige Vorliegen von Asthma und COPD ist z. B. bei rauchenden Asthmapatienten oder COPD-Patienten mit allergischer Diathese zu denken. Die Betroffenen haben laut Kohlhäufel mehr Atembeschwerden, eine schlechtere Lungenfunktion und ein höheres Exazerbationsrisiko als Asthmatiker, aber eine geringere Mortalität als COPD-Patienten. Die Diagnose ACOS soll gestellt werden, wenn Patienten mit persistierender Atemwegsobstruktion ($FEV_1/FVC < 70\%$) gemäß einer Liste gleich viele Merkmale für Asthma wie für COPD aufweisen. Anders als bei COPD sollen ACOS-Patienten von Anfang an auch ein ICS erhalten.

Dr. Beate Schumacher

Immer wieder Atemnot – ist es Asthma?

© Wavebreakmedia / iStock

■ Praxis Update Allgemeinmedizin, München, 8./9. April 2016