von 40 % bis 80 %. Im europäischen Register EMBARC mit mehr als 9.000 Patienten liegt er bei 58 %, das mittlere Alter von 45 bis 68 Jahren (EMBARC: 68 Jahre) und der Anteil der Nie-Raucher von 56 % (EMBARC) bis 90 % (China).

Diagnose interdisziplinär stellen

Die Diagnose erfordert eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit von Ärzten. Zusätzlich zu mindestens zwei klinischen Kriterien wie Husten und Auswurf an den meisten Tagen ist laut europäischem Konsens der radiologische Nachweis von anormal und permanent dilatierten Bronchi erforderlich (Bronchiektasen genannt), berichtete Alberti, der an der neuen Leitlinie beteiligt war. Leider gebe es dafür noch keine validierten CT-Scores, so der Lungenfacharzt.

Steht die Diagnose Bronchiektase, werden in der Leitlinie als weitere standardisierte Labortests ein Differenzialblutbild, die Bestimmung von Immunglobulinen im Serum und die Abklärung einer allergischen bronchopulmonalen Aspergillose (ABPA) empfohlen. Zur Wahl des Antibiotikaregimes und zur Verlaufskontrolle der Bronchialinfektion sind Sputumkulturen sinnvoll. Weitere Tests kommen bei spezifischen klinischen Merkmalen der Patienten oder schwerer oder rasch progredienter Erkrankung infrage.

Antibiotika im Fokus

In der Pharmakotherapie stehen Antibiotika im Fokus. Zur Behandlung einer akuten Exazerbation wird eine Antibiotikatherapie über 14 Tage als Standard empfohlen, die in ausgewählten Fällen aber auch kürzer oder länger ausfallen kann. Nach Nachweis einer *P. aeruginosa*-Infektion wird eine Eradikationstherapie empfohlen und bei Patienten mit drei und mehr Exazerbationen pro Jahr eine langfristige Antibiotikatherapie zur Prophylaxe. Das Regime hängt dabei von der Keimbeseidlung ab.

Bei Patienten mit *P. aeruginosa*-Infektion wird zur langfristigen inhalativen Antibiotikatherapie geraten, bei nicht ausreichender Wirksamkeit in Kombination mit oralen Antibiotika. Bei allen anderen Keimen ist eine Makrolid-Monotherapie erste Wahl, bevor bei Bedarf eskaliert werden sollte. Vor einer Langzeitbehandlung mit Makroliden sollte eine Infektion mit einem nichttuberkulösen Mykobakterium ausgeschlossen werden, da sonst Resistenzen der Erreger gefördert werden könnten.

Antientzündliche Therapie im Hintergrund

Die antiinflammatorische Therapie steht eindeutig im Hintergrund. Die Expertengruppe empfiehlt weder eine Therapie mit inhalativen Kortikosteroiden (ICS) bei Bronchiektasen (der Einsatz bei Patienten mit Komorbiditäten Asthma oder COPD ist davon nicht betroffen) noch mit Statinen. Eine Langzeittherapie mit mukoaktiven Substanzen (≥ 3 Monate) kommt bei Patienten mit Problemen beim Abhusten von Sputum und schlechter Lebensqualität infrage. Die Langzeitgabe von Bronchodilatoren gehört nicht zur Routine, sondern sollte Patienten mit signifikanter Atemnot auf individueller Basis angeboten werden.

Eine regelmäßige Physiotherapie (Techniken zur Clearance der Atemwege, Lungenreha) wird bei Patienten mit chronischen produktivem Husten und Schwierigkeiten beim Abhusten als sinnvolle Option genannt. Chirurgische Interventionen zählen zu den letzten Optionen und sollten nur bei Patienten mit lokaler Erkrankung und hoher Exazerbationsfrequenz trotz optimierter Therapie erwogen werden.

Roland Fath

Quelle: European Respiratory Society Congress 2017, Mailand, 9.–13.9.2017

Atemwegsbeschwerden nehmen mit Distanz zum nächsten Park zu

Dass an Asthma erkrankte Kinder viel und regelmäßige Bewegung benötigen, zeigt eindrücklich eine Studie aus Baltimore: Je weiter Kinder vom nächsten Park entfernt wohnen, desto häufiger leiden sie an Asthmasymptomen. Eltern asthmakranker Kinder sollten den Wohnsitz so wählen, dass Parks, Spielplätze oder andere Grünflächen in der unmittelbaren Nähe sind.

Und Städteplaner sollten für ein dichtes Netz von Grünflächen sorgen. Denn je näher die nächsten Auslaufflächen für Kinder sind, desto weniger leiden sie an Asthmasymptomen, resümierten Kelli DePriest und Dr. Arlene Butz von der University of Maryland School of Medicine in Baltimore.

Die Autorinnen hatten bei 196 Kindern mit Asthma bronchiale im Alter zwischen 3 und 12 Jahren per Interview mit den Eltern die Anzahl der Tage mit Beschwerden in einem 14-Tages-Zeitraum ermittelt und das Ergebnis mit der Distanz des Wohnortes zum nächsten Park korreliert. Alle Kinder waren innerhalb des letzten Jahres mindestens zweimal hospitalisiert oder in der Notambulanz vorstellig geworden. Die Studie war in einer Gegend durchgeführt worden, in der der sozioökonomische Status der Familien eher niedrig war.

Kinder, die in unmittelbarer Nähe eines Parks wohnten, litten im Schnitt an 5 von 14 Tagen an Asthma-Symptomen. Im Gesamtkollektiv kam pro 305 Meter Abstand zum nächsten Park ein zusätzlicher Tag mit Beschwerden hinzu. Ein Kind, das gut 900 Meter vom nächsten Park entfernt wohnte, litt entsprechend an 8 von 14 Tagen an Asthma.

Noch deutlicher war die Korrelation bei Kindern im Alter von über 6 Jahren: Hier kam pro 152 Meter Distanz zum nächsten Park ein zusätzlicher Beschwerdetag hinzu. Wenn der Park gut 900 Meter entfernt war, litt das ältere Kind entsprechend bereits an 11 von 14 Tagen an Asthmasymptomen.

Dr. med. Dirk Einecke

Parks sind nicht nur eine Spielwiese für Kinder, ihre Nähe und Nutzung schützt offenbar auch vor Atemwegsbeschwerden.