

Asthma hat viele Gesichter

Unter dem Begriff Asthma werden heute eine Reihe unterschiedlicher Phänotypen der entzündlichen Atemwegserkrankung zusammengefasst. Den Grundstein für diese Entwicklung legte vor 100 Jahren der Mediziner Francis M. Rackemann.

Mit dem Begriff intrinsisches Asthma definierte Rackemann vor gut 100 Jahren erstmals eine sich vom allergischen Asthma unterscheidende Form der chronisch entzündlichen Atemwegserkrankung. Er beschrieb damit Asthmapatienten, die im Erwachsenenalter symptomatisch wurden, ganzjährig und nicht allergengetriggert Beschwerden hatten und zudem eine ausgeprägte eosinophile Entzündungsreaktion aufwiesen. Welche Entwicklung die Phänotypisierung der chronisch-entzündlichen Atemwegserkrankung seitdem durchlaufen hat, hat der Pneumologe Dr. Thomas Rothe, Chur, im Rahmen einer Literaturrecherche evaluiert.

Heute unterscheidet man eine Reihe unterschiedlicher phänotypischer Formen. Das intrinsische Asthma wird nun eher als „eosinophilic adult-onset asthma“ bezeichnet. Darunter wird eine nicht allergische Asthmaform zusammengefasst, die klinisch dem intrinsischen Asthma sowie dem Asthma vom Drifter-Typ entspricht. Akute Bronchospasmen spielen hier eine untergeordnete Rolle. Dieser Phänotyp ist eher vom rasanten Zuschwelen der Mukosa in den oberen und unteren Atemwegen gekennzeichnet, ganz ohne exogene Triggerfaktoren. Die Betroffenen leiden unter einer belastungsbedingten Dyspnoe, die sich anders als

beim belastungsinduzierten Asthma in Ruhe deutlich verbessert, und zeigen häufig eine Intoleranz auf Acetylsalicylsäure und nicht steroidale Antiphlogistika.

Für einen optimalen Therapieerfolg empfiehlt Rothe abgesehen von der Kontrolle der Inhalationstechnik und der Sicherstellung der Therapieadhärenz, den Phänotyp zu verifizieren und eine Überschneidung mit einer COPD auszuschließen. Ein differenziertes diagnostisches Vorgehen sei daher unerlässlich, so Rothe. Neben einer detailliert erhobenen Krankengeschichte brauche es dazu zwingend eine Allergietestung, einen Lungenfunktionstest, ein Differenzialblutbild sowie unter Umständen zusätzlich einen Metacholintest und die Messung der Stickoxid-Konzentration in der Atemluft (FeNO). Nur auf diesem Weg lasse sich eine phänotypspezifische Therapie gewährleisten, wie Rothe betont. Beim allergischen Asthma umfasse die phänotypspezifische Therapie neben Maßnahmen zur Allergenvermeidung, eine allergenspezifische Immuntherapie sowie die Gabe von Omalizumab, einem monoklonalen Antikörper gegen Immunglobulin E. Für Patienten mit „eosinophilic adult-onset asthma“ schwerer Ausprägung sind, wenn die erforderliche systemische Glukokortikoidtherapie Nebenwirkungen verursacht, die monoklo-

nalen Antikörper gegen Interleukin 5, Mepolizumab und Reslizumab, eine wirksame Alternative. *Dr. Dagmar Kraus*

Rothe T. A century of "intrinsic asthma". A view on the development of phenotyping in asthma in the last 100 years. *Allergo J Int* 2018;27:215–9

Kommentar

Diese schöne Übersichtsarbeit zeigt überzeugend auf, wie die Differenzierung und Phänotypisierung des Asthma bronchiale die Tür zu einer gezielteren und pathophysiologisch orientierten Therapie öffnet. Während wir bis vor nicht allzu langer Zeit generalisierend von Asthma bronchiale sprachen und allenfalls noch zwischen „intrinsischem“ und „extrinsischem“ Asthma differenzierten, ist durch die Möglichkeiten der Phänotypisierung ein völlig neuer Blick auf die Erkrankung entstanden. Nicht nur, dass sich hieraus differenzierte diagnostische Pfade ableiten, auch die therapeutischen Optionen werden erweitert und sind zielgerichteter einsetzbar. Es gibt wohl nichts, was unsere Sicht auf die chronisch-entzündlichen Atemwegserkrankungen wie Asthma bronchiale und chronische Rhinosinusitis/Polyposis nasi so nachhaltig beeinflusst hat wie die Differenzierung nach Phänotypen. Daher ist diese gut geschriebene Übersichtsarbeit auch in voller Länge lesenswert.



Prof. Dr. Ludger Klimek
Zentrum für Rhinologie
und Allergologie
Wiesbaden

Neuer Pfeil im Therapieköcher gegen Asthma von Kindern

Die Palette von Medikamenten für die Kontrolle von Asthma im Kindesalter hat Zuwachs bekommen: Der langwirksame Muskarinantagonist Tiotropium ergänzt die Optionen für die Add-on-Therapie.

Tiotropium ist schon seit Längerem ein festes Element in der Behandlung chronisch obstruktiver Atemwegserkrankungen. Es besitzt eine längere

Halbwertszeit als Ipratropium und gehört der Klasse der langwirkenden Antimuskarinika (LAMA) an. Es vermindert die Entzündung im Gewebe und erwei-

tert die Bronchien über eine Hemmung der M3-Rezeptoren an der glatten Muskulatur.

Seit März dieses Jahres ist Tiotropium in der Europäischen Union auch als Add-on-Medikation für Asthmapatienten ab sechs Jahren zugelassen. Schon im Jahr zuvor hatte sich die amerikanische Arzneibehörde FDA zu einem solchen Schritt entschlossen.

„Tiotropium ist das erste LAMA mit einer Lizenz für die Asthmatherapie und hat sich als wirksame Add-on-Therapie