

# Asthma: häufig, manchmal gefährlich



Um sieben Uhr morgens kommt eine 32jährige junge Frau in die Notfallstation. Bei ihrer Ankunft erleidet sie einen Atemstillstand. Sie hat einen vollständigen Bronchospasmus. Alle unsere Versuche, Beatmung, Versorgung mit Sauerstoff, Adrenalininjektionen, bleiben ohne Erfolg: Keine der gebräuchlichen Reanimationsmethoden zeigt Wirkung. Die Patientin stirbt. Wir erfahren dann, dass die Frau seit etwa 3 Uhr früh an einem Asthmaanfall litt. 4mal hatte sie Bronchodilatoren inhaliert (ohne Kortikosteroide). Gegen 6 Uhr wurde sie ruhiger, und ihr Mann war deshalb nicht allzu sehr beunruhigt.

Ein solch tragischer Verlauf hat mein Bild der Asthmaerkrankung für immer geprägt. Asthma kann einen dramatischen Verlauf nehmen. Aus solchen Fällen müssen wir – wie Sie in der «Stratégie» zum Vorgehen bei Asthma in dieser Nummer nachlesen können – die Lehre ziehen, dass bei *instabilem Asthma*, ebenso wenn der Patient während eines Asthmaanfalls *allzu ruhig* wird, grösste Vorsicht am Platze ist. Eine solche Beruhigung kann nämlich Ausdruck einer Narkotisierung durch eine schwere Hyperkapnie sein.

In den letzten Jahren konnten wir in der Asthmabehandlung dank besserer *Ausbildung der Patienten* gewaltige Fortschritte erzielen. Ich möchte aber auch auf einige Schwierigkeiten hinweisen, denen wir dabei begegnen können:

■ Bei manchen Patienten (und auch Ärzten!) trifft man auf Widerstand gegenüber der Anwendung von Kortikosteroiden (dem «Kortison»). Man verbindet es mit «Gewichtszunahme», «Verlust von Kalzium aus den Knochen», «Gefahren durch schweres Geschütz, wie man es in der Schulmedizin einsetzt». Die PatientInnen tendieren daher dazu, bei den Inhalationskortikosteroiden zu geringe Dosen zu verwenden, obwohl diese kaum systemische Nebenwirkungen haben. Unglücklicherweise führen solche Vorurteile zudem dazu, dass auch Ärzte orale Prednison unterdosieren; wenn man sich schon für eine orale Kortikosteroidtherapie entscheidet, muss man

stark dosieren (30 bis 60 mg pro Tag), dafür kurz behandeln (eine Woche lang in absteigender Dosierung).

■ Viele Ärzte (und auch PatientInnen!) haben Hemmungen, die korrekte Anwendung der Aerosole wirklich zu instruieren und zu kontrollieren. Es empfiehlt sich wirklich, zu erklären, wie man ein Aerosol handhabt, es zuerst selbst vorzumachen und es sich nachher vom Patienten zeigen zu lassen; das sollte man auch wiederholt tun (vielleicht alle 6 Monate), speziell bei älteren PatientInnen. Dass die verfügbaren Systeme so verschieden sind, macht das Problem für Ärzte und PatientInnen nicht leichter! Um so eher sollte man sich an die Vorrichtungen halten, die man gut kennt, dadurch lassen sich auch Irrtümer in der Verschreibung vermeiden (Kapseln oder Spray, Diskus oder Diskhaler ... usw.).

■ Zu oft bleiben die Peak-flow-Meter in der Schublade. Man muss dem Patienten klar machen, dass diese Geräte eine der besten Möglichkeiten darstellen, um die Schwere der Anfälle zu beurteilen und dadurch die Behandlung besser zu steuern. Die Patienten sollten wissen, ab welchem Wert für den Peak flow Beunruhigung am Platz ist, wann sie sich an ihren Arzt wenden oder dringend die nächste Notfallstation aufsuchen müssen.

Trotz aller grossen Fortschritte der letzten Jahre, speziell bei der Ausbildung der PatientInnen, bei der breiteren Anwendung lokaler Kortikosteroide, bei der Entwicklung neuer Systeme für Aerosole und zur Inhalation: Die Asthmabehandlung bleibt eine grosse Herausforderung. Asthma ist sehr häufig (10% der Kinder und 5% der Erwachsenen sind betroffen) und kann lebensgefährlich sein.

*François Mottu*