

Markus Solèr

# Asthma bronchiale

## Bedeutung

Rund 7–10% der Kinder und 5–7% der Erwachsenen in der Schweiz haben ein Asthma bronchiale in unterschiedlicher Ausprägung. Asthma ist damit eine der bedeutendsten Langzeitkrankheiten in unseren Breitengraden.

## Diagnostik

- Klinisch: anfallsweise Atemnot, Reizhusten, z.T. zäher, gelblicher Auswurf und Engegefühl auf der Brust, diverse Auslöser.
- Funktionell: Verengung der Bronchien, Verminderung des FEV<sub>1</sub> (typisch: >15% reversibel nach Salbutamol-Inhalation), abnorme Überempfindlichkeit der Bronchien auf diverse Reize (Bronchoprovokationstest mit Methacholin).
- Morphologisch: spezifische Entzündung der Bronchialschleimhaut mit eosinophilen Granulozyten, aktivierten Mastzellen und Lymphozyten. Schleimhautödem, vermehrte Sekretion von abnorm zähem Sekret, Kollagenfibrillen unter der Basalmembran (Remodeling).

## Therapie

### Therapieziel

Gemäss internationalen Behandlungsrichtlinien:

- Symptombefreiheit, tagsüber wie in der Nacht;
- keine Einschränkung der Aktivitäten, inkl. Sport;
- Vermeidung von Exazerbationen (schweren Asthma-Krisen);
- optimale Lungenfunktion;
- Variabilität des Peak-flow-Wertes über 24 Stunden <20%;
- keine Nebenwirkungen.

Diese Ziele sind für die grosse Mehrheit der Asthma-Patienten heute erreichbar und doch für viele noch nicht Realität!

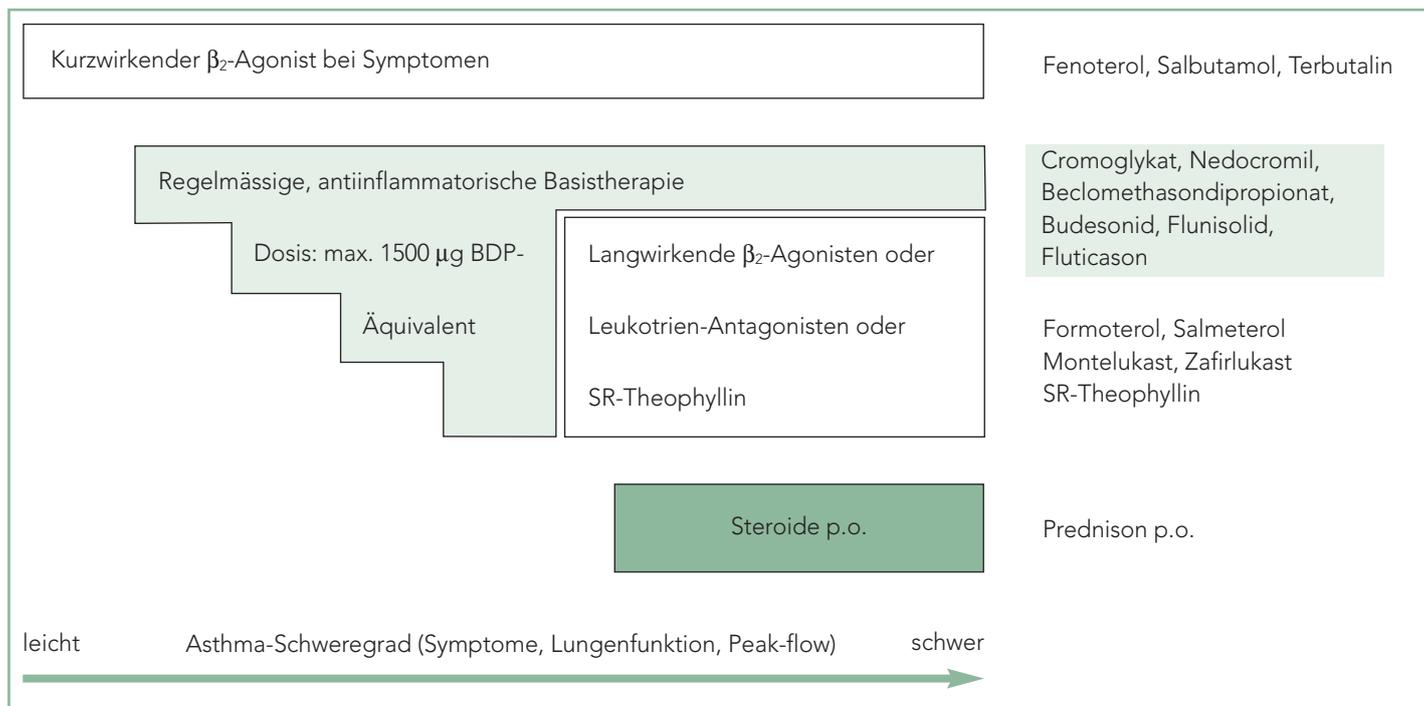
### Therapeutische Ansätze

- Beeinflussung von Umweltfaktoren;
- Vermeiden von Allergen-Inhalation;
- medikamentöse Behandlung.

### Medikamentöse Therapie

- *Bronchodilatoren* (rasche Symptombekämpfung, z.B. im Asthma-Anfall):

## Stufentherapie



Kurzwirkende beta-2-adrenerge Agonisten (z.B. Salbutamol [Ventolin®], Terbutalin [Bricanyl®]) inhalativ verabreicht, sofort wirkend (innert 1–5 Minuten) für die Symptombekämpfung, z.B. beim Asthmaanfall.

Langwirkende Beta-2-Agonisten: Formoterol (Foradil®, Oxis®) und Salmeterol (Serevent®) sind bei bronchodilatatorischer Dauertherapie vorzuziehen (nur in Kombination mit inhalativem Steroid).

- *Entzündungshemmer* (kontrollieren der Krankheitsaktivität, Entzündungsunterdrückung und damit «Beruhigung» der Bronchien, dadurch Verhinderung von Asthma-Anfällen): inhalative Kortikosteroide (Beclometasondipropionat, Budesonid, Fluticason u.a.) / Mastzellstabilisatoren (Cromoglykat, Nedocromil) werden als regelmässig verabreichte Behandlung zur «Basis-therapie» verwendet.
- Die *Leukotrien-Antagonisten* weisen sowohl bronchodilatierende als auch entzündungshemmende Wirkungen auf. Diese Medikamente blockieren hochspezifisch die Wirkungen der Leukotriene C<sub>4</sub>, D<sub>4</sub> und E<sub>4</sub> am Leukotrien-Rezeptor Typ I.

Die gegenseitige Beeinflussung der unterschiedlichen Medikamente wird zurzeit nur teilweise verstanden. Langwirkende Beta-2-Adrenergika, Theophyllin-Präparate und auch die Leukotrien-Antagonisten können aber in einer Kombinationsbehandlung die Wirksamkeit einer inhalativen Kortikosteroid-Behandlung deutlich verstärken. Die Kombinationsinhalatoren mit langwirksamem Beta-2-Agonist und inhalativem Steroid können die Langzeittherapie vereinfachen.

Die Behandlungs-Intensität richtet sich nach dem Schweregrad der Symptomatik. Dabei Anpassung der Therapie-Intensität je nachdem, ob die Therapie-Ziele erreicht sind oder nicht. Steigerung gemäss untenstehendem Schema, Dosis-Reduktion in der Basis-therapie frühestens alle 3 Wochen.

## Stufentherapie

Zunehmend wichtiger werden die Aspekte der Kommunikation zwischen Arzt und Patient, der Therapie-Compliance, der Selbstkontrolle der Krankheitsaktivität und der Übernahme von Selbstverantwortung in der Therapie-Steuerung durch den Patienten. Die Gesamtheit dieser Aspekte ist heute, angesichts der verfügbaren hochwirksamen Asthma-Medikamente, letztlich entscheidend für den Therapie-Erfolg.

### Information

- 1 Gonon M, Solèr M, Langewitz W, Perruchoud AP. Sind Selbstkontrolle und Selbstbehandlung beim Asthma bronchiale sinnvoll? Schweiz Med Wochenschr. 1999;129:519–25.

---

Prof. Dr. med. Markus Solèr  
Medizinische Klinik  
St. Claraspital  
4016 Basel

## PREDICTING FALLS IN THE ELDERLY IN A CLINICAL SETTING

“Screening for risk of falling during the clinical examination begins with determining if the patient has fallen in the past year. For patients who have not previously fallen, screening consists of an assessment of gait and balance. Patients who have fallen or who have a gait or balance problem are at higher risk of future falls.

Visual impairment, medication variables, decreased activities of daily living, and impaired cognition did not consistently predict falls across studies. Orthostatic hypotension did not predict falls after controlling for other factors.

So simple. Do you do this?”

Ganz DA, Bao Y, Shekelle PG, Rubenstein LZ. Will my patient fall? JAMA. 2007;297(1):77–86.

[www.globalfamilydoctor.com/search/GFDSearch.asp?itemNum=6274](http://www.globalfamilydoctor.com/search/GFDSearch.asp?itemNum=6274).

Journal Alerts from Global Family Doctor – Wonca Online: [www.globalfamilydoctor.com](http://www.globalfamilydoctor.com).

BK