

Asthma oder Bronchitis?

Asthma beginnt mit Husten und Atemnot im Kindesalter – aber nicht jedes hustende und giemende Kind hat oder bekommt Asthma.

Husten und Atemnot – sei es nur bei körperlicher Belastung oder auch in Ruhe – sind die häufigsten unspezifischen Atemwegssymptome im Kleinkindesalter. Im Rahmen der ärztlichen Abklärung und Diagnostik wird in der Regel von „rezidivierenden obstruktiven“, auch „spastischen“ oder „asthmoïden“ Bronchitiden gesprochen im Bemühen, den immer noch mit Unsicherheit und Ängsten verbundenen

Begriff „Asthma“ möglichst zu vermeiden. Gemeint ist aber immer eine wiederkehrende Verengung der Bronchien.

Eine möglichst frühzeitige und langfristig verlässliche Unterscheidung zwischen „obstruktiver Bronchitis“ und frühkindlichem „Asthma bronchiale“ ist von großer Wichtigkeit angesichts der unterschiedlichen Ursachen und Auslöser, des Spontanverlaufes sowie der langfristigen Krankheits- und Behandlungsprognose dieser Krankheiten.

Die Abgrenzung der obstruktiven Bronchitis gegenüber der im Kindesalter häufigsten chronischen Atemwegserkrankung „Asthma bronchiale“ gilt vor allem innerhalb der ersten Lebensjahre als schwierig. Wichtige Hilfen bei der Diagnosestellung sind die familiäre Veranlagung für Allergien einerseits sowie die frühzeitige allergologische Diagnostik gegenüber wichtigen Umweltallergenen durch Haut- sowie Blutallergietests. Andererseits erweist sich eine lungenfunk-



Nicht kratzen!



PHYSIOGEL®
HYPOALLERGEN



A.I. Lipolotion

**lindert Juckreiz
auf die sanfte Art**

- dank körpereigenem PEA (Palmitoylethanolamin)
- durch intensive Rückfettung (40 % hautverwandte Lipide)

**und sorgt für ein angenehmes,
entspanntes Hautgefühl**

Zur Pflege juckender, sehr trockener Haut sowie bei Neurodermitis

tionelle Diagnostik aufgrund mangelnder Mitarbeit in diesem Alter als in der Regel nicht routinemäßig durchführbar.

Grundlage des frühkindlichen Asthmas ist eine zum chronischen Verlauf neigende Schleimhautentzündung, die bei entsprechend veranlagten Kindern Episoden von Kurzatmigkeit, Atembeklemmung und Engegefühl aufgrund wechselnder Bronchialverkrampfung und Schleimhautschwellung auslöst. Die Beschwerden sind in der Regel spontan oder durch Therapie rückläufig und weisen auf allgemeine bronchiale Überempfindlichkeit hin.

Wichtigste Auslöser asthmatischer Symptome stellen meist virusbedingte Atemwegsinfekte mit Zunahme der Bronchialschleimhautentzündung und Überempfindlichkeit dar. Allergene, körperliche Belastung sowie unspezifische Reize als Auslöser wie etwa Kälte, Rauch oder Abgase, sind altersbedingt häufig nur mit erheblichen Unsicherheiten zu diagnostizieren. Somit besteht das Problem einer schwierigen Abgrenzung des drohenden oder sich bereits entwickelnden allergischen Asthma bronchiale zur „rezidivierenden obstruktiven Bronchitis“ mit jeweils infektausgelösten Entzündungsschüben und Atemnot.


Sowohl das beginnende Asthma als auch die obstruktive Bronchitis sprechen auf die heute etablierte Therapie mit entzündungshemmenden inhalativen Corticoidpräparaten (ICS) in der Regel gut an. Die aktuelle Wirksamkeit erwähnter antientzündlicher Behandlung zur Beeinflussung obstruktiver Symptome und infektausgelöster Schleimhautentzündung ist unbestritten und allgemein anerkannt. Höchst unterschiedliche Ansichten bestehen jedoch über das Ausmaß der langfristig günstigen Auswirkung auf die Erkrankung sowie über ihre Wirksamkeit hinsichtlich der Prävention eines zunehmend schweren und sich chronifizierenden asthmatischen Atemwegsleidens.

Zurecht gilt die „rezidivierende obstruktive Bronchitis“ als eine typische Erkrankung des Kleinkindesalters vom 1. bis zum 4. Lebensjahr mit in der Regel günstiger Prognose – in etwa zwei Drittel der Fälle kommt es mit zunehmendem Alter zu einer spontanen Besserung mit Symptomabnahme und häufig dauerhafter Ausheilung – und dies auch ohne Therapie mit inhalativen Corticoiden. Somit könnte sich aus guten Gründen eine Beschränkung der Behandlung obstruktiver Bronchitiden auf kurzfristige schleimlösende und atemwegserweiternde symptomatische Therapie, etwa durch Inhalationen mit Kochsalzlösung unter Zusatz von altersdosierten Tropfen Salbutamol, vertreten lassen. Andererseits besteht weitgehende Einigkeit darüber, dass eine frühzeitig einsetzende und längerfristig konsequent durchgeführte antientzündliche Behandlung mit inhalativen Corticoiden bei beginnendem Asthma bronchiale eine wesentliche Voraussetzung für die Verhinderung einer Krankheitsverschlechterung und der Entwicklung bleibender Schädigungen der Lungenfunktion und somit späterer körperlicher Leistungsfähigkeit darstellt.

Somit können bereits im Vorschulalter für die Auslösung identischer oder sehr ähnlicher klinischer Atemwegssymptome drei Krankheitstypen („Phänotypen“) definiert werden, welche aufgrund unterschiedlichen Spontanverlaufes ein

ebenfalls unterschiedliches therapeutisches Vorgehen verlangen, um sowohl eine Über- als auch Unterbehandlung zu vermeiden:

1. Wiederkehrende obstruktive/spastische/asthmoide Bronchitis bis zum 3., höchstens 5. Lebensjahr. Keine Allergiebereitschaft in der Familiengeschichte, keine frühkindlichen neurodermitischen Hautsymptome, normale Lungenfunktionsverhältnisse. In der Regel günstige Prognose bei lediglich bedarfsweise kurzfristig durchgeführter symptomatischer schleimlösender und je nach Fall bronchialerweiternder Therapie. Kein Hinweis auf beginnendes oder drohendes Asthma bronchiale –



Allein gelassen! Gerade Jugendliche empfinden sich mit ihrer Krankheit isoliert und missverstanden.



Auch bei Asthma lohnt sich ein Blick in die Krankheitsgeschichte der Familie.

keine eindeutige Indikation für die Behandlung mit inhalativen Corticoiden.

2. Wiederkehrende obstruktive/spastische/asthmoide Bronchitis, die über das 3. bis 4. Lebensjahr hinaus besteht. Keine Hinweise auf familiäre oder individuelle Allergiebereitschaft, jedoch häufig schwer verlaufende frühkindliche Virusinfektionen. Über das Schulalter hinaus Auslösung obstruktiver Symptome durch virale Atemwegsinfekte. Im infektfreien Intervall auch bei Beschwerdefreiheit in der Regel Nachweis allgemeiner bronchialer Überempfindlichkeit sowie von Anstrengungsbeschwerden. In der Folge Gefahr der Entwicklung eines nicht-allergischen Asthma bronchiale.
3. Obstruktive Bronchitiden als Beginn eines allergischen Asthma bronchiale mit entsprechenden Hinweisen auf Allergiebereitschaft in der Familien- und Eigenanamnese. Bereits im Kleinkindesalter eingeschränkte Lungenfunktionsverhältnisse sowie bronchiale Überempfindlichkeit. Bei allergologischer Diagnostik häufig – jedoch noch nicht zwingend – erhöhte Werte für IgE sowie erste Sensibilisierungen gegen inhalative oder Nahrungsmittelallergene wie Hausstaubmilbe, Tierepithelien, Pollen, Milcheiweiß, Hühnereiweiß, Nüsse.

Unterschiede erkennen

Welche Kriterien erlauben dann aber eine für die langfristige Behandlungsplanung ausreichend verlässliche Differenzierung zwischen ersten Symptomen von Asthma bronchiale sowie vorübergehender obstruktiver Bronchitis? Fünf Kriterien helfen dabei.

1. Hinweise auf Allergiebereitschaft in der Familiengeschichte (bei Eltern, Geschwistern).
2. Allergien in der Eigenanamnese (frühkindliches atopisches Ekzem, Neurodermitis).
3. Eingeschränkte Lungenfunktionsverhältnisse auch im beschwerdefreien Intervall.
4. Nachweis von Allergenen im Rahmen allergologischer Diagnostik (IgE, Hautallergietests, Blutallergietests).
5. Nachweis bronchialer Überempfindlichkeit und damit Hinweise auf chronische Schleimhautentzündung auch im beschwerdefreien Intervall – durch geeignete Untersuchungsmethoden wie Methacholin-Provokation oder Bestimmung des ausgeatmeten Stickoxides (NO).

Die wichtigsten Unterscheidungskriterien zwischen den erwähnten Krankheitstypen beruhen somit auf einer sorgfältigen und regelmäßigen lungenfunktionellen Diagnostik zwischen

den infektbedingten obstruktiven Episoden und – im symptomfreien Intervall – wesentlicher Lungenfunktionsparameter wie bronchialer Überempfindlichkeit sowie jährlicher Neubeurteilung der allergologischen Verhältnisse.

Das kann helfen

Offenbar bestehen unterschiedliche Krankheitstypen frühkindlicher und späterer bronchialer Obstruktion. Diese sind bereits in früher Kindheit weitgehend vorbestimmt hinsichtlich Dauer und Schwere eines sich entwickelnden Asthma bronchiale sowie Veränderungen der Lungenfunktionswerte.

Bei wiederkehrender obstruktiver Bronchitis kann die bedarfsorientierte Anwendung von inhalativen Corticoiden infektausgelöste Episoden in Schwere und Dauer günstig beeinflussen. Da zwischen den infektbedingten Episoden jedoch in der Regel keine Schleimhautentzündung besteht, ist eine regelmäßige langfristige Therapie mit inhalativen Corticoiden bei ausschließlich virusinduzierter Obstruktion nicht effizient. Der Effekt bedarfsorientierter Gabe von Leukotrienantagonisten ist unsicher.

Bei frühkindlichem leichten bis mäßigen Asthma bronchiale bei atopischen Kleinkindern kann die frühe therapeutische Behandlung mit inhalativen Corticoiden die Entwicklung von Lungenfunktionsverlusten verhindern, die bronchiale Überempfindlichkeit reduzieren, eine bessere Asthmakontrolle mit längeren symptomfreien Phasen und weniger Gebrauch bronchialerweiternder Medikamente und somit höhere Lebensqualität erlauben. Diese Auswirkungen sind während der Behandlungsdauer bisher eindeutig bewiesen. Unterschiedliche Ansichten bestehen über die Beeinflussung von Asthmasymptomen sowie die Entwicklung krankhafter Lungenfunktionsverhältnisse während behandlungsfreier Phasen. Es darf erwartet werden, dass mit einer definitiven Antwort auf diese wichtige Frage im Rahmen der Auswertung derzeit laufender Langzeitstudien in den kommenden Jahren zu rechnen ist.



Dr. Hans Joachim Mansfeld
Hochgebirgsklinik Davos