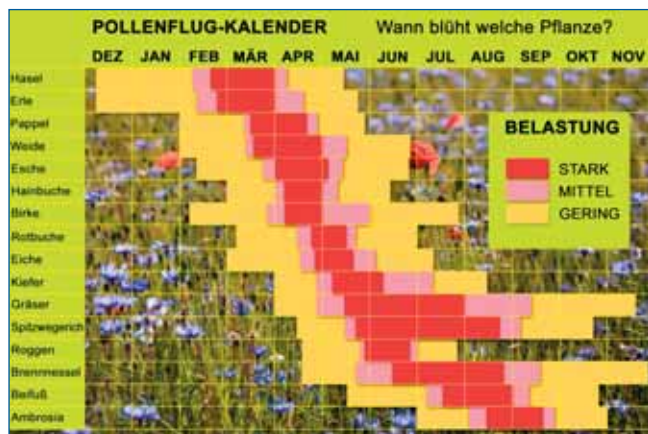


Wenn im Frühjahr die Pollen angreifen

Die Frühjahrszeit bietet für alle Patienten mit einer Allergie gegen Baum- oder Gräserpollen einige Besonderheiten.

Heuschnupfen und Asthma

Viele Patienten, die unter einem so genannten Heuschnupfen leiden, wissen nicht, dass sie auch ein Asthma haben. Wir können davon ausgehen, dass ca. 30% aller Patienten mit einem Heuschnupfen im Laufe ihres Lebens ein Asthma entwickeln, d.h. den so genannten Etagenwechsel durchmachen. Und doch wird an diesen Etagenwechsel viel zu selten gedacht, ganz einfach, weil die Symptome nicht immer typisch für ein Asthma sind. Sehr häufig deutet nur ein trockener Husten auf das Asthma hin und Luftnot fehlt! Viele „Heuschnupfenpatienten“ wissen deswegen leider nicht, dass der Etagenwechsel bereits erfolgt ist, und sie an der Kombination Heuschnupfen und Asthma erkrankt sind.



Die meisten Patienten umschreiben die Hinweise auf ihr Asthma, nämlich Piepsen, Husten oder sogar leichte Luftnot, als „allergischen Husten“ oder bezeichnen sie einfach als „Allergie“. Husten oder Luftnot in den frühen Morgenstunden oder unter oder nach Belastung bei einer bekannten Allergie kann der entscheidende Hinweis auf ein gleichzeitig vorliegendes Asthma sein; solche Symptome schreien nach Abklärung und Behandlung. Heuschnupfen ist eine intensive Belästigung, Asthma dagegen kann bedrohlich, ja sogar lebensbedrohlich sein!

Bekanntes Asthma und Frühjahr

Für Menschen mit einem allergischen Asthma wird diese Zeit immer wieder zur Problemzeit. Beim Asthma unterscheiden wir - vom Verlauf her gesehen - drei Formen:

1. das periodische Asthma, früher saisonales Asthma (zeitlich begrenztes Asthma)
2. das ganzjährige (perenniale) Asthma
3. das perenniale Asthma mit periodischer Verschlechterung als „Kombination“ aus 1 und 2.

Das ganzjährige, eher gleichförmig verlaufende Asthma ist für unsere Betrachtungen in diesem Beitrag uninteressant. Wird bei dieser Form des Asthmas die Therapie mit den richtigen Medikamenten und in der richtigen Dosis regelmäßig und korrekt durchgeführt, wird dieser Asthmatiker in der Regel keine Beschwerden verspüren müssen und ein Leben ohne Einschränkungen führen können.

Besonderes Interesse sollte aber dem periodischen und



dem ganzjährigen Asthma mit periodischer Verschlechterung gewidmet werden.

Das periodische Asthma

Wie bereits erwähnt, wird diese Form des Asthmas bei vielen Patienten nicht diagnostiziert und daher auch nicht behandelt, weil der Patient die Beschwerden nicht als asthmatisch erkennt und anerkennt und / oder der behandelnde Arzt die Krankheit nicht erkennt.

Das junge, von seiner Mutter begleitete Mädchen klagte beim ersten Besuch, seit kurzer Zeit unter Luftnot zu leiden. Die Verdachtsdiagnose eines Asthmas ist schnell gestellt. Der Vater ist Asthmatiker und die ältere Schwester geht regelmäßig zur Hyposensibilisierung zu einem Allergologen (Hautarzt). Der Allergologe habe die Schwester auch nach Husten oder Piepsen gefragt, was für die Zeit der Allergiesaison bejaht wurde. Der Kommentar des Kollegen, „ das grenzt an Asthma“

Das grenzt nicht an Asthma, das ist Asthma!

Die genannten Symptome schreien förmlich nach einer korrekten Asthmatherapie! Zu jeder Zeit kann sich hier explosionsartig ein lebensbedrohliches Ereignis entwickeln! Die Schauspielerin Charlotte Coleman, bekannt geworden durch den Film „Vier Hochzeiten und ein Todesfall“ mit Hugh Grant, verstarb 2003 innerhalb von 20 Minuten in einem Londoner Hotel an einem Asthmaanfall.

Mit ziemlich großer Wahrscheinlichkeit hätte dieser Todesfall verhindert werden können. Sollte Frau Coleman nicht zu den extrem seltenen sehr schwer betroffenen Asthmatikern gehört haben, kann als Grund für das tödliche Ereignis nur eine unzureichende anti-entzündliche Basistherapie – nicht verordnet / nicht oder nicht korrekt durchgeführt – angenommen werden!

Viele Patienten mit einem allergischen Asthma werden nur zur Hochzeit ihrer Allergiebelastung asthmatisch. Verspüren diese Patienten außerhalb dieser Zeit keine Beschwerden, muss außerhalb ihrer Saison selbstverständlich auch keine Therapie erfolgen.

Zählen diese Patienten außerhalb ihrer Saison aber zur Gruppe der Patienten mit einem leichten, nicht ständig auftretenden (intermittierenden) Asthma, gelten andere Empfehlungen. Diese Patienten dürfen allerdings nur selten Beschwerden haben, d.h. weniger als ein Mal am Tag und zwei Mal in der Nacht pro Monat mit nur kurz andauernden Verschlechterungen. Gemäß den Empfehlungen der Experten inhalieren diese Patienten ausschließlich zum Abfangen der seltenen Beschwerden einen kurz wirkenden Bronchodilatator (Medikament zu Erweiterung der Bronchien). In einem solchen Fall gehen wir eigentlich einen „faulen“ Kompromiss ein. Denn wir müssen davon ausgehen, dass die asthmatische Entzündung in der Schleimhaut der Atemwege ganzjährig vorhanden ist, aber nur zum Zeitpunkt der intensiven Allergenbelastung so stark zunimmt, dass sie zu spürbaren Beschwerden führt. Diese Patienten würden aus diesem Grund auch kaum dazu zu bewegen sein,

eine tägliche Therapie ganzjährig durchzuführen, wo sich ihre Beschwerden doch auf einen begrenzten Zeitpunkt beschränken.

Zur Zeit ihres periodisch auftretenden Asthmas muss dann aber eine regelmäßige Behandlung erfolgen, die gewährleistet, dass die asthmatische Entzündung ausreichend eingedämmt wird.

Diese Vorgehensweise ist nur gerechtfertigt, wenn wir sicher sind, dass das Asthma in der „beschwerdefreien“ Zeit auch wirklich ruhig ist. Die fehlende oder praktisch fehlende Entzündung außerhalb der jeweiligen persönlichen Saison muss mit Hilfe der Lungenfunktion, der Peak-Flow Messung durch den Patienten oder durch eine NO-Messung (Stickoxid in der Atemluft) bestätigt werden.

Gehen wir bei fehlenden Beschwerden leichtfertig von einer fehlenden Aktivität des Asthmas aus, ohne den Nachweis erbracht zu haben, besteht die Gefahr, dass der Patient plötzlich und völlig unerwartet einen Asthmaanfall erleiden könnte, nämlich zu einem Zeitpunkt, wo er schutzlos, d.h. ohne Therapie, einem (individuellen) Auslöser ausgeliefert ist.

Lässt sich auch im beschwerdefreien Zeitraum die Aktivität eines Asthmas nachweisen, handelt es sich nicht mehr um ein zeitlich begrenztes periodisches Asthma, sondern um ein ganzjähriges Asthma mit periodischer Intensivierung; es sollte dann auch ganzjährig mit wechselnder Intensität therapiert werden (siehe Seite 10).

Im Idealfall beginnt der Patient mit einem periodischen Asthma seine Therapie wegen der verzögert eintretenden Wirkung der Kortisone zur Inhalation (ICS) ca. 2-3 Wochen vor Beginn „seiner“ Saison, so dass sich eine Schleimhautentzündung gar nicht erst entwickeln kann. Er wird dann „seine“ Zeit ohne Beschwerden überstehen können. Wird die Behandlung jedoch nicht früh genug, also 2-3 Wochen vor Beginn des Pollenfluges begonnen, kann sich eine asthmatische Entzündung entwickeln. Das „Großfeuer“ der Entzündung muss dann zuerst einmal



mit „schweren“ Geschützen bekämpft werden. Es werden mehr und auch stärkere Medikamente erforderlich, um zunächst einmal eine erste Linderung – die lodernen Flammen der Entzündung müssen gelöscht werden - herbeizuführen. Am Ende seiner Saison kann der Patient seine Behandlung dann wieder bis zu seiner nächsten Saison einstellen. Das beste Vorgehen für die Behandlung eines periodischen Asthmas sieht folgendermaßen aus:

1. Jahr: Feststellung und Behandlung des periodischen Asthmas

- Ermittlung von Beginn und Ende der Beschwerden
Meistens geben die Erhebung der Vorgeschichte und Fragen zur Allergie und / oder der Allergietest die entscheidende Auskunft.
- Auswahl eines für den Patienten geeigneten Inhalationssystems
- Erläuterung und Demonstration des korrekten Inhalationsvorgangs
Wenn eben möglich, sollte der Demonstration ein Nachmachen mit einem Demo-Gerät und Einmalmundstück erfolgen. Diese Einweisung sollte durch die Mitgabe eines Flyers zum verordneten Inhaliergerät vervollständigt werden. Unter www.admit-online.info sind neben allgemeinen Informationen spezielle Informationen zu den unterschiedlichen Inhaliergeräten zu finden.
- Beginn einer antientzündlichen Therapie mit einem Kortison zur Inhalation (ICS) in ausreichend hoher Dosis
Bei den meisten Patienten reicht die ein- oder zweimalige Inhalation einer Dosis eines ICS aus. Möglicherweise müssen zum Zeitpunkt der ersten Behandlung die aktuellen Beschwerden mit einer intensiveren Therapie abgefangen werden. Je nach Dauer dieser Periode kann die Intensität der Behandlung nach erfolgter und anhaltender Stabilisierung vorsichtig reduziert werden, um die minimal notwendige Dosis für folgende Perioden zu ermitteln.
- Anpassung der Therapie an den aktuellen Schweregrad der Beschwerden und Überprüfung des Inhalationsvorgangs bei weiteren Vorstellungen in der Praxis
- Beenden der Therapie zum Ende der Periode
- Rechtzeitig einen Termin mit dem behandelnden Arzt vereinbaren, d.h. mindestens 3–4 Wochen vor dem vermuteten Beginn der nächsten Periode, zur Besprechung des richtigen Vorgehens bzw. zum Auffrischen der Informationen vom Vorjahr.





Ist die für den Patienten beste Therapie erarbeitet, kann sie im darauf folgenden Jahr in dieser Form begonnen werden. Die beim ersten Mal erforderliche Akutbehandlung kann unterbleiben.

2. Jahr und Folgejahre:

- Verordnung der erforderlichen Therapeutika, sofern nicht mehr vorhanden oder Verfallsdatum abgelaufen
- Auffrischen und Kontrolle der Inhalationstechnik, wenn eben möglich mit dem noch vorhandenen Inhalationssystem der letzten Periode
- Rechtzeitiger Beginn der Therapie mit der im Vorjahr ermittelten Minimaldosis

Sollte die Allergenbelastung im Vergleich zum Vorjahr dann intensiver ausfallen, kann ganz einfach durch Anheben der Dosis eine stärkere Entwicklung der Beschwerden verhindert oder abgefangen werden.

Die Erfahrung lehrt uns bedauerlicherweise noch allzu oft andere Verläufe eines periodischen Asthmas. Jedes Jahr hoffen die Patienten wieder, dass keine Beschwerden auftreten, die Krankheit verschwunden ist, oder sie warten jedes Jahr mit dem Therapiebeginn erneut, bis dann doch die ersten Beschwerden auftreten. Die notwendige vorsorgliche Behandlung wird dann leider zu spät begonnen. Die Folge dieses falschen Verhaltens ist, dass der Patient in der Regel wegen stärkerer Beschwerden wesentlich intensiver, vielleicht sogar Notfallmäßig oder sogar im Krankenhaus behandelt werden muss und für die Dauer bis zur vollen Wirkung der Therapeutika seine Beschwerden in abgeschwächter Form ertragen müssen. Dieses Verhalten ist für alle Beteiligten nicht nur ineffektiv, sondern auch kostenintensiv und vermeidbar.

Von einer medizinisch schon lange nicht mehr vertretbaren Variante der gleichzeitigen Therapie von Rhinokonjunktivitis (Heuschnupfen) und begleitendem Asthma, der intramuskulären Injektion eines Depot-Kortisonpräparates, muss dringend abgeraten werden. Die schnelle und unkritische Injektion ist zwar bequem für Arzt und Patient, birgt aber eine Reihe von Gefahren. Die aus dem



Depot in den gesamten Körper gelangende Menge des Kortisons ist für eine gewisse Zeit nach der Injektion höher als zur Behandlung erforderlich und für eine gewisse Zeit vor der Erschöpfung des Depots unzureichend niedrig. Gleichzeitig ist die körpereigene Produktion von Kortison länger unterdrückt als das Depot vorhanden ist. Der Patient ist ohne Kortison und damit schutzlos der Umgebung ausgeliefert. Eine Wiederholung der Injektion ist vorprogrammiert, verstärkt aber in erster Linie die Gefahren! Neben den allgemeinen Problemen dieser Form der Behandlung besteht das Risiko einer unwiderruflichen Schädigung der Nebennierenrinde.

Das ganzjährige Asthma mit periodischer Verschlechterung

Einige der Patienten mit einem ganzjährigen (perennialen) allergischen Asthma machen regelmäßig zu ganz bestimmten Zeiten im Jahr „ihre“ häufig voraussehbare (!) Verschlechterung durch.

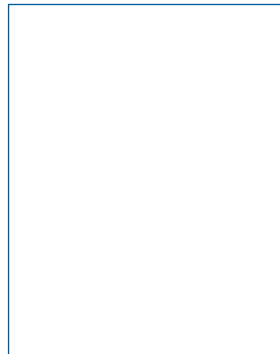
Die stärkere Belastung mit bestimmten Auslösern, meistens Pollen, hat dann die Intensität der Schleimhautentzündung gesteigert. Damit ist die bisher ausreichende Behandlung unzureichend geworden. Die Behandlung muss für diesen Zeitraum vorübergehend angehoben werden. Geschieht dies frühzeitig, kann diese Verschlechterung vielleicht verhindert werden. Sinkt die Intensität der Belastung und damit die Schleimhautentzündung wieder auf das „Normalmaß“ ab, kann auch die Intensität der Behandlung wieder auf das vorherige Maß reduziert werden.

Die Aufgabe des behandelnden Arztes besteht über die Jahre der Betreuung darin, in partnerschaftlicher Zusammenarbeit mit dem Patienten sich langsam aber sicher an die optimale Therapie heranzutasten. Jährlich auftretende Besonderheiten müssen dann zusätzlich beachtet werden. Im Idealfall weiß der Patient genau, zu welchem Zeitpunkt er seine Therapie nach oben anpassen muss, um dann auch zu seiner Problemzeit ausreichend geschützt zu sein. Genauso kennt er auch den Zeitpunkt, zu dem er seine Behandlung wieder auf das



vorher ausreichende Maß reduzieren darf. Jahreszeitliche Entwicklungen von asthmatischen Beschwerden fordern Arzt und Patient. Auch hier gilt die Feststellung, dass Beschwerden beim Asthma nicht mehr sein müssen oder nur eine ausgesprochene Seltenheit sein dürfen. Bei rechtzeitigem Beginn einer Therapie bei periodischem Asthma oder rechtzeitiger Steigerung einer laufenden Therapie bei einem ganzjährigen Asthma mit periodischer Eskalation kann der Patient die Entwicklung von Beschwerden verhindern. Beschwerden oder sogar Notfallbehandlung müssen bei korrektem Verhalten nicht sein. Ein auf die geschilderte Weise durchgeführte Therapie ist zwar mit etwas mehr Aufwand, auf jeden Fall aber mit weniger Beschwerden und Medikamenteneinsatz und damit auch mit einer Verringerung der Kosten verbunden.

Dr. med. Thomas Hausen,
Essen
Arzt für Allgemein- und
Sportmedizin



Weißes Sputum spricht gegen Antibiotika

Sollte man bei einem Patienten mit akuter Exazerbation einer chronischen Bronchitis ein Antibiotikum verordnen? Die Farbe des Auswurfs kann einen Hinweis geben.

Bei akuter Exazerbation einer chronischen Bronchitis (AECB) kann die Farbe des Sputums ein Indikator dafür sein, ob ein Patient von einem Antibiotikum profitieren würde.

Bei grünem oder gelbem Sputum ist die Chance deutlich größer als bei weißem Sputum. Verfärbtes Sputum ist aber keinesfalls ein Beweis für eine bakterielle Infektion, berichten spanische Ärzte.

Sie haben sechs Studien analysiert, in denen verschiedene Antibiotika bei AECB verglichen worden waren.

Bei rot-braunem Sputum wurden in 39 Prozent der Proben Bakterien entdeckt. Durch die Farbe des Auswurfs konnte bei den AECB-Patienten die Anwesenheit von Keimen besser vorhergesagt werden als durch ein eitriges Sputum oder durch eine Zunahme der Atemnot.

Verglichen mit weißem Sputum ließen sich mit grünem oder gelbem Sputum Bakterien mit einer Sensitivität von 95 Prozent erkennen.

Die eindeutigen Ergebnisse dieses Nachweises betrug allerdings nur 15 Prozent. Das heißt, mit dem Farbencheck gibt es viele falsch-positive Befunde.

Nicht verfärbtes, also weißes, Sputum ist der Studie zufolge jedoch ein gutes Zeichen, dass keine bakterielle Infektion vorliegt. Bei diesen Patienten kann nach Ansicht der Wissenschaftler wahrscheinlich auf Antibiotika verzichtet werden.

Quelle: Ärzte Zeitung 14.11.2011