

Asthma im Kindesalter

„Ein Prozess des Umdenkens ist eingetreten“

Im letzten Jahr hat sich in der pädiatrischen Pneumologie auch jenseits der COVID-19-Pandemie einiges verändert. Neue Studien zeigen, dass nicht jedes respiratorische Problem Asthma sein muss. Und aktualisierte Leitlinien bringen frischen Wind in die Pharmakotherapie.

Belastungsabhängige respiratorische Beschwerden bei Kindern werden nicht immer durch ein Belastungsasthma („exercise induced bronchoconstriction“) hervorgerufen, berichtete Professor Antje Schuster vom Universitätsklinikum Düsseldorf auf dem diesjährigen Allergo Update. Nur gut die Hälfte von 214 Kinder, die wegen solcher Beschwerden an eine pädiatrisch-pneumologische Abteilung einer Universitätsklinik in der Schweiz überwiesen worden waren, hatte am Ende ein

alleiniges Asthma (**Abb. 1**) [1]. Die Diagnose des Zuweisers wurde in 54% der Fälle geändert. Besonders häufig waren funktionelle Atemdysfunktionen – etwa eine induzierbare Larynxobstruktion (ILO, entspricht „vocal cord dysfunction“) – die physiotherapeutisch statt medikamentös behandelt werden können. Eine passgenaue Therapie braucht also die adäquate Diagnostik, betonte Schuster. In der Studie war in der Klinik neben Anamnese und körperlicher Untersuchung bei fast allen Pati-

enten eine Spirometrie und eine Bodyplethysmografie durchgeführt worden sowie das exhalierete NO bestimmt worden, bei einem Drittel fand auch eine Belastungsprovokation statt.

Neues aus der NVL Asthma

Im September 2020 erschien die vierte Auflage der Nationalen Versorgungsleitlinie (NVL) Asthma, die auch für pädiatrische Patienten als mögliche Option für eine Langzeittherapie ab einem Alter von zwölf Jahren eine Bedarfstherapie mit der Kombination eines inhalativen Kortikosteroids (ICS) mit dem langwirksamen β -Agonisten (LABA) Formoterol nennt. „Da ist ein Prozess des Umdenkens eingetreten“, konstatierte Schuster. Kürzlich hatte eine schwedische nationale Kohortenstudie belegt, dass eine häufige Verordnung von kurzwirksamen β -Mimetika (SABA) bei Jugendlichen ab zwölf Jahren und Erwachsenen mit Asthma mit einem erhöhten Mortalitätsrisiko einhergeht. In der Studie setzte ein Drittel der Patienten zu viel SABA ein [2].

Zum anderen zeigte die SYGMA-1-Studie bei Patienten mit leichtem Asthma (ca. 10% Jugendliche ab zwölf Jahren), dass eine Bedarfsmedikation mit ICS plus Formoterol eine bessere Asthmakontrolle ermöglicht als das SABA Terbutalin. Gleichzeitig war die Exazerbationsrate ähnlich gut kontrolliert wie mit einer ICS-Dauertherapie mit Budesonid plus Terbutalin bei Bedarf [3]. Die Bedarfstherapie aus ICS und Formoterol ging dabei aber mit einem verringerten ICS-Bedarf einher. Eine Post-hoc-Analyse der Studie belegte zudem eine Reduktion schwerer Exazerbationen nach Tagen mit erhöhtem Verbrauch der Bedarfsmedikation als Zeichen einer sich möglicherweise ankündigenden Exazerbation [4]: Schwere

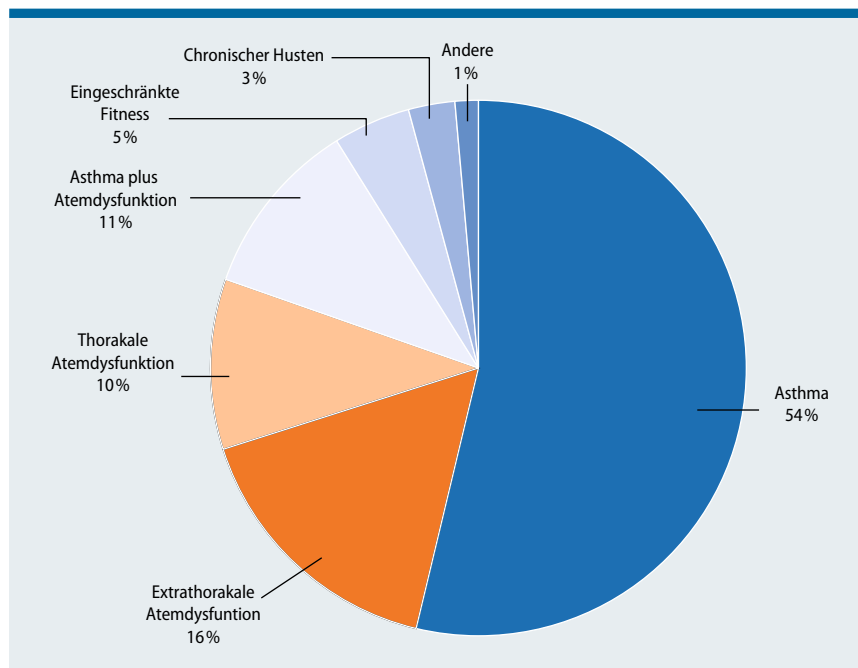


Abb. 1: Belastungsabhängige respiratorische Symptome bei 2- bis 17-Jährigen und ihre Ursachen in einer schweizerischen Kohorte (mod. n. [1])

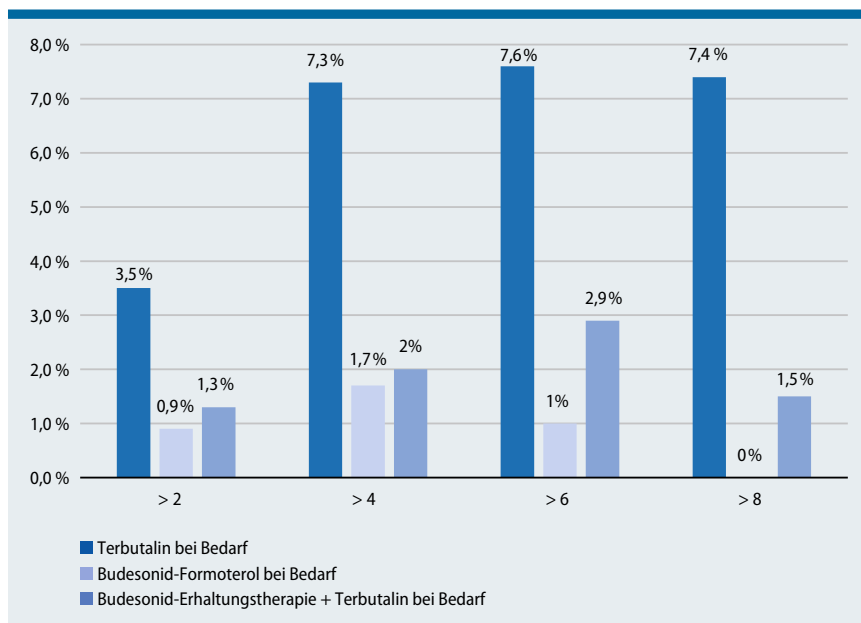


Abb. 2: Schwere Exazerbationen innerhalb von 21 Tagen nach einem ersten Tag mit erhöhter Inhalationsfrequenz (> 2 Inhalationen, mod. n. [4])

Exazerbationen innerhalb von 21 Tagen waren mit der Terbutalin-Bedarfsmedikation wesentlich häufiger als mit den anderen beiden Optionen und mit der Budesonid-Formoterol-Bedarfsmedikation am niedrigsten (**Abb. 2**). Wahrscheinlich hat die bedarfsweise ICS-Gabe einen zeitgerechten antiinflammatorischen Effekt, der das Exazerbationsrisiko vermindert, vermutete Schuster. Sie bezeichnete die ICS-Formoterol-Fixkombination bei Bedarf eine bedenkenswerte Alternative für Patienten mit Asthma im Alter ab zwölf Jahren.

Neuropsychiatrische Symptome beachten

Im März 2020 verfügte die amerikanische Arzneimittelbehörde FDA eine „Black Box“-Warnung für den Leukotrienrezeptorantagonisten (LTRA) Montelukast. Hintergrund war ein fast verdoppeltes Risiko für neuropsychiatrische Ereignisse in einer Fall-Kontrollstudie – von Angst und Schlafstörungen bis hin zu Suizidalität [5]. In einer niederländischen Pharmakovigilanzstudie waren Montelukast und Fluticason unter den Top 5 in der Liste von Medikamenten, für die psychiatrische Nebenwirkungen bei pädiatrischen Patienten gemeldet worden waren [6]. Allerdings muss ins-

gesamt bei kindlichen Asthma mit Angst und Depression als Komorbidität gerechnet werden, betonte Schuster. In einer aktuellen Studie litten 13,1 % der asthmakranken Kinder unter Angst, 8 % unter Depression und 16,5 % unter beidem [7]. Besonders betroffen waren Kinder mit unkontrolliertem Asthma. Ob medikamenteninduziert oder nicht – neuropsychiatrische Symptome sollten mit in das Langzeitmanagement von pädiatrischen Patienten mit Asthma einbezogen werden, riet die Expertin.

Tiotropium als Add-on-Therapie?

Wird bei Stufe 4 des Stufenschemas zur Asthmatherapie eine Add-on-Therapie zusätzlich zur ICS-Erhaltungstherapie notwendig, könnte dem langwirksamen inhalativen Anticholinergikum (LAMA) Tiotropium in Zukunft auch bei pädiatrischen Patienten mehr Bedeutung zukommen. Nach einer Übersichtsarbeit führt das LAMA wie auch LABA als Add-on-Therapie zu einer besseren Lungenfunktion als ein LTRA [8]. Die Häufigkeit von Exazerbationen mit Notwendigkeit oraler Kortikosteroide reduzierte nur Tiotropium, LABA und LTRA waren in dieser Beziehung nicht wirksamer als Placebo, so Schuster. Alle drei Add-on-Therapien waren vergleichbar verträglich.

Eine großzügigere Verordnung von Tiotropium ist derzeit noch durch die Zulassung limitiert. Schuster rief aber dazu auf, bevor Stufe 5 des Therapieschemas erreicht wird, alle Optionen der Stufe 4 – also auch Tiotropium – auszuschöpfen, um hohe Dosen von Kortikosteroiden möglichst zu vermeiden. *Friederike Klein*

Literatur

1. Pedersen ESL et al. *Pediatr Pulmonol* 2021; 56:217-25
2. Nwaru BI et al. *Eur Respir J* 2020;55:1901872
3. O'Byrne PM et al. *N Engl J Med* 2018;378:1865-76
4. O'Byrne PM et al. *Lancet Respir Med* 2020; 9:149-58
5. Glockler-Lauf SD et al. *J Pediatr* 2019;209: 176-82
6. Ekhardt C et al. *Arch Dis Child* 2020;105:749-55
7. Lakshminarasappa DS et al. *Pediatr Pulmonol* 2021;56:378-83
8. Vogelberg C et al. *Respir Res* 2020;21:19

Basierend auf: „Asthma im Kindesalter“, virtuelles „11. Allergologie-Update-Seminar“, 19. und 20. März 2021

Pollen – wohl keine Coronaviren-Booster!

Erwachsene und Kinder mit einer allergischen Rhinokonjunktivitis oder allergischem Asthma haben kein erhöhtes Risiko für eine SARS-CoV-2-Infektion, betonte Prof. Karl-Christian Bergmann vom Allergie-Zentrum Charité in Berlin auf dem Allergo-Update.

Eine Stellungnahme des Polleninformationsdienstes vom 10. März 2021 tritt ausdrücklich dem durch einige Publikationen erzeugten Eindruck entgegen (www.pollenstiftung.de/news/). Pollen tragen keine Coronaviren und es gab im vergangenen Jahr auch keine Korrelation von Pollenflug und COVID-19-Infektionen, sagte Bergmann. Bei einer SARS-CoV-2-Infektion hätten Pollenallergiker auch keinen schwereren Verlauf oder ein höheres Sterberisiko als Nicht-Allergiker.

Friederike Klein

