

Patienten-Bibliothek®

Arzt und Patient im Gespräch – mehr wissen, aktuell und kompetent informiert



Asthma

COPD?

Atemwege und Lunge

Asthma bronchiale

Verwechslungsgefahr:
Asthma oder COPD?

Klimawandel

Arzneimittelunverträglichkeit

Leitlinie

Deutschland 6,50 €



Winter 2018
5. Jahrgang

Ausgabe 3

Patientenzeitschrift für Atemwegs- und Lungenerkrankungen
kostenfrei bei Ihrem Hausarzt, der Apotheke und in der Klinik

PHILIPS

Asthma-Management



Kleine Helfer für einen entspannten Alltag – trotz Asthma

Um Asthma unter Kontrolle zu bekommen und Eltern und Kindern ein besseres Gefühl zu geben, hat Philips Lösungen entwickelt, die nicht nur die Medikamenteneinnahme erleichtern und die Wirkung verbessern können, sondern auch dabei unterstützen eine Verschlechterung des Zustands des Kindes frühzeitig zu erkennen.

Mehr Informationen unter:
www.philips.de/asthma-management

innovation  you



Sami der Seehund



InnoSpire Go



OptiChamber Diamond



PersonalBest Peak Flow Meter

Asthma bronchiale

Asthma bronchiale ist eine der häufigsten chronischen Erkrankungen. Die Erkrankung zeichnet sich durch eine dauerhafte Entzündung der Bronchialschleimhaut aus, die zu einer Überempfindlichkeit der Atemwege führt. Folge ist ein Anschwellen der Schleimhaut und eine übermäßige Schleimproduktion, die zu einer Verengung der Bronchien führt. Bei einem akuten Asthmaanfall verkrampft sich die Bronchialmuskulatur, das Ausatmen fällt schwerer, Luftnot tritt auf.

Beschwerden wie ständiger Hustenreiz, pfeifende Atmung, Engegefühl in der Brust, zäher Schleim und eine anfallsweise auftretende Atemnot sind typische Merkmale des Asthmas.

Asthmaformen

Generell werden zwei Formen von Asthma unterschieden:

Allergisches Asthma

Beim allergischen (intrinsic) Asthma sind eine oder mehrere Allergien Auslöser für das Asthma. Typisch sind z. B. Hausstaubmilben, Tierhaare, Pollen und Schimmelpilze.

Nicht-allergisches Asthma

Ein nicht-allergisches (extrinsic) Asthma kann beispielsweise durch Infekte ausgelöst und/oder verstärkt werden.

Im Erwachsenenalter liegen häufig beide Asthmaformen gleichzeitig vor.

Mögliche Auslöser:

- **Allergien**
z. B. Pollen, Hausstaubmilben, Tiere, Schimmelpilzsporen, Nahrungsmittel
- **Infekte**
Viren, Bakterien und andere Erreger
- **Reizstoffe**
Tabakrauch, Sprays, Koch- und Bratendünste, kalte Luft, starke Düfte/Gerüche, hohe Ozonwerte usw.
- **Arzneimittel**
Acetylsalicylsäure (ASS-Intoleranz)
- **Sonstige**
Stäube, Stress, Anstrengung, gastrooesophagealer Reflux (Rückfluss von Magensaft in die Speiseröhre)

Inhalt

Asthma im Erwachsenenalter	
Verwechslungsgefahr COPD	04
Lungeninformationsdienst	
– Lungenforschung aktuell	
Stillen für eine gesunde Lunge im Erwachsenenalter?	03
Asthma bronchiale besser verstehen	10
Leitlinie: Neue Empfehlungen	11
Klimawandel	
Neue Herausforderungen	12
Arzneimittelunverträglichkeit	
Gut zu wissen	14
Asthma und ASS-Intoleranz ...wenn ASS dem Körper schadet	16
Kurz und wichtig	
Unterstützung: Lebenshilfe und Heiterkeit im Alltag	18
Barrierefreiheit ...auch in der Pneumologie	18
Bestell- und Lieferservice	19

Impressum

Herausgeber
Offene Akademie & Patienten-Bibliothek gemeinnützige GmbH
Unterer Schrankenplatz 5, 88131 Lindau
Telefon 08382 – 409234
info@Patienten-Bibliothek.de
www.Patienten-Bibliothek.de

Hinweis: In der Sonderausgabe Asthma bronchiale 2018 finden Sie lediglich eine verkürzte Version des Impressums. Alle Angaben zur Redaktion, Erscheinungsweise, Medienpartnern sowie Bildnachweise sind in der Patienten-Bibliothek, COPD in Deutschland Winterausgabe 2018 und unter www.Patienten-Bibliothek.de veröffentlicht.

Asthma im Erwachsenenalter

Verwechslungsgefahr COPD



Das Gespräch mit **Nobert K. Mülleneisen**, niedergelassener Facharzt für Innere Medizin, Allergologie, Lungen- und Bronchialheilkunde, Sportmedizin und Umweltmedizin, Asthma- und Allergiezentrum Leverkusen begann zunächst mit einer Frage an mich, die Redakteurin: warum ich das Thema Asthma auf den Schwerpunkt Erwachsenenalter lenke, da dies doch allgemein gar nicht im Fokus stehe.

Die Antwort findet sich sowohl in der vorliegenden als auch den vorangegangenen Ausgaben der „COPD in Deutschland“. Nicht wenige der portraitierten Patienten haben in ihrer Kindheit Asthma und später im Alter COPD entwickelt. Grund genug, nicht nur das Thema COPD, sondern auch das Thema Asthma im Erwachsenenalter näher zu beleuchten.

Mehr Aufmerksamkeit auf Asthma im Erwachsenenalter zu lenken, ist allerdings auch das Anliegen von Norbert Mülleneisen. Ganz aktuell plant er beispielsweise eine Fortbildung für junge Assistenzärzte in Krankenhäusern zu den Abgrenzungsmerkmalen von Asthma und COPD...

Warum sollte Asthma im Erwachsenenalter stärker im Fokus stehen?

Wir stellen zunehmend fest, dass in Krankenhäusern die Expertise zur Erkennung eines Asthmas verloren geht. Während Asthma bei einem Lungenfacharzt die am häufigsten und Heuschnupfen die am dritthäufigsten gestellte Diagnose ist, sind in Krankenhäusern vor allem schwer erkrankte COPD-Patienten zu finden, Heuschnupfenpatienten und Patienten mit allergischem Asthma hingegen kommen in Krankenhäusern nicht vor, ein schwerer Asthmaanfall möglicherweise nur 1-2 mal jährlich.

Aufgrund dieser Entwicklung nimmt die Expertise für Asthma in Krankenhäusern deutlich ab, was im Umkehrschluss bedeutet, Patienten mit Atemnot werden zu schnell als COPD-Patienten angesehen - ein Potenzial für Fehldiagnosen.

Ursache für diese Problematik sind zu mindestens teilweise auch strukturelle Vorgaben, denn liegt ein Asthma vor, können Krankenhäuser die erbrachten Leistungen

nicht abrechnen, bei Vorliegen einer COPD werden die Kosten hingegen erstattet. Bei vielen Patienten mit einem Mischbild aus Asthma und COPD, wird daher verständlicherweise der Fokus mehr auf die COPD gelegt.

Grundsätzlich kann also formuliert werden: Asthma ist keine Kinderkrankheit?

Asthma ist keinesfalls eine Kinderkrankheit, wie oft angenommen wird. Erwachsene können ebenso wie Kinder an Asthma erkranken. Es ist keine Seltenheit mehr, dass selbst Patienten im Rentenalter mit 60 oder 70 Jahren erstmals symptomatisch werden und ein allergisches Asthma entwickeln.

Es handelt sich hierbei auch nicht um eine ungewöhnliche Situation, was jedoch gerne verkannt wird. Die für Asthma und COPD ähnlichen Symptome werden im Erwachsenenalter schnell als COPD gedeutet, insbesondere wenn ein Patient geraucht hat.

Ein klassisches Beispiel zum besseren Verständnis:

Eine 59-jährige Patientin kam nach einem Krankenhausaufenthalt aufgrund schwerster Luftnot in meine Praxis. Da die Patientin lange Zeit geraucht hatte, war die Verdachtsdiagnose einer fortgeschrittenen COPD gestellt worden, mit einer möglichen Notwendigkeit für eine Langzeit-Sauerstofftherapie. Im Gegensatz zu dem in der Klinik gemessenen Lungenfunktionswert FEV1 von 33 % konnte bei Messung in der Praxis ein dem Alter entsprechender FEV1-Wert von 88 % festgestellt werden. Die Patientin äußerte zudem, sie habe im Vorfeld der akuten Situation noch nie Luftnot verspürt. Tatsächlich hatte diese Patientin einen schwersten Asthmaanfall erlitten.

Anfallartige Luftnot ist ein typisches Anzeichen für das Vorliegen eines Asthmas. Chronische Bronchitis, also Husten und Auswurf sowie mehr oder weniger dauerhafte Luftnot hingegen sind Anzeichen für eine COPD. Lungenfunktionsverlaufsmessungen dokumentieren, ob ein FEV1-Wert konstant niedrig bleibt oder sich dieser wieder deutlich verbessert.

Was sind die häufigsten Risikofaktoren für ein Asthma, das erst im Erwachsenenalter auftritt?

Grundsätzlich haben etwa 20 % aller Bundesbürger eine entsprechende genetische Veranlagung, im Laufe ihres Lebens ein Asthma bronchiale zu entwickeln. Allerdings werden nur diejenigen, bei denen ein weiterer Risikofaktor hinzukommt, auch tatsächlich symptomatisch krank.

Die Liste des möglichen zweiten Risikofaktors ist allerdings überaus lang. Zu den möglichen Risikofaktoren zählt z. B. das Rauchen, aber auch Infekte und insbe-



sondere Allergien. Ebenso gehört der regelmäßige Kontakt zu Stäuben und Umweltgiften dazu, ein typisches Beispiel bei Hausfrauen ist etwa der vielfältige Einsatz von Spraydosen jeglicher Art wie Reinigungsspray, Fensterspray, Backofenspray, Sanitärreiniger usw. Fortgesetzt werden kann die Liste der Risikofaktoren mit kalter Luft, Stress, Ärger, Konflikten und Anstrengung.

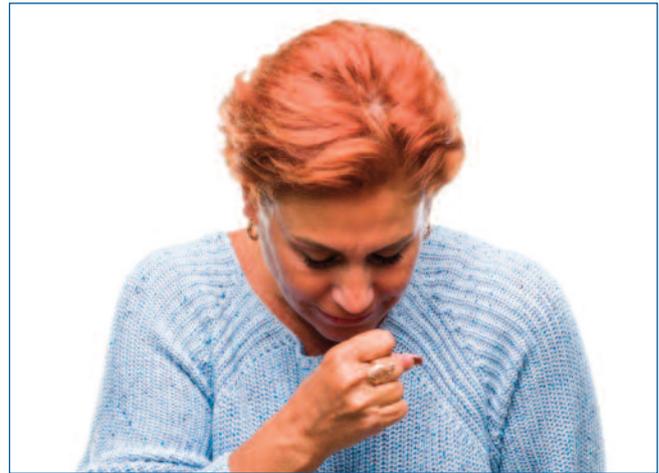
Nachweislich entwickeln jedoch „nur“ 8,7 % von den möglichen 20 % im Verlauf ihres Lebens tatsächlich ein Asthma. Woraus sich ableiten lässt, dass zwar prinzipiell mehr Menschen eine Veranlagung für ein Asthma haben, aber kein weiterer auslösender Risikofaktor hinzugekommen ist und ebenso, dass durch eine Vermeidung von Risikofaktoren weitere Asthmaerkrankungen vermieden werden könnten.

Welche Anzeichen treten bei einem Asthma auf, wann sollte ein Arzt hinzugezogen werden?

Ein erstes Anzeichen ist häufig die sog. Hustenvariante des Asthmas oder englisch „cough variant asthma“. Damit ist eine Art Hüsteln gemeint bzw. ein stetig trockener Dauerhusten.

Manche Patienten entwickeln dieses Anzeichen immer im Frühjahr, wenn die Pollen fliegen, andere wiederum verstärkt bei Infekten oder wenn sie in einen verrauchten Raum kommen oder aber bei Wetterwechsel zwischen kalt und warm. Das dauerhafte oder immer wiederkehrende Hüsteln ist ein Kardinalsymptom des Asthmas.

Dem Husten liegt eine Überempfindlichkeit zugrunde, die zu einer Verkrampfung der Muskulatur in den Bronchien führt. Verkrampfen sich die Bronchien nur leicht, müssen die Flimmerhärchen, die als Reinigungssystem der Bronchien 24 Stunden täglich Richtung Kehlkopf nach oben schlagen, diese verengte Stelle passieren, was den Reiz zum Hüsteln auslöst.



Die Veranlagung bleibt ein Leben lang

Verkrampfen sich die Bronchien hingegen stark, ist Luftnot die Folge. Diese Symptomatik ist Anzeichen eines fortgeschrittenen Asthmas bronchiale. Die Ursache eines immer wiederkehrenden oder über Monate anhaltenden Hustens bzw. Hüstelns sollte daher durch einen Arzt abgeklärt werden.

Wie kann eine Veranlagung für ein Asthma bronchiale festgestellt werden?

Hierfür stehen verschiedene Testverfahren zur Verfügung, die jedoch eines gemeinsam haben: eine unspezifische inhalative Provokationstestung. Mit diesen Verfahren kann festgestellt werden, ob eine übersteigerte Reaktionsbereitschaft des Organismus auf einen exogenen (von außen kommenden) Reiz auf die Bronchien vorhanden ist.

Wird eine sog. Hyperreagibilität der Bronchien festgestellt, erfolgt anschließend die Suche nach dem spezifischen Auslöser.

Eine unspezifische Provokationstestung sollte bei allen Patienten vorgenommen werden, die über Luftnot oder dem für Asthma typischen Hüsteln klagen.

Ein Asthma in der Kindheit verliert sich im heranwachsenden Alter oftmals und gerät somit gerne in Vergessenheit. Was sollte man jedoch wissen?

Eine Veranlagung zum Asthma bronchiale besteht ein Leben lang, auch wenn sich das Problem im Kindesalter scheinbar mit dem Heranwachsen „auswächst“.

Das vermeintliche „Auswachsen“ eines Asthmas steht in Zusammenhang mit der Veränderung des Atemwegdurchmessers der Bronchien. Die Fließgeschwindigkeit durch ein „Schlauchsystem“ wie den Bronchien ist unter anderem abhängig von dessen Durchmesser. Bereits

kleinste Veränderungen haben eine große Auswirkung auf den Atemfluss.

Während ein neugeborenes Kind nur einen winzig kleinen Atemwegsdurchmesser hat, vergrößert sich dieser während der Zeit des Heranwachsens und die Probleme einer Hyperreagibilität der Bronchien verkleinert sich somit – zumindest relativ betrachtet.

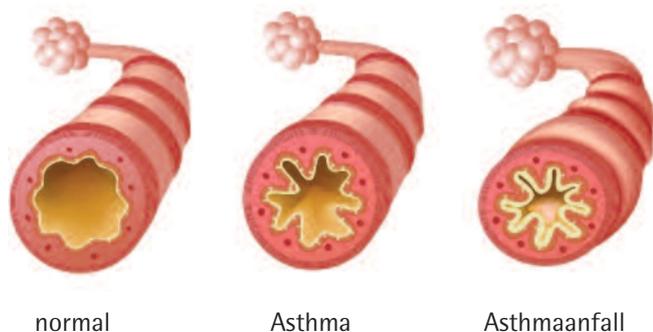
Kommen im Laufe des Erwachsenenalters wieder bronchienverengende Faktoren hinzu, wie etwa das Rauchen, ein Beruf mit belastenden Dämpfen etc., treten erneut Beschwerden auf. Selbst der natürliche Alterungsprozess der Lunge kann eine erhöhte Sensibilität der Bronchien mit sich bringen.

Physikalisches Strömungsgesetz Hagen-Poiseuille

Beispiel: Wenn durch einen Schlauch mit einem Durchmesser von 1 cm 16 Liter fließen, können bei einer Reduzierung des Durchmessers um die Hälfte, also auf 0,5 cm, nur noch 1/16 der Menge fließen, in diesem Fall also nur noch 1 Liter.

Hinweis: Das Strömungsgesetz ist deutlich komplexer, das Beispiel dient lediglich einer Veranschaulichung.

Bronchiale Veränderungen bei Asthma



Im Zusammenhang mit Heuschnupfen und Asthma wird oft über einen „Etagenwechsel“ gesprochen, was sollte man hierzu wissen?

Bei einem Heuschnupfen handelt es sich um einen pollenbedingten allergischen Schnupfen (Rhinitis). Mehr als 40 %, d.h. fast die Hälfte aller Heuschnupfenpatienten, entwickeln im Laufe ihres Lebens auch ein Asthma – bei einem Heuschnupfen handelt es sich also keineswegs um eine banale Erkrankung.

Paradoxe Weise sind Heuschnupfenmedikamente jedoch nicht erstattungsfähig. Die Kosten für Medikationen wie

etwa Nasentropfen, Augentropfen, Allergietabletten etc. müssen von den Patienten selbst getragen werden.

Ist „das Kind dann in den Brunnen gefallen“ und der Etagenwechsel zum Asthma wurde vollzogen, werden die Therapiekosten wieder von den Krankenkassen erstattet.

Asthma kann nicht geheilt, jedoch dessen Symptomatik kontrolliert werden. Was ist bei der Therapie eines Asthmas wichtig?

Eine Hyposensibilisierung ist derzeit die einzige Möglichkeit einer ursächlichen Behandlung des Asthmas. Auch wenn mit der Hyposensibilisierung die Veranlagung an sich nicht beseitigt werden kann, so kann durch die Gewöhnung an das auslösende Allergen in vielen Fällen eine Vermeidung einer Symptomatik erzielt werden. Allerdings besteht derzeit nur bei einigen Allergenen die Möglichkeit einer Hyposensibilisierung.

Die Basistherapie eines Asthmas bronchiale ist die Inhalation mit Cortison. Da viele Patienten fälschlicherweise Angst vor möglichen Nebenwirkungen des Cortisons haben, wird das Asthmaspray häufig nicht regelmäßig angewendet, was einer Katastrophe gleichkommt, da damit die Behandlung unwirksam wird.

Die vorherrschende Angst vor Cortisonspray ist vollkommen unbegründet, insbesondere bei Asthmapatienten im Erwachsenenalter. Denn es handelt sich sowohl um eine rein lokale begrenzte Anwendung am Ort des Geschehens als auch die Anwendung eines gerade mal 100sten bis 1.000sten Anteils einer Cortisontablette. Relevante Nebenwirkungen sind bei richtiger Anwendung des Cortisonsprays nicht zu erwarten.

Mit einem Asthmaspray können die meisten Patienten gut behandelt und eingestellt werden, so dass sie beschwerdefrei sind. Nur bei einigen wenigen Patienten mit einem schwereren Asthma werden weitere Medikamente, wie z. B. die neuen Biologika, notwendig.

Bestehen hinsichtlich einer Hyposensibilisierung bei einem allergischen Asthma im Erwachsenenalter Einschränkungen?

Grundsätzlich bestehen bei einer Hyposensibilisierung einige Kontraindikationen, hierzu zählen beispielsweise eine Schwangerschaft, sehr schwere Herz-Kreislauf-erkrankungen, die Einnahme von Betablockern oder bestimmte vorliegende Allergene wie beispielsweise gegen Katzenhaare.

Das Alter eines Patienten stelle jedoch keine Kontraindikation dar. Die älteste Patientin, bei der ich eine Hypo-

sensibilisierung durchgeführt habe, war eine überaus rüstige, nach wie vor sportlich aktive 79-jährige Dame, die im Alter von 70 Jahren ein Asthma entwickelt hat.

Asthma und COPD sind zwei unterschiedliche Lungenerkrankungen. Dennoch kann eine Mischform aus beiden Erkrankungen auftreten. Was ist aus Ihrer Sicht wichtig zu beachten?

Ganz entscheidend ist zunächst die Suche nach den tatsächlichen Ursachen der Entstehung, d.h. nach den pathophysiologischen Mechanismen.

Erst wenn über die Ursachen beider Erkrankungen Klarheit herrscht, sollte eine individuell angepasste Umsetzung der verschiedenen zur Verfügung stehenden Behandlungsoptionen beginnen.

Möglicherweise besteht primär ein Asthma und es hat sich beispielsweise durch Rauchen zusätzlich eine COPD entwickelt. Ebenso kann durch Belastungen am Arbeits-



Husten und Atemnot im Erwachsenenalter bedeuten nicht zwangsläufig COPD. Eine sorgfältige Diagnostik ist erforderlich.

platz eine COPD vordergründig vorliegen. Die möglichen Ursachen sind ebenso vielfältig, wie die entsprechend möglichen Behandlungsansätze. Eine eigenständige ausführliche Diagnostik beider Erkrankungen ist daher unbedingt erforderlich.

Tabelle: Charakteristische Merkmale

Merkmal	Asthma	COPD
Alter bei Erstdiagnose	in jedem Lebensalter möglich häufig in Kindheit, Jugend	meist 5.-6. Lebensdekade, Symptombeginn in Kindheit spricht gegen COPD
Anamnese (Krankengeschichte) einschließlich Tabakrauchen	Familienanamnese: oft positiv Rauchen, inahaltive Gifte: kein ursächlicher Zusammenhang; Verschlechterung bzw. Unwirksamkeit der Therapie durch Rauchen	Rauchen, inhalative Gifte: kausaler (ursächlicher) Zusammenhang
Atemnot	anfallartig auftretende Atemnot, wechselnd im Laufe der Zeit; Triggerung (Auslösung) durch: - körperliche Belastung - seelische Belastung - Allergene, Staub, Rauch - kalte Luft - Lachen	kontinuierlich symptomatisch, kein beschwerdefreies Intervall Atemnot unter Belastung
Verlauf	variabel, episodisch, kann unter Behandlung oder spontan symptomfrei werden	meistens progredient (fort- schreitend) auch unter Behandlung
Allergie	häufig	selten, nicht ursächlich
Lungenfunktion	oft normal, variable Obstruktion (Verengung der Bronchien), gut reversible (rückführbare) Verengung bei Testung üblich	persistierende (dauerhafte) Obstruktion (Verengung) FEV1 (Einsekundenkapazität) FVC (Vitalkapazität) immer unter Normwert oder unter 70 %, Reversibilität wechselnd, meistens gering und umgekehrt proportional zu FEV1
Bronchiale Hyperreagibilität (Überempfindlichkeit)	vorhanden	häufig vorhanden
Ansprechen auf systemisch (über Tabletten) verabreichtes Cortison	regelmäßig vorhanden	nur bei akuten Verschlechterung (Exazerbation)

Quelle: Leitlinie COPD 2018, www.atemwegsliga.de

Kleine Helfer für einen entspannten Alltag – trotz Asthma

Wie Eltern die Therapie ihrer Kinder unterstützen können

Wenn ein Kind unter Asthma leidet, dann ist das auch für die Eltern immer wieder sehr belastend. Es tut weh, zu sehen, wie das eigene Kind bei aufflammendem Asthma um Atem ringt. Und es kostet Kraft, immer wieder die Enttäuschung des Kindes aufzufangen, das gerne so aktiv wäre wie seine Freunde, es aber aufgrund seines Asthmas nicht sein kann. Wenn die Eltern nicht an der Seite des Kindes sind, ist zudem die Sorge oft groß, dass es die Medikamente nicht richtig einnimmt.



Philips InnoSpire Go

Um dies unter Kontrolle zu bekommen und sowohl an Asthma erkrankten Kindern als auch ihren Eltern ein besseres Gefühl zu geben, stehen verschiedene Hilfsmittel zur Verfügung: Philips hat dafür Lösungen entwickelt, die nicht nur die Medikamenteneinnahme erleichtern und die Wirkung verbessern können, sondern auch dabei unterstützen eine Verschlechterung des Zustands des Kindes frühzeitig zu erkennen und somit Asthmaanfällen vorzubeugen.

Medikamente schnell und effizient vernebeln

Ein kleiner, zuverlässiger Begleiter für unterwegs ist der Philips InnoSpire Go. Der tragbare Mesh-Vernebler ist auch für Kinder



Philips OptiChamber Diamond

besonders leicht anzuwenden und verkürzt die Behandlungszeit der Inhalationstherapie. In nur vier Minuten lassen sich damit z. B. 2,5 ml Salbutamol vernebeln und inhalieren. Sobald das Gerät eingeschaltet ist, wird eine Membran im Inneren in Schwingungen versetzt. Durch die auf ihr befindlichen, über 1.000 mikroskopisch kleinen Löcher, wird das flüssige Medikament in einen feinen Nebel (Aerosol) umgewandelt, den das Kind einatmet. So gelangt das Medikament für eine optimale Wirkung tief in die Lunge. Der 111 g leichte InnoSpire Go arbeitet nahezu lautlos und kann durch seinen eingebauten Akku für bis zu 30 Inhalationen eingesetzt werden, bevor er wieder aufgeladen werden muss.

Mit Vorschaltkammer effektiver inhalieren

Kinder, denen inhalative Steroide verschrieben wurden, können von einer Vorschaltkammer (auch „Spacer“ genannt) wie der Philips OptiChamber Diamond profitieren. Ohne Vorschaltkammer treten Aerosol-Medikamente sehr schnell aus dem Inhalator aus, was es kleinen Kindern schwer macht diese bestmöglich zu inhalieren.

Wird nicht zum genau richtigen Zeitpunkt eingeatmet, landet der Großteil des Medikaments in Mund, Rachen und Magen, wo es keinerlei Wirkung hat. Eine Vorschaltkammer

ist ein röhrenförmiges Distanzstück, das das Mundstück des Inhalators verlängert. Es ermöglicht eine verbesserte Medikamentenaufnahme, da das antistatische Material der Kammer das Aerosol länger zurückhält. Patienten haben so mehr Zeit den Wirkstoff einzuatmen, als mit einem Dosierinhalator allein.

Frühzeitig reagieren können

Eltern und Kinder, die das Asthma besser unter Kontrolle haben wollen, einer Verschlechterung vorbeugen und Infekten frühzeitig entgegenzutreten möchten, können mit dem Philips PersonalBest Peak Flow Meter rechtzeitig eine Verschlechterung des Zustands des Kindes und somit einen womöglich bevorstehenden Asthmaschub erkennen. Es misst, wie schnell die Luft aus der Lunge befördert wird, wenn nach vollständigem Einatmen kraftvoll ausgeatmet wird. Bei regelmäßiger Anwendung können somit kleine Veränderungen frühzeitig erkannt und in Verbindung mit dem vom Arzt verordneten Behandlungsplan entsprechende Maßnahmen ergriffen werden.

Ein Leben mit Asthma ist mit Einschränkungen verbunden – oft für die ganze Familie. Die hier vorgestellten Produkte von Philips haben zum Ziel, die Krankheit so gut wie möglich unter Kontrolle zu halten, um Familien zu einem entspannteren Alltag zu verhelfen.

Weitere Informationen:

www.philips.de/asthma-management

innovation  you

PHILIPS



Philips PersonalBest Peak Flow Meter



"Beklemmung" oder "Keuchen" das bedeutet der Begriff Asthma sinngemäß übersetzt. Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation WHO sind weltweit 235 Millionen Menschen von Asthma bronchiale betroffen. Sie gehört damit zu den häufigsten Krankheiten. Bei Kindern ist sie sogar die häufigste chronische Erkrankung überhaupt.

Obwohl Asthma bereits lange bekannt ist, gibt der Wissenschaft bis heute viele Rätsel auf. Welche molekularen Mechanismen führen zu den krankhaften Veränderungen in den Atemwegen? Und lässt sich das spätere Asthmarisiko von Kindern vielleicht schon vor der Geburt beeinflussen? Das sind nur einige Fragen, die sich Asthma-Forschende weltweit stellen. Zwei Ansätze aus diesem Forschungsbereich sind heute Thema in unserer Rubrik „Lungenforschung aktuell“: Die deutsche Langzeitbeobachtungsstudie ALLIANCE (All Age Asthma Cohort) und die Frage, ob Stillen zur Lungengesundheit im Erwachsenenalter beitragen kann.

Eine interessante Lektüre wünscht Ihnen das Redaktions-Team des Lungeninformationsdienstes.

Stillen für eine gesunde Lunge im Erwachsenenalter?

Je länger Kinder nach der Geburt gestillt werden, desto geringer ist ihr Risiko, als Erwachsene chronischen Husten zu entwickeln. Darauf deuten die Ergebnisse einer Studie hin, die in der renommierten Fachzeitschrift „Thorax“ veröffentlicht wurde. Stillen könnte nach Aussage der Autoren somit langfristig eine vorbeugende Wirkung auf die Lungengesundheit haben.

In zahlreichen Studien konnten Forschende bereits Hinweise darauf finden, dass sich Stillen positiv auf die Lungengesundheit im Kindesalter auswirkt. Ob der schützende Effekt jedoch auch bis ins Erwachsenenalter anhält, ist weniger gut untersucht. Ein amerikanisches Wissenschaftsteam ist dieser Frage nun mit Hilfe der Daten von 786 Mutter-Kind-Paaren aus der „Tucson Children's Respiratory“-Studie nachgegangen.

Im Rahmen von regulären Besuchen beim Kinderarzt wurde zunächst erfasst, wie die Kinder nach der Geburt ernährt wurden.



Stillen: ein positiver Effekt für die Lungengesundheit

Das Ergebnis:

- 151 Kinder wurden weniger als einen Monat gestillt (19,2 Prozent),
- 390 einen bis vier Monate (49,6 Prozent) und
- 245 länger als vier Monate (31,3 Prozent).

Im Alter von 22, 26 und 32 Jahren sollten die nun erwachsenen Kinder Fragen zu ihrer momentanen Situation und Gesundheit beantworten, darunter auch zu chronischem Husten. Definiert wurde chronischer bzw. wiederkehrender Husten als zwei oder mehrere einwöchige Episoden mit Husten ohne zusätzliche Erkältung im vergangenen Jahr. In allen drei Altersstufen trat chronischer Husten in etwa gleich oft auf. Über den gesamten Zeitraum zwischen 22 und 32 Jahren lag die Häufigkeit für diese Hustenepisoden (Prävalenz) bei 28,4 Prozent (223 von 786 Personen).

Je länger die Stillzeit, desto besser der Schutz vor anhaltendem Husten

Beim Abgleich mit der Stillzeit zeigte sich ein signifikanter (eindeutig nachweisbarer) Zusammenhang: Je länger die Kinder nach der Geburt Muttermilch erhalten hatten, desto seltener waren sie im Erwachsenenalter von wiederkehrendem Husten betroffen. Dieser Zusammenhang blieb auch bestehen, nachdem die Forschenden zahlreiche mögliche Störfaktoren wie aktives Rauchen, rauchende Eltern oder auch bestehendes Asthma ausgeschlossen hatten.

Ihren Ergebnissen folgend könne Stillen somit nicht nur positive Effekte auf die Gesundheit im Kindesalter haben, sondern sich auf lange Sicht auch vorbeugend auf die Lungengesundheit im Erwachsenenalter auswirken, so die Autoren. Wie die genauen Mechanismen aus-

sehen, die hinter diesem möglichen Schutz stehen, müsse jedoch in weiteren Studien erst noch untersucht werden.

Quelle:

Gerhart, K. D. et al.: Protective effect of breastfeeding on recurrent cough in adulthood. In: Thorax, 2018; 73:833–839

Die Expertenmeinung:

„Es ist bekannt, dass sich Stillen positiv auf die Infektabwehr auswirkt. Und manche Kinder haben wiederholte, starke virale und bakterielle Infektionen der Atemwege – vor allem wenn sie mit chronischen Lungenerkrankungen vorbelastet sind. Diese können die Lungenfunktion negativ beeinflussen. Daher ist es denkbar, dass Stillen einen anhaltenden Vorteil für die Lungenfunktion bis ins Erwachsenenalter bietet.“

Professor Dr. Erika von Mutius
Direktorin des Instituts für Asthma- und Allergieprävention am Helmholtz Zentrum München und Leiterin der Asthma- und Allergieambulanz im Dr. von Haunerschen Kinderspital des Klinikums der Universität München



Um vorhersagen zu können, wie eine Asthmaerkrankung verläuft und wie sie behandelt werden sollte, hat das Deutsche Zentrum für Lungenforschung DZL die ALLIANCE-Studie ins Leben gerufen. Mittlerweile nehmen mehr als 600 Betroffene im Alter zwischen sechs Monaten und 75 Jahren sowie 200 Gesunde an der Beobachtungsstudie teil. Einmal jährlich kommen sie für ein festgelegtes Untersuchungsprogramm in die Studienzentren. Es beinhaltet unter anderem

- Lungenfunktionstests und Prüfung auf Atemwegs-entzündungen,
- Test auf Sensibilisierung gegen bestimmte Allergene,
- Entnahme und Analyse von Biomaterialien wie Blut, Nasenabstriche, Auswurf oder Ausatemluft.

Strukturierte Fragebögen und Daten aus den Patientenakten dokumentieren Symptome, Krankheitsverlauf, Lebensumstände und Umweltfaktoren.

Einblick in die molekularen Mechanismen

Tiefgehende molekularbiologische Analysen der gesammelten Proben sollen die biologischen Mechanismen der verschiedenen Verläufe des Asthmas aufdecken. Denn krankhafte Veränderungen der Atemwege lassen sich zurzeit nur spät oder zu spät feststellen. Daher suchen die Forschenden Substanzen im Blut oder in der Ausatemluft, die schon frühzeitig Auskunft über ein mögliches Asthmarisiko oder einen bestimmten Krankheitsverlauf geben. Mittlerweile umfassen die Daten- und Biobanken der ALLIANCE-Kohorte bereits Hunderttausende Datenpunkte und Patientenproben. Und ihre Analyse hat bereits begonnen.

So konnten die Forschenden beispielsweise eine neue Technik entwickeln, mit der es möglich ist, Entzündungsbotenstoffe bereits in der Nasenschleimhaut zu messen. Diese einfache Diagnosemethode könnte in der

Asthma bronchiale besser verstehen

In der Medizin kennt man nicht nur ein Asthma, sondern viele verschiedene, typische Krankheitsverläufe. Mit der Langzeitbeobachtungsstudie ALLIANCE (All Age Asthma Cohort) hoffen Forschende, die verschiedenen Asthmaformen besser verstehen und frühzeitig erkennen zu können.

Durch Anfälle ausgelöste Kurzatmigkeit, Atemnot und Giemen sind typische Asthmasymptome. Bei etwa einem von vier Kindern tritt Giemen, ein spezielles Geräusch beim Ausatmen, ausgelöst durch verengte Atemwege, mindestens einmal in der frühen Kindheit auf. Aber nur ein kleiner Teil dieser Kinder behält das Asthma auch bis zum Erwachsenenalter. Bei anderen Menschen tritt die Lungenkrankheit überhaupt erst im Erwachsenenalter auf.

Zukunft besonders bei kleinen Kindern eine wichtige Rolle spielen, da die Schleimhaut der Nase sehr viel leichter zu erreichen ist, als die unteren Atemwege.

Mehr Informationen zu aktuellen klinischen Studien, auch zum Kinder- und Erwachsenen-Register der ALLIANCE-Studie finden Sie online auf unserer Internetseite in der Studienplattform: www.lungeninformationsdienst.de/klinische-studien/aktuelle-klinische-studien

Quellen:

Fuchs, O. et al.: The all age asthma cohort (ALLIANCE) - from early beginnings to chronic disease: a longitudinal cohort study. In: BMC Pulmonary Medicine 2018, 18:140

Deutsches Zentrum für Lungenforschung: Was ist Asthma – und wenn ja wie viele? Pressemeldung vom 12.9.2018

...mehr Wissen

www.lungeninformationsdienst.de

Das Internetportal des Lungeninformationsdienstes bietet aktuelle, wissenschaftlich geprüfte Informationen aus allen Bereichen der Lungenforschung und -medizin in verständlich aufbereiteter Form, vor allem für Patienten, Angehörige und die interessierte Öffentlichkeit. Der Lungeninformationsdienst wird vom Helmholtz Zentrum München in Kooperation mit dem Deutschen Zentrum für Lungenforschung (DZL) betrieben und arbeitet unabhängig von jeglichen Interessen Dritter.

Aktuelle Meldungen aus der Lungenforschung direkt nach Hause? Abonnieren Sie den Newsletter des Lungeninformationsdienstes und folgen Sie uns auf Facebook und Twitter!

Leitlinie: Neue Empfehlungen

Die Nationale VersorgungsLeitlinie (NVL) Asthma wurde grundlegend überarbeitet und ist seit kurzem beim Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) abrufbar. In der NVL finden sich evidenzbasierte Handlungsempfehlungen für die medizinische Versorgung von Menschen mit Asthma. Wir haben die wichtigsten Änderungen der 3. Auflage zusammengefasst.

Eine wichtige Kernaussage der neuen Leitlinie: Klassifikation und Behandlung des Asthmas richten sich jetzt nur noch nach der Asthmakontrolle und nicht mehr nach der früher üblichen Einteilung in Schweregrade. Die Asthmakontrolle ergibt sich laut NVL aus den Asthmasymptomen und dem Risiko für eine Verschlechterung der Erkrankung.

Ist das Asthma nicht ausreichend gut kontrolliert, wird empfohlen, die Behandlung nicht sofort zu verstärken. Zunächst sollen Patienten und Ärzte gemeinsam prüfen, ob eine Patientenschulung helfen kann, ob Medikamente wie besprochen eingenommen werden, und ob sich eventuell Allergene in der Umwelt vermeiden können. Auch die Diagnose sollte nochmals überprüft werden.

Medikamentöse Therapie

- Wenn die Bedarfsmedikamente die Beschwerden nicht ausreichend kontrollieren können, sollen Betroffene kontinuierlich Cortison-Sprays (inhalative Kortikosteroide, ICS) erhalten.
- Eine Monotherapie mit langwirkenden Beta-2-Sympathomimetika (LABA) soll nicht erfolgen, da LABA zwar die Symptome lindert, nicht aber die zugrundeliegende Entzündung.
- Langwirkende Anticholinergika (LAMA) stehen als zusätzliche Option zu ICS und ggf. LABA zur Verfügung: Bei Erwachsenen ab Stufe 3, bei Kindern und Jugendlichen ab Stufe 4.
- Monoklonale Antikörper sind erst in der letzten Therapiestufe vorgesehen, um eine Langzeittherapie mit Cortisontabletten zu vermeiden. Zuvor sollen alle anderen medikamentösen Ansätze ausgeschöpft werden.

Bei Kindern und Jugendlichen gilt: Sicherheit zuerst

Auch die Behandlung für Kinder und Jugendliche mit Asthma wurde angepasst. Das Stufenschema umfasst jetzt sechs Therapiestufen. Dabei gilt: Sicherheit zuerst. Nebenwirkungen sollen vermieden werden. So kommt hochdosiertes inhalatives Cortison erst ab Stufe fünf zum Einsatz.

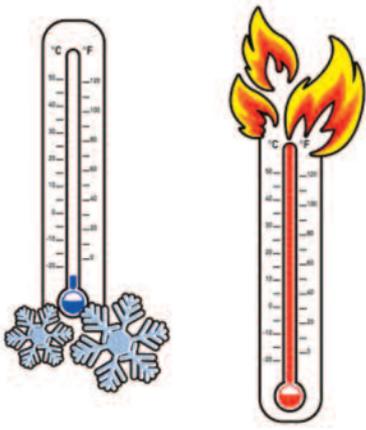
Für unverzichtbar halten die Experten auch eine gute Einweisung in das Inhalationssystem. Auch wer ein neues System erhält, benötigt eine Einweisung. Ein Wechsel des Inhalators soll vermieden werden, wenn der Patient gut zurechtkommt. Ärzte und Schulungspersonal sollten alle Betroffene zudem zu körperlicher Aktivität ermutigen. Voraussetzung dafür ist aber eine gut eingestellte medikamentöse Therapie.

Grundsätzlich gilt: Die Nationale Versorgungsleitlinie gibt Ärzten eine Orientierung. Im Einzelfall kann die Asthmabehandlung auch anders aussehen, um optimal auf einzelne Patienten einzugehen.

Quellen:

Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), 3. Auflage, 2018, Version 1, www.leitlinien.de/nvl/asthma

Flyer NVL Asthma: Was ist wichtig? Was ist neu?
Online publiziert am 22. Okt. 2018



Klimawandel

Neue Herausforderungen

Was ist das Problem?

Viele Menschen sind inzwischen von Allergien betroffen. Zu den hauptsächlichen Erkrankungen zählen: Asthma bronchiale, Rhinosinusitis (Heuschnupfen), chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) und Atemwegsentzündungen. Etwa 80 Millionen Erwachsene (24 % der Gesamtbevölkerung) und 30-40 % der Kinder in EU Ländern haben Antikörper gegen Gräserpollen.

Allergien beeinflussen das Wohlbefinden, die Lebensqualität und die Produktivität. Die entstehenden wirtschaftlichen Kosten durch krankheitsbedingte Abwesenheit vom Arbeitsplatz, Arztbesuche und Arzneimittelverordnungen werden auf eine jährliche Gesamtsumme von 17,7 Milliarden US Dollar geschätzt (Weltgesundheitsorganisation WHO/Weltorganisation der Meteorologie WMO, 2012).

Zudem steigt insbesondere in urbanen Räumen und Städten, d.h. Ballungszentren, die Anzahl der betroffenen Menschen weiter. Studien zeigen nicht nur, dass die Erkrankungszahlen (Prävalenz) von Heuschnupfen (allergischer Rhinitis) und bronchialem Asthma steigt, sondern auch dass ein schneller Anstieg von Symptomen und Einnahme von Antihistamika bei saisonalen Allergieausbrüchen zu beobachten ist.

Auch die Pollenkonzentration im Frühling steht nachweislich in Zusammenhang mit der Anzahl der Notrufe wegen Asthmaanfällen bei Kindern.

Weiterhin konnte wissenschaftlich nachgewiesen werden, dass ein Anstieg der Ambrisoapollenkonzentration um 10 Pollen/m³ die Zahl der Krankenhauseinlieferungen wegen Atemwegsproblemen um ein Viertel erhöht hat.

Was sind die Ursachen?

Viele Allergene basieren auf einer biologischen Herkunft. Hierzu zählen Schimmelpilzsporen, Pollen, Staub und Tierhaare. Durch die Änderung klimatischer Faktoren wie z. B. Temperatur und Niederschlag, verändert sich gleichzeitig die Vermehrung und die Verbreitung von sogenannten biogenen Aeroallergenen (Allergene, die über die Luft mit dem Menschen in Kontakt kommen, die auch als Inhalationsallergene bezeichnet werden).

Insbesondere drei Mechanismen werden für den Anstieg von allergischen Reaktionen verantwortlich gemacht:

- **Längere Pollensaison:** Aufgrund wärmerer Frühlingstemperaturen produzieren einige Pflanzen früher Pollen und wärmere Herbste verlängern die Wachstumsphase für einige Pflanzen. Die Pollensaison hat sich in den vergangenen 30 Jahren im Durchschnitt um 10-11 Tage verlängert.
- **Mehr und "allergischere" Pollen:** Wärmere Temperaturen und erhöhte CO₂-Konzentration in der Atmosphäre erhöhen die Pollenproduktion. Die erhöhte CO₂-Konzentration wirkt auf die Pollenproduktion mancher Arten wie ein Dünger.
- **Veränderte geographische Verbreitung:** Darüber hinaus gibt es Pflanzen und Tiere, die besonders hochallergen sind. Zum Beispiel die aus Nordamerika eingeschleppte Ambrosiapflanze, deren Pollen schon in geringer Konzentration starke gesundheitliche Effekte wie Heuschnupfen, Bindehautreizungen und allergisches Asthma auslösen können.

Ambrosiapollen haben ein fünfmal höheres Allergiepotezial als Gräserpollen (Umweltbundesamt).

Ein anderes Beispiel ist ein Insekt: der Eichenprozessionsspinner.

Der Klimawandel mit milden Wintern und warmen Frühjahren schafft gute Lebensbedingungen für diese Schmetterlingsart, die eigentlich aus Südeuropa stammt. Die Raupen tragen je etwa 600.000 giftige Brennhaare, die das Nesselgift Thaumetopein enthalten. Bei Berührung der Haut kommt es durch das Nesselgift der Haare zu Hautausschlägen mit intensivem Juckreiz. Am Auge löst das Gift schmerzhaftige Bindehautentzündungen aus. Werden die giftigen Härchen eingeatmet, lösen sie Atemnot, Asthmaanfälle oder einen lebensbedrohlichen allergischen Schock aus.

Ein kleiner Windstoß genügt, um die feinen Härchen bis zu 100 Meter durch die Luft zu transportieren. Auch wenn sich die Raupen bereits gehäutet und zu harmlosen Faltern geworden sind, bleiben Millionen der Haare in den Nestern zurück.

Was kann man tun?

Es gibt eine Reihe von Maßnahmen, die dazu beitragen können, diese Probleme in den Griff zu bekommen.

Zunächst gehört dazu die Vermeidung der Ansiedlung von allergieauslösenden Pflanzen. Um dies zu erreichen, müssen auch Gartenbauer, Stadtplaner und Architekten eingebunden werden. In vielen Städten gibt es zum Beispiel "Pflanzlisten", die aus Naturschutzgründen einheimische Gewächse empfehlen. Bei Neupflanzungen sollte auch das allergische Potenzial bedacht werden.

Das konsequente und korrekte Vernichten und Entsorgen von invasiven (eindringenden) und hochallergenen Pflanzen wie der Ambrosia gehört ebenso dazu.

Informationen über solche Pflanzen sowie Pollenflug- und Frühwarnsysteme sind essenziell, damit Allergiker informiert sind und ihr Verhalten anpassen können. Hier ist zu unterstreichen, dass solche Polleninformationsdienste nachhaltig organisiert und finanziert sind.

Der Zugang zu Information, medizinischer Versorgung und Medikamente aber auch Fortbildungsmöglichkeiten für Ärzte und Forschung in diesem Bereich sind weitere Maßnahmen, die die Dimension und die Krankheitslast von Allergien beeinflussen.

Zu guter Letzt trägt aber auch die Vermeidung von Luftverschmutzung und Treibhausgasemissionen indirekt dazu bei, dass Allergien vorgebeugt wird. Denn Chemikalien und Abgase, Aerosole und Klimawandel können Pollenallergien durch die oben genannten Mechanismen beeinflussen:

- Die Umstellung auf nicht-fossile Energieträger in der Energieproduktion vermindert die lokale Luftverschmutzung.
- Die Entkarbonisierung des Verkehrs zur Senkung der CO₂-Emissionen bringt mehr Bewegung, weniger Übergewicht, weniger Luftverschmutzung, weniger Verkehrsunfälle und weniger Klimawandel mit sich. Die Entkarbonisierung ist auch in anderen Sektoren möglich, auch im Gesundheitsdienst!
- Der Verzehr von mehr Obst und Gemüse und weniger rotem Fleisch ist gut für die Gesundheit und gut für das Klima, denn Tierhaltung, insbesondere von Kühen, ist mit höherer Treibhausgas-Emission verbunden als der Anbau von pflanzlicher Nahrung.
- Darüber hinaus ist in Entwicklungsländern der Zugang zur Familienplanung ein Garant für eine bessere Lebensqualität für alle und für ein nachhaltiges Bevölkerungswachstum!

Fazit

Während Friedrich Nietzsche Gesundheit eher pessimistisch als „dasjenige Maß an Krankheit, das es mir noch erlaubt, meinen wesentlichen Beschäftigungen nachzugehen“ definierte, strebt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit ihrem zwölften Rahmenprogramm und dem europäischen Rahmenkonzept „Gesundheit 2020 – Gesundheit für alle“ als einen Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen an (WHO 1948).

Dr. Tanja Wolf
WHO European Centre for Environment and Health, Bonn



...mehr Wissen

Dr. Tanja Wolf arbeitet im Europäischen Zentrum für Umwelt und Gesundheit (ECEH) in Bonn. Das ECEH ist Bestandteil des WHO-Regionalbüros für Europa mit Sitz in Kopenhagen. Das 1991 eingerichtete ECEH ist das wissenschaftliche Kompetenzzentrum des WHO-Regionalbüros für Europa, das die 53 Mitgliedstaaten ständig mit hochaktueller Evidenz zu Art und Umfang bestehender wie auch neu entstehender umweltbedingter Gesundheitsrisiken versorgt und ihnen bei der Erstellung und Umsetzung von Handlungskonzepten zur Bewältigung dieser Risiken behilflich ist. Dank zusätzlicher Unterstützung durch die deutsche Regierung konnte das ECEH seinen Aktionsradius 2011 ausdehnen, was den Aufbau eines breiteren Themenspektrums in den Bereichen Umwelt und Gesundheit ermöglichte.

www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/health21-health-for-all-in-the-21st-century

Informationen zum Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ können auf den Seiten der Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa, als pdf-Datei in deutscher Sprache heruntergeladen werden.

Arzneimittelunverträglichkeit

Gut zu wissen

Arzneimittel sind wirksam gegen Erkrankungen, doch sie können manchmal auch Unverträglichkeiten auslösen. Wissenschaftler gehen davon aus, dass etwa 7 % der Bevölkerung von einer Arzneimittelunverträglichkeit betroffen sind (Quelle: EAACI, 2014). Zumeist sind Erwachsene überempfindlich, mit dem Alter steigt zudem die Überempfindlichkeit. Bei Kindern hingegen kommt eine Arzneimittelunverträglichkeit eher selten vor.

Die Beschwerden können sowohl vom Wirkstoff des Arzneimittels verursacht werden als auch von den enthaltenen Hilfs- und Zusatzstoffen, wie z. B. Farbstoffen.

Das Risiko einer allergischen Reaktion ist auch abhängig von der Art der Verabreichung des Arzneimittels. Am häufigsten treten Reaktionen bei lokaler, örtlicher Anwendung und bei Injektionen auf. Bei Tabletten, Saft oder Tropfen ist das Risiko einer Reaktion grundsätzlich geringer.

Unverträglichkeit oder Allergie?

Laut Positionspapier 2014 der Europäischen Akademie für Allergologie und klinischen Immunologie (EAACI) können Arzneimittel unterschiedliche immunologische Reaktionen auslösen. Es kann sich um eine nicht-allergische Überempfindlichkeitsreaktion handeln, also eine Unverträglichkeit oder aber eine Arzneimittelallergie. Überempfindlichkeitsreaktionen werden nur dann als Allergie klassifiziert, wenn ein immunologischer Mechanismus (IgE-Antikörper im Blut) nachgewiesen werden kann.

Um die richtige Entscheidung für eine weitere Behandlung zu treffen, ist daher eine entsprechende Diagnostik erforderlich.

Es betrifft nur einige wenige!



Hautquaddeln treten besonders häufig auf.

Etwa 8 % der Gesamtbevölkerung sind von einer Arzneimittelallergie betroffen (EAACI, 2014).

Häufigste Auslöser

Auch wenn grundsätzlich jedes Medikament eine allergische Reaktion hervorrufen kann, so sind es dennoch einige wenige, die als häufigste Verursacher bekannt sind:

- Antibiotika (insbesondere Penicilline, Cephalosporine, Sulfonamide)
- Schmerz- und Rheumamedikamente (z. B. Diclofenac, Ibuprofen, ASS)
- Röntgenkontrastmittel
- Lokalanästhetika (z. B. beim Zahnarzt Xylocain)
- Blutdruckmedikamente (z. B. ACE-Hemmer)
- Psychopharmaka (z. B. Antidepressiva, Neuroleptika)
- Antiepileptika

Mögliche Symptome

Die Symptome können sehr unterschiedlich ausfallen und stehen in Zusammenhang damit, ob die Reaktionen allergisch oder nicht-allergisch sind.

Besonders häufig treten Symptome an der Haut auf, wie z. B. juckende Hautquaddeln (Nesselsucht oder Angioödem).

Schwerere Verläufe können auch zu Atemnot, Kreislaufproblemen bis hin zum Atemstillstand führen.

Bei Arzneimitteln ist zu beachten, dass nicht nur Sofortreaktionen möglich sind, sondern wesentlich häufiger sogenannte Spätreaktionen erfolgen, die erst nach mehr als sechs Stunden, manchmal auch erst nach Tagen auftreten können. Dies äußert sich meist in einem Hautausschlag (Exanthem), bei dem sich Blasen und Nekrosen bilden.

Allergie-Pass

Lassen Sie sich nach erfolgter Diagnostik einen Allergie-

Pass von Ihrem behandelnden Arzt ausstellen, der alle Angaben Ihrer Unverträglichkeit inklusive möglicher Kreuzreaktionen enthält. Wichtig ist hierbei auch, Alternativpräparate einzutragen. Tragen Sie den Allergie-Pass immer bei sich, so dass bei allen zukünftigen Behandlungen und ebenso in Notsituationen der jeweilige behandelnde Arzt auf die Informationen dieses Dokuments zurückgreifen kann.



Quelle: Europäische Allergie Akademie EAACI, www.eaaci.org

Anaphylaxie Symptome erkennen

Eine Anaphylaxie kann sich in ganz unterschiedlichen Symptomen äußern. Gerade Laien fällt es daher oft schwer, die ersten Anzeichen richtig einzuordnen. Ein Ärztgremium hat Diagnosekriterien entwickelt, die bei Kindern und Jugendlichen auf etwa 95 Prozent aller Anaphylaxien zutreffen.

Bei Betroffenen zeigen sich kurz nach Kontakt mit dem Allergen:

- Hautrötungen, Juckreiz oder Schwellungen in Mund und Rachen (bis zu 90 Prozent) und zusätzlich Atem- oder Herz-Kreislauf-Beschwerden.
- Zwei der folgenden vier Symptome: Hautreizungen, Atembeschwerden, Reaktionen des Herz-Kreislauf-Systems, Reaktionen des Verdauungsapparates wie krampfartige Bauchschmerzen oder Erbrechen.
- Ein deutlicher Abfall des systolischen Blutdrucks. Bedrohlich ist bei Kleinkindern bis zu zwölf Monaten ein Wert von 70 mmHg, bei Kindern bis zu zehn Jahren ein Wert von 70 mmHg + zweimal Lebensalter, ab dem elften Lebensjahr ein Wert von 90 mmHg.

Ein Blutdruckabfall kann auch die schwerste Form der Anaphylaxie, den anaphylaktischen Schock, ankündigen. Atemnot oder Orientierungsstörungen sind weitere Anzeichen, dass die Anaphylaxie bedrohlich weit fortgeschritten ist. In seltenen Einzelfällen münden diese Symptome in einen Stillstand des Atem- und Kreislauf-Systems, wenn nicht rechtzeitig eingegriffen wird.

Im Zweifel immer den Notarzt (112) alarmieren!

Quelle: Lungeninformationsdienst,
www.lungeninformationsdienst.de, Abruf 17.11.2018



ANAPHYLAXIE.net

...mehr Wissen

Register und Aufklärungsfilm Anaphylaxie – erkennen und handeln

Ein Anaphylaxie ist die schwerste Reaktion einer Soforttyp-Allergie. Sie bedarf einer sofortigen Behandlung. Die häufigsten Auslöser für schwere allergische Reaktionen sind Nahrungsmittel, Medikamente und Bienen- oder Wespenstiche.

Einen informativen Aufklärungsfilm über Anaphylaxie finden Sie auf den Seiten des Anaphylaxie-Registers: www.anaphylaxie.net.

Das Anaphylaxie-Register ANAPHYLAXIE.net ist die erste gemeinsame Datenbank für Deutschland, Österreich und die Schweiz zur Erhebung aufgetretener anaphylaktischer Reaktionen.

Der anaphylaktische Schock ist die schwerste und möglicherweise tödliche Folge einer Allergie. Die Anzahl der Allergiker ist weiterhin steigend. Da anaphylaktische Reaktionen nicht meldepflichtig sind, existiert keine Statistik über Häufigkeit, Verlauf und Ausgang. Zudem ist der moderne Mensch fortlaufend neuen, unbekannt Substanzen und Umweltfaktoren ausgesetzt. Exotische Nahrungsmittel, z. B. Früchte, werden aus der gesamten Welt importiert und hierzulande verzehrt. Jährlich werden hunderte neuer Arzneien und Nahrungsergänzungsmittel auf den Markt eingeführt.

Die hier erhobenen Daten ermöglichen, Informationen zu den Auslösern, Kofaktoren und der Versorgung von Patienten mit anaphylaktischen Reaktionen zu erhalten. Dies bildet die Grundlage, um die Aufklärung und Versorgung von Patienten zu verbessern. Erhoben werden die Daten vom Deutschen Allergie- und Asthmabund e.V. (DAAB), Deutschlands größter und ältester Patientenorganisation im Bereich Allergien, Asthma und Neurodermitis. Die Daten des Anaphylaxie.net zum Thema Anaphylaxie aus Sicht des Patienten werden seit 2006 erhoben, wobei die Daten anonym ausgewertet werden.

Deutscher Allergie- und Asthmabund
An der Eickesmühle 15-19
41238 Mönchengladbach
Telefon 02166 – 64788-20, Fax 02166 – 64788-78
info@daab.de
www.daab.de und www.anaphylaxie.net



Asthma und ASS-Intoleranz

... wenn ASS dem Körper schadet

Intoleranz von ASS (Acetylsalicylsäure) in Betracht ziehen

Bei jedem teil- oder unkontrollierten Asthma sollte an ein Asthma mit Eosinophilie und/oder eine durch Aspirin exazerbierte (verschlechterte) Atemwegserkrankung gedacht werden. Wenn sich eosinophile Granulozyten im Gewebe ansammeln, induzieren diese Entzündungsreaktionen mit strukturellen Folgeschäden. Insgesamt verliert das Bronchialsystem an Elastizität und Plastizität. Später kann sich eine Verengung der Bronchien entwickeln, die nicht mehr reversibel ist. Die Bronchien werden auch mit maximal ausgeschöpfter Therapie nicht mehr normal weit.

Bei Patienten mit dieser Asthmaform findet man vermehrt eosinophile Granulozyten im Blut und/oder in den Sekreten der Nase und der Bronchien und/oder in Schleimhautbiopsien der Nasen- bzw. der Bronchialschleimhaut. Neben den „zerstörerischen“ basischen Proteinen werden in den eosinophilen Granulozyten Leukotriene gebildet, die eine Kontraktion der Bronchialmuskulatur und eine Aktivierung der Schleimdrüsen vermitteln.

Hintergrund: Seinen Namen hat das **eosinophile Asthma** von einem roten Farbstoff, dem Eosin (aus dem Altgriechischen Eos = Morgenröte). Mit diesem Farbstoff lässt sich im Blut eine bestimmte Art von weißen Blutzellen, die sogenannten Granulozyten, anfärben. Wir kennen die Nutzung des Eosins übrigens auch von unseren Markern oder Filzstiften. Die Färbung der roten Stifte erfolgt ebenfalls durch den Farbstoff Eosin.

Des Öfteren beschreiben die Patienten mit teilkontrolliertem oder nicht kontrolliertem Asthma auf Nachfragen auch von chronischen Nasennebenhöhlenentzündungen und/oder Polypen, die auch schon ein- oder mehrmals operiert worden sind. Sie können nur noch eingeschränkt oder gar nicht mehr riechen. Die Lebensqualität sei dadurch eingeschränkt.

Etwa 5 % der Patienten mit Asthma bronchiale haben eine ASS-Unverträglichkeit. Im Gegensatz dazu sind Patienten mit einem nicht-allergischen, intrinsischen Asthma und gleichzeitiger Polyposis nasi (Nasenpolypen)

zu 30–40 % betroffen. Nach Einnahme von ASS und anderen Schmerzmitteln (NSAR), können Asthmaanfälle, Nesselsucht der Haut, anaphylaktischer Schock und weitere Beschwerden auftreten.

Samter-Trias

Als Ursache des Symptomkomplex Asthma bronchiale – rezidivierende Polyposis nasi/chronische Rhinosinusitis (einige Patienten zusätzlich chronisch-rezidivierende Urtikaria) und gleichzeitiger ASS-Intoleranz geht man von einer Dysbalance im Stoffwechsel von eosinophilen und basophilen Granulozyten, sowie von Mastzellen, mit der Folge einer verstärkten Leukotrien- und verminderter Prostaglandin-E₂-Bildung aus. Um diesen Symptomkomplex, der auch Samter-Trias, Morbus Widal oder ASS-Intoleranz-Syndrom bezeichnet wird, auszubilden, müssen die Patienten zuvor kein ASS oder andere Schmerzmittel (NSAR) eingenommen haben.

Unverträglichkeitsreaktionen auf ASS oder andere Cyclooxygenase-1(COX-1)-Hemmer, demaskieren lediglich diese beschriebene Fehlregulation. Die verstärkt gebildeten Leukotriene binden wiederum an spezifischen Rezeptoren auf den Zielzellen (Mastzellen, eosinophile und basophile Granulozyten). Diese Rezeptoren sind auch schneller aktivierbar und empfindlicher als bei Normalpersonen. Leukotriene können Bronchospasmus induzieren und sind hoch chemotaktisch für eosinophile Granulozyten.

Patienten mit Aspirin-getriggerten (ausgelösten) Atemwegserkrankungen, sind häufig schwer therapierbar, d.h. die Polypen rezidivieren (treten erneut auf) und eine gute Asthmakontrolle ist nicht zu erreichen. Auch mit einer hochdosierten Verabreichung inhalativer Glukokortikoide, d.h. Steroide (über die Bronchien oder die Nase), erreicht man keinen zufriedenstellenden Therapieeffekt. Die Patienten benötigen des Öfteren oder dauerhaft systemische Kortikoide mit den bekannten Nebenwirkungen wie Osteoporose, Cushing-Syndrom, Diabetes u.a.

Desaktivierungstherapie

Diesen Teufelskreis kann man häufig mit einer Desaktivierungstherapie mit ASS durchbrechen. Eine erfolgreiche Therapie hemmt die Aktivität der die Leukotriene bildenden Enzyme. In der Folge werden weniger Leukotriene gebildet und weniger eosinophile Granulozyten angezogen. Demzufolge treten weniger Verkrampfungen der Bronchialmuskulatur auf und die Veränderungen in der Struktur der Bronchialwand sind geringer.



Auch Kinder und Jugendliche können eine Samter-Trias entwickeln

Im Ergebnis einer erfolgreichen adaptiven Desaktivierung wird die vorhandene Polyposis reduziert, werden neue Rezidive verhindert, bzw. das Neuauftreten von Rezidiven erheblich verzögert. Der Geruchssinn kann sehr häufig wieder hergestellt werden, die wässrige Nasensekretion sistiert, das Asthma wird stabil. Patienten mit Asthma bronchiale und einer Kortisondauertherapie können die Dosis reduzieren oder diese Therapie, die über viele Jahre erforderlich war, im besten Fall sogar beenden.

Bemerkenswert ist, dass Patienten mit schwer therapierbaren eosinophilen Asthma und ASS-Intoleranz, auch wenn schon eine starke fixierte Obstruktion der Bronchien vorliegt, von einer Desaktivierung profitieren und, wie oben schon erwähnt, die systemische Kortisontherapie reduzieren und im besten Fall sogar beenden können. Wir haben auch Patienten mit FEV1-Werten < 60% des Sollwertes eingeleitet und langfristig erfolgreich behandelt. In solchen Fällen bedarf es aber der ausreichenden Erfahrung

eines guten Stationsteams. Das bei diesen Patienten zur Anwendung kommende Schema ist modifiziert.

Bemerkenswert ist ebenfalls, dass auch Kinder und Jugendliche eine Samter-Trias entwickeln können. Auch hier besteht unter bestimmten, sehr eng gefassten Bedingungen eine Indikation zur Desaktivierung.

Ohne dass es die Patienten wahrnehmen, kann die regelmäßige Einnahme von ASS 100 mg pro Tag zur Infarkt- oder Schlaganfallprophylaxe, die vorn beschriebene Dysbalance über einen längeren Zeitraum demaskieren. Diese Patienten nehmen eine solche Medikamenteneinnahme als Ursache für ihre langsam zunehmenden Beschwerden nicht wahr. Auch in diesen Fällen kann, falls die Einnahme weiterhin erforderlich sein sollte, durch eine Desaktivierung innerhalb von zwei Tagen eine Verträglichkeit von 100 mg erreicht werden. Zuvor ist eine 10-tägige Therapiepause erforderlich.

Zusammengefasst: bei nicht ausreichend gut zu kontrollierenden Asthma, an Samter-Trias denken.

Dr. Uta Rabe
Zentrum für Allergologie und Asthma
Johanniter-Krankenhaus
im Fläming, Treuenbrietzen



Anzeige



Espan-Klinik

Rehabilitationsfachklinik für Atemwegserkrankungen



**Gerne senden wir Ihnen
auf Anfrage unsere attraktiven
„Gesundheitswochen“ Angebote zu**



Die Espan-Klinik ist eine familiengeführte Rehabilitationsfachklinik, die sich auf die Behandlung von Atemwegserkrankungen spezialisiert hat. Unter der Leitung von Lungenfachärzten werden unsere Patienten nach den neuesten medizinischen Leitlinien behandelt.

AHB/AR-Klinik, Rentenversicherung, alle Krankenkassen
Beihilfe, Privatzahler

Stationäre und ambulante Angebote
private Gesundheitsarrangements
Heilklimatischer Kurort, Seheilbad, Kneipp-Kurort

Die ruhiger Lage direkt am Kurpark von Bad Dürrhein, das reizarme Klima auf der Höhe von 700m, die heilsame Wirkung der Bad Dürrheimer Sole und die ebene Landschaft bieten hervorragende Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Rehabilitation

78073 Bad Dürrhein, Gartenstr. 9,
Tel: 07726/650
Fax: 07726/9395-929
E-Mail: info@espan-klinik.de
www.espan-klinik.de

Kurz und wichtig

Unterstützung Lebenshilfe und Heiterkeit im Alltag

Auch dieses Jahr fand im Informationszentrum der Oxy-Care Medical Group in der Bremer Innenstadt wieder ein fröhlicher Besuch statt. Der Anlass war die Spendenübergabe von Peter Peschel, Gründer und Inhaber des Unternehmens, in Höhe von insgesamt 14.000,- € an vier gemeinnützige Organisationen:

- Klinik Clowns Bremen e.V. – www.bremerklinik-clowns.de
- Kinderhospiz Löwenherz e.V. – www.kinderhospiz-loewenherz.de
- Ambulantes Kinderhospiz Jona – www.friedehorst.de/jona/
- Haus Mara für schwerstbehinderte Kinder der Friedehorst Stiftung Bremen – www.friedehorst.de



„Wir freuen uns, mit der Spende diese Einrichtungen zu unterstützen, die mit viel Engagement und zum großen Teil ehrenamtlich arbeiten. Sie bringen den Patienten und deren Angehörigen etwas Heiterkeit ans Krankenbett und versuchen, Lebenshilfe im Alltag zu leisten, um das Leben etwas leichter zu machen. Die Unterstützung dieser Arbeit ist uns seit Jahren ein wichtiges Anliegen“, verdeutlichte Peter Peschel.

Peter Peschel (li.) mit einigen Akteuren der gemeinnützigen Organisationen

Emotionale und besondere Momente



Beispiel Kinderhospiz Löwenherz e.V.

Einen Eindruck von der Arbeit bei Löwenherz vermittelt der neue Löwenherz-Kalender für das Jahr 2019. Auf zwölf Seiten wurden viele heitere, emotionale und charakteristische Momente mit der Kamera eingefangen.

Fotokalender (10,- €) bestellen über www.kinderhospiz-loewenherz.de oder Telefon 04242-59-5925-0

Barrierefreiheit ...auch in der Pneumologie

Häufig sind es schon kleine Veränderungen, die Menschen mit Behinderung den Weg zur Praxis und innerhalb der Praxis von Ärzten erleichtern – Maßnahmen, von denen letztendlich alle Patienten profitieren. Ganz praktische Ideen und Vorschläge für die behindertengerechte Praxis bietet die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) mit der Broschüre „Barrieren in der Praxis abbauen“, siehe www.kbv.de.

Beispiel Parkplätze

Behindertenparkplätze sind in der Regel größer als reguläre Parkplätze und befinden sich meist nah am Ein- und Ausgang eines Gebäudes. Sie sind eine echte Hilfe für Menschen, die mehr Bewegungsfreiheit benötigen, zum Beispiel, weil sie einen Rollator ein- und ausladen müssen.

Es kann für Patienten aber auch bereits sehr hilfreich sein, wenn grundsätzlich nahegelegene Möglichkeiten zum Parken mit einem leicht zu bewältigenden Weg zur Praxis, durch Arztpraxen aktiv kommuniziert werden. Auch bei öffentlichen Verkehrsmitteln helfen Informationen zur Verkehrsanbindung, beispielsweise Hinweise auf die nächsten Haltestellen von Bus oder Straßenbahn.

Erstes Gütesiegel in Augsburg

Als erste internistische Arztpraxis Bayerns erhielt das Zentrum für Pneumologie, Onkologie und Schlafmedizin der Augsburger Facharztpraxis um Dr. Andreas Hellmann und Kollegen in diesem Jahr das Gütesiegel „Bayern barrierefrei“.



links Bernhard Faderl, rechts Dr. Andreas Hellmann



Bestell- und Lieferservice

Patienten-Bibliothek[®]

Natürlich, Sie können die Zeitschriften weiterhin kostenfrei über Ihren Arzt, in der Klinik, über die Apotheke oder die Selbsthilfegruppen (siehe Hinweis im Impressum) beziehen. Die kostenfreien Sammelbestellungen erfolgen über die www.Patienten-Bibliothek.de.

Sie möchten jedoch die nächste Ausgabe der Patienten-Bibliothek ganz bequem nach Hause geliefert bekommen? Dann nutzen Sie ab sofort unseren Versandservice ohne Abonnementverpflichtung.

Bestellen Sie eine oder gleich mehrere Ausgaben. Wichtig: Der Bestellauftrag erhält Gültigkeit, sobald die entsprechende Einzahlung auf das u.g. Konto erfolgt ist.

Bestellungen können formlos per E-Mail (Angabe der Bestellung und Lieferadresse nicht vergessen!) und gleichzeitiger Zahlung an info@patienten-bibliothek.de oder per Einsendung des nachfolgenden Bestellcoupons erfolgen (kein Abonnement). Bitte senden Sie den Bestellcoupon an:

Patienten-Bibliothek gemeinnützige GmbH, Unterer Schranenplatz 5-7, 88131 Lindau

✂ Hiermit bestelle ich folgende Ausgabe(n) der Patientenzeitschrift Asthma bronchiale

COPD in Deutschland 2019 Bestellung muss vorliegen bis zum	Frühjahr <input type="checkbox"/> 15.03.2019	Sommer <input type="checkbox"/> 01.06.2019	Herbst <input type="checkbox"/> 01.09.2019	Winter <input type="checkbox"/> 30.11.2019
COPD in Deutschland 2020 Bestellung muss vorliegen bis zum	Frühjahr <input type="checkbox"/> 15.03.2020	Sommer <input type="checkbox"/> 01.06.2020	Herbst <input type="checkbox"/> 01.09.2020	Winter <input type="checkbox"/> 30.11.2020
Sonderausgaben	Atemwege	Frühjahr 2019	<input type="checkbox"/>	
	Asthma	Sommer 2019	<input type="checkbox"/>	
	Lunge	Herbst 2019	<input type="checkbox"/>	
	Lungenkrebs	Winter 2019	<input type="checkbox"/>	

Der Bezugspreis für eine Ausgabe beträgt € 2,50 (inkl. Porto und Versandkosten – gültig in Deutschland und im europäischen Ausland). Die Erscheinungstermine sind jeweils: 01.03./01.06./01.09. und 01.12.

Vorname:

Name:

Strasse, Hausnummer:

PLZ, Ort:

E-Mail für den Rechnungsversand angeben:

Die Bestellung erhält erst Gültigkeit, wenn der Bestellpreis auf das folgende Konto überwiesen wurde. Bitte beachten Sie, dass der Betrag spätestens zu den o.g. Bestellendterminen vorliegen und die komplette Lieferanschrift beinhalten muss..

Empfänger:	Patienten-Bibliothek gemeinnützige GmbH
Geldinstitut:	Sparkasse Lindau
Kontonummer:	1001 227 584
Bankleitzahl:	731 500 000
IBAN:	DE16 7315 0000 1001 2275 84
BIC:	BYLADEM1MLM
Verwendungszweck:	Angabe der Ausgabe(n) und komplette Lieferanschrift

12. Symposium Lunge



Symposium Lunge 2019

COPD und Lungenemphysem

Prophylaxe, Diagnostik und Therapien

Am Samstag, 07. September 2019

9:00 bis 17:00 Uhr

Auf dem Gelände des
Westfälischen Industriemuseum
Henrichshütte - Gebläsehalle
Werksstrasse 31-33
45527 Hattingen/NRW

Eintritt frei!

Ein Symposium für alle Atemwegs- und
Lungenerkrankte, deren Angehörige,
Ärzte und Fachpersonal

www.copd-deutschland.de

www.lungenemphysem-copd.de

Veranstalter:



Mitveranstalter:

