

Asthma und allergische Rhinitis

Zwei Gesichter eines Krankheitsbildes

Immer stärker verdichtet sich die Evidenz, dass eine allergische Rhinitis als ein unabhängiger Risikofaktor für Asthma zu betrachten ist. „Patienten mit einer allergischen Rhinitis haben ein etwa drei- bis vierfach erhöhtes Risiko, auch ein Asthma zu entwickeln“, konstatierte Prof. C. Bachert, Gent (Belgien). „Kinder scheinen dafür besonders anfällig zu sein.“ Und epidemiologische Studien belegen, dass 75–100% der allergischen und über 80% der nichtallergischen Asthmapatienten gleichzeitig an einer allergischen Rhinitis leiden.

Pathophysiologischer Hintergrund

„Sind die oberen Atemwege erkrankt, folgen auch die unteren Atemwege – oder sie sind bereits ebenfalls geschädigt, man sieht es nur noch nicht,“ erklärte Bachert. Der Schlüssel hierzu ist die allergische Entzündung, sie weist in den oberen und unteren Atemwegen viele Gemeinsamkeiten auf. Anscheinend führen Entzündungsmediatoren, die nach einer Allergenexposition in der Nase freigesetzt werden (z.B. Interleukin-5), zu einer Rekrutierung von eosinophilen Vorläuferzellen aus dem Knochenmark. Diese wiederum verteilen sich dann

in allen Abschnitten der Atemwege.

Daher scheint es sinnvoll, die therapeutischen Maßnahmen für die Behandlung der oberen und unteren Atemwege in einem gemeinsamen Therapiekonzept zusammenzufassen. So empfiehlt beispielsweise die ARIA¹-Initiative der Weltgesundheitsorganisation WHO, bei Vorliegen einer persistierenden Rhinitis, den Patienten hinsichtlich eines Asthmas zu untersuchen und zudem bei Asthmatikern generell nach einer allergischen Rhinitis zu fahnden.

Leukotriene wirksam inhibieren

Bei leichtem Asthma bronchiale ist die Entzündung mit der Behandlung mit Kortikosteroiden gut zu unterdrücken, Doch schon bei mittelgradigen und besonders bei schweren Erkrankungsformen sind die Symptome der Patienten auch mit einer Erhöhung der Kortikoiddosis nicht mehr zu beherrschen. Dies könnte möglicherweise darauf beruhen, dass Kortikosteroide die Synthese und Freisetzung von Cysteinyl-Leukotrienen in den Atemwegen nicht vollständig blockieren können. Diese Mediatoren jedoch sind an nahezu allen pathophysiologischen Veränderungen in den (oberen und unteren) Atemwegen von Asthmapatienten beteiligt.

Dass Montelukast (Singular[®]) – ein Leukotrien-Rezeptorantagonist – in dieser Situation eine sinnvolle Add-on-Therapiestrategie sein kann, hat vor kurzem die CASIOPEA²-Studie belegt, die Prof. A. Gillisen, Leipzig, präsentierte. Hier erhielten 639 erwachsene Patienten, deren Asthmasymptomatik trotz einer Behandlung mit Budesonid (400–1600 µg/Tag, je nach Schwere der Erkrankung) weiterhin persistierte, über 16 Wochen zusätzlich 10 mg Montelukast oder Plazebo. Unabhängig von der jeweiligen Budesoniddosis erhöhte sich die Zahl der asthmafreen Tage unter der Kombinationstherapie signifikant. Während unter der Budesonid-Monotherapie nur 42,3 asthmafreen Tage zu verzeichnen waren, schlugen unter der zusätzlichen Gabe von Montelukast 66,1 Tage ohne Asthmasymptome zu Buche (relative Risikoreduktion: 56%). Übrigens: Auch der Verbrauch an Beta-2-Mimetika als Notfallmedikament war in der Montelukastgruppe deutlich geringer.

Zweifach aufatmen

Besonders stark profitieren jedoch die Patienten von einer Therapie mit dem Leukotrien-Rezeptorantagonisten, die neben dem Asthma auch an einer allergischen Rhinitis leiden. Das sind nach Angaben von Bachert 80–99%, je nachdem ob man von nichtallergischen oder allergischen Asthmatikern ausgeht. Denn die Daten einer Subgruppenanalyse der COMPACT³-Studie haben kürzlich belegt, dass die Gabe von Montelukast gegenüber einer doppelten Dosis der inhalativen Steroide signifikant überlegen ist. „Damit bestätigt sich der theoretische Ansatz einer gemeinsamen Behandlung der oberen und unteren Atemwege ein-drucksvoll“, meinte Bachert. sts

Quelle: Pressekonferenz „AIRfolgreiche Therapie von Asthma und Allergie“, Veranstalter MSD Sharp & Dohme GmbH, Haar.

¹ allergic rhinitis and its impact on asthma

² capacidad de singular oral en la prevención de exacerbaciones asmáticas

³ clinical observation of montelukast as a partner agent for complementary therapy

⁴ prevention of virally induced asthma

Neu: Auch für die ganz Kleinen

In der Altersgruppe der unter drei Jahre alten Kinder leiden bereits etwa 20% unter bronchial-obstruktiven Episoden. Daher sollten Behandlungsstrategien für Kinder mit Asthma bronchiale eine antiinflammatorische Therapie beinhalten, um das Fortschreiten der Erkrankung aufzuhalten, konstatierte Dr. H.-G. Bresser, Bielefeld.

Seit März dieses Jahres gibt es mit dem Singular[®] mini 4 mg Granulat jetzt auch eine Darreichungsform für Kinder zwischen sechs Monaten und fünf Jahren. Das geschmacksneutrale Pulvergranulat kann in kalte und warme Speisen (z.B. Brei, Joghurt) eingerührt werden. Bislang war die regelmäßige Anwendung der Asthamedikamente mit dem Inhaler umständlich und schwer zu kontrollieren – eine Situation, die nicht nur die Kinder, sondern vor allem die Mütter stark belastet hat.

Auch bei einem virusinduzierten Asthma ist Montelukast eine wirksame Therapieoption, wie Bresser dokumentierte. Hatte doch der Wirkstoff in der PREVIA⁴-Studie – hier waren Kinder mit virusinduziertem Asthma entweder mit Plazebo oder Montelukast therapiert worden – gezeigt, dass eine Montelukasttherapie die Zeit bis zur ersten Exazerbation um 40% verlängerte. Gleichzeitig sank die Häufigkeit von Exazerbationen von 2,3 auf 1,6 Exazerbationen pro Jahr und der Kortikosteroidverbrauch konnte um 32% gesenkt werden.