



Patienten-Rat: Nr. 1 Asthma und COPD



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir haben festgestellt, dass Ihre Atembeschwerden bzw. Ihr Husten auf verengte Atemwege zurückzuführen sind. Patienten mit verengten Bronchien leiden unter Luftnot und haben oft ähnliche Lungenfunktionsbefunde. Dennoch ordnet die Medizin diese scheinbar gleichen Beschwerden verschiedenen Krankheitsbildern zu:

1. Wie unterscheiden sich Asthma, chronische Bronchitis, COPD und Lungenemphysem?

Asthma

Chronisch entzündliche Atemwegserkrankung, die mit einer variablen Verengung der Atemwege einhergeht. Die Atemwegsverengung kann sich von allein oder unter Behandlung vollständig zurückbilden. Sie geht mit einer Überempfindlichkeit der Atemwege einher.

Chronische Bronchitis

Chronische oder wiederkehrende Entzündung der Atemwege mit Husten und Auswurf über einen Zeitraum von mindestens 3 Monaten pro Jahr.

Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

Bleibende, medikamentös wenig beeinflussbare Verengung der Atemwege.

Lungenemphysem

Beim Lungenemphysem sind die Scheidewände zwischen den Lungenbläschen zerstört. Eine medikamentöse Reparatur dieses Schadens ist nicht möglich. Dennoch lässt sich durch eine intensive medikamentöse Behandlung häufig eine Linderung der Beschwerden erreichen, da in den allermeisten Fällen zusätzlich eine Verengung der Bronchien vorliegt.

2. Welche Medikamente werden zur Behandlung verengter Bronchien eingesetzt?

Man unterscheidet zwischen Medikamenten, die die Atemwege erweitern (-Sympathomimetika, Anticholinergika, Theophyllin) und Medikamenten, die die Entzündung der Atemwege bekämpfen (Kortison).

β -Sympathomimetika (z.B. lang wirksam: Foradil, Forair, Formatrix, Oxis, Onbrez, Serevent, Striverdi; kurz wirksam: Sultanol, Salbutamol, Berotec u.a.)

β -Sympathomimetika leiten sich vom Adrenalin, unserem Stresshormon, ab. Es gibt sie als kurzwirksame (Wirkdauer ca. 4 h) und langwirksame (Wirkdauer ca. 12 h bzw. 24 h) Substanzen. Sie werden inhalativ verabreicht (in Dosieraerosolen oder Pulverinhalatoren).

Die Inhalation führt nach wenigen Minuten zu einer Entspannung der verkrampften Bronchialmuskulatur und zu einem besseren Schleimtransport in den Bronchien. Da die Wirkung der β -Sympathomimetika sofort nach Inhalation eintritt (Ausnahme Salmeterol, das erst nach ca. 1 Stunde zu wirken beginnt), sind die kurzwirksamen β -Sympathomimetika die idealen Notfallmedikamente bei plötzlicher Atemnot. Die langwirksamen werden in der Dauerbehandlung eingesetzt. Bei empfindlichen Menschen können als Nebenwirkungen Hände zittern, Herzklopfen, Nervosität und Schlafstörungen auftreten. Diese Nebenwirkungen sind zwar unangenehm, aber harmlos. Sie sind dosisabhängig und können durch Umstellung auf Dosieraerosole, die weniger Wirkstoff pro Sprühstoß abgeben, beseitigt werden.

Beim Asthma müssen β -Sympathomimetika – abgesehen von ganz milden Asthmaverläufen mit nur gelegentlichen Atembeschwerden – immer mit einem Kortison-Dosieraerosol kombiniert werden.

Anticholinergika (z.B. Bretaris Genuair, Eklira Genuair, Seebri, Spiriva)

Anticholinergika blockieren den Vagusnerv, was zu einer Entspannung der Bronchialmuskulatur führt.

Bei der Behandlung der COPD wirken Anticholinergika genau so stark wie β -Sympathomimetika und werden bei der

Dauertherapie eingesetzt. Zur Behandlung bei schwerem Asthma ist z.Zt. Spiriva Respimat zugelassen. Anticholinergika erweitern die Bronchien, wenn die Bronchialverengung durch kalte Luft, Zigarettenrauch oder Stäube ausgelöst wurde. Ist die Bronchialverengung jedoch Folge einer Allergie oder tritt sie unter Belastung auf, sind Anticholinergika beim Asthmatiker in der Regel unwirksam.

Anticholinergika sind nahezu nebenwirkungsfrei.

Kortison-Sprays

Kortison ist beim Asthma das wirksamste entzündungshemmende Medikament. Da Kortison-Tabletten bei langdauernder hochdosierter Anwendung erhebliche Nebenwirkungen verursachen können, stehen sie jedoch auf der letzten Stufe des Asthma-Therapieschemas. Anders jedoch die Kortison-Dosieraerosole: Sie gehören zu den wirksamsten und ungefährlichsten Asthma-Medikamenten und bilden die Basistherapie.

Beim Asthma dämpfen Kortison-Sprays die asthmatische Entzündung ein. Bei der schweren COPD verhindern sie häufige Verschlechterungen. Die Wirkung der Kortison-Sprays tritt erst nach 1 bis 2 Wochen regelmäßiger Anwendung ein. Das Kortison-Spray ist daher kein Notfallmedikament!

In normaler Dosierung haben Kortison-Dosieraerosole etwa die gleiche Wirkung wie eine Kortison-Tablette von 5 bis 10 mg. Der entscheidende Vorteil der Kortison-Dosieraerosole: Sie entfalten ihre Wirkung nur an der Bronchialschleimhaut und haben in normaler Dosierung keine Kortison-Nebenwirkungen.

Voraussetzung für eine optimale Wirkung des Kortison-Sprays ist die gleichmäßige Verteilung im Bronchialsystem. Bei einer Pulverinhalation ist dies immer gewährleistet; bei manchen Kortison-Sprays muss jedoch ein Kunststoffballon (ein Spacer) auf das Dosieraerosol aufgesteckt werden

Als Nebenwirkung tritt bei 5 bis 10 % der Patienten Heiserkeit auf, die aber abklingt, sobald das Medikament abgesetzt wird.

Zwischen 4 und 13 % der mit inhalativem Kortison behandelten Patienten entwickeln einen harmlosen, aber unangenehmen Pilzbefall in der Mundhöhle, einen Mundsoor.

Mundsoor wird vermieden, wenn man nach der Inhalation den Mund ausspült. Am besten benutzt man sein Kortison-Dosieraerosol morgens und abends vor dem Zähneputzen.

Auch der Spacer beugt Mundsoor vor, weil in ihm die großen Kortison-Tröpfchen hängen bleiben, die sich sonst an der Rachenhinterwand niederschlagen würden. Kommt es trotz aller Vorsichtsmaßnahmen zu einem Soorbefall der Mundhöhle, muss das Kortison-Dosieraerosol vorübergehend abgesetzt und die Mundhöhle einige Tage lang mit einem Pilzmittel gespült werden.

2-fach Kombipräparate aus Kortison-Spray und langwirksamen β -Sympathomimetikum (z.B. Atmadisc, Rolenium, Viani, DuoResp, Spiromax, Flutiform, Foster, Inuvair, Symbicort, Relvar)

Diese Präparate werden eingesetzt, wenn der Patient auf längere Sicht ein inhalatives Kortisonpräparat und ein langwirksames β -Sympathomimetikum braucht. Da der Wirkstoff Salmeterol seine bronchialerweiternde Wirkung erst nach 30 bis 60 Minuten entfaltet, können Atmadisc, Rolenium und Viani nicht bei plötzlicher Luftnot eingesetzt werden. Patienten, die mit diesen Medikamenten behandelt werden, benötigen daher auf jeden Fall noch ein kurzwirksames Betasympathomimetikum als Notfallmedikament. Kombinationspräparate mit Formoterol oder Vilanterol (Atmadisc, Rolenium, Viani, DuoResp, Spiromax, Flutiform, Foster, Inuvair, Symbicort, Relvar) wirken dagegen fast genauso schnell wie ein kurzwirksames β -Sympathomimetikum.

2-fach Kombipräparate aus β -Sympathomimetikum und Anticholinergikum (z.B. Anoro, Ultibro, Brimica, Spiolto)

Um die Therapie für die Patienten zu vereinfachen, haben einige Pharmafirmen Kombinationspräparate auf den Markt gebracht, die langwirksames Anticholinergikum und langwirksames β -Sympathomimetikum zusammen enthalten.

3-fach Kombipräparate aus β -Sympathomimetikum, Anticholinergikum und inhalativem Kortison [z.B. Trelegy (zugelassen für COPD), Trimbrow (zugelassen für Asthma und COPD)]

Patienten, die unter einer Mischform von COPD und Asthma leiden oder deren COPD sich häufig verschlechtert, werden oft zusätzlich mit inhalativem Kortison behandelt. Beim schweren Asthma wiederum, bei dem inhalatives Kortison die Basistherapie bildet, ist zur Kontrolle der Krankheit oft neben dem β -Sympathomimetikum die Verordnung eines Anticholinergikum notwendig. Die Therapie wird durch 3-fach Kombinationspräparate vereinfacht.

Kortison-Tabletten (z.B. Prednisolon, Metysolon, Urbason, Decortin, Dermosolon, Prednison u.a.)

Kortison ist beim Asthma das wirksamste entzündungshemmende Medikament. Da Kortison-Tabletten bei langdauernder hochdosierter Anwendung erhebliche Nebenwirkungen verursachen können, werden als Basis der Asthma-Behandlung Kortison-Dosieraerosole eingesetzt: Sie gehören zu den wirksamsten und ungefährlichsten Asthma-Medikamenten.

Bei der COPD wirken Kortison-Tabletten gut bei der akuten Verschlimmerung. Als Dauertherapie sind sie bei vielen Patienten jedoch nicht besonders wirksam. Deswegen muss man genau prüfen, ob eine Dauertherapie mit Kortison bei der COPD Vorteile bringt. Auch die Kortison-Dosieraerosole haben bei der COPD nicht den gleichen Stellenwert wie beim Asthma. Sie stabilisieren das Krankheitsbild bei sehr schwerer COPD oder wenn die COPD instabil ist und zu häufigen Verschlimmerungen neigt.

Nebenwirkungen:

- **Bedeutsamere Nebenwirkungen treten im Allgemeinen nur dann auf, wenn Kortison-Tabletten oder -Injektionen in hoher Dosierung (über 10 mg) und für längere Zeit (länger als 4 Wochen) eingesetzt werden (beide Bedingungen müssen zutreffen)!**

Daher gilt für eine Dauertherapie mit Kortison-Tabletten oder -spritzen: Sowenig Kortison wie möglich, soviel wie nötig!

Das Nebenwirkungsrisiko lässt sich weiter verringern, wenn man den Tagesverlauf der natürlichen Kortisonproduktion nachahmt und die Tabletten morgens vor 8.00 Uhr einnimmt.

Wir setzen Kortison daher häufig als „Stoßtherapie“ ein: Man beginnt mit einer hohen Dosis, beispielsweise mit 50 mg, und vermindert sie alle zwei Tage um 10 mg. Nach zwei Wochen ist die Therapie beendet oder zumindest – falls erforderlich – eine kleine Kortisondosis für die Dauertherapie erreicht. Diese Therapieform führt ohne Nebenwirkungen schnell zu einer Besserung der Beschwerden.

Zu den gravierendsten Nebenwirkungen gehört die Osteoporose: Der Kalksalzgehalt von Knochen und Wirbelsäule nimmt ab, häufig begleitet von Rückenschmerzen. Schließlich kann es zu Knochen- und Wirbelkörperbrüchen kommen.

Eine hochdosierte Behandlung mit Kortison führt nach relativ kurzer Zeit zu einer Wassereinlagerung ins Gewebe: Das Gesicht kann etwas anschwellen. Die Schwellung bildet sich aber nach Absetzen des Kortisons wieder vollständig zurück.

Der Abbau von Eiweißdepots im Körper unter Kortisontherapie führt zu einer Abnahme der Muskelmasse. Fettdepots werden umverteilt: Vor allem im Gesicht und am Nacken nimmt das Fettgewebe zu.

Eine hochdosierte Kortison-Dauertherapie ist verantwortlich für die sogenannte „Kortisonhaut“. Die Haut wird papierdünn; da die Blutgefäße gleichzeitig brüchiger werden, treten nach geringsten Verletzungen blaue Flecke auf.

Bei Neigung zu Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) kann Kortison zu einer Erhöhung der Blutzuckerwerte führen, die dann medikamentös gesenkt werden müssen. Hat der Patient bereits einen Diabetes, führt eine Kortisongabe häufig dazu, dass die Diabetesbehandlung intensiviert werden muss.

Kortison kann zu einer erhöhten Anfälligkeit gegen Infekte und zu einer gestörten Wundheilung führen. Es begünstigt Magenschleimhautentzündungen, die Bildung von Magengeschwüren, Thrombosen, grüner und grauer Star.

- **Wichtig:** Wird eine Kortison-Therapie länger als 3 bis 4 Wochen durchgeführt, stellt der Körper die Eigenproduktion ein, weil genügend Kortison zur Verfügung steht. Wird jetzt die Kortisontherapie abrupt beendet, kann es zu bedrohlichen Zuständen kommen, weil das lebensnotwendige Kortison nun vollständig entzogen ist. Eine Behandlung mit Kortison-Tabletten darf daher, wenn sie über mehrere Wochen durchgeführt worden ist, nicht plötzlich beendet werden. Die Dosis muss von Tag zu Tag vermindert werden (man spricht vom „Ausschleichen“), damit die Nebennierenrinde die Eigenproduktion wieder aufnehmen kann.

3. Wie wird inhaliert?

Dosieraerosol

1. Schutzkappe abnehmen
2. Dosieraerosol kräftig schütteln
3. Tief ausatmen
4. Mundstück mit den Lippen umschließen
5. Auslösen des Sprays mit Beginn der Einatmung
6. Tief einatmen
7. Atem 5 bis 10 Sekunden anhalten

Pulverinhalator

1. Schutzkappe abnehmen
2. Tief ausatmen
3. Mundstück mit den Lippen umschließen
4. Tief einatmen und Pulver einsaugen
5. Atem 5 bis 10 Sekunden anhalten

4. Nach welchen Regeln werden diese Medikamente kombiniert?

Asthma

Die Asthma-Therapie wird immer an den aktuellen Grad der Beschwerden angepasst: Bei geringfügiger Verschlechterung reicht meist eine Dosiserhöhung der eingesetzten Medikamente aus. Bei deutlicher Verschlechterung muss man im Stufenschema eine Stufe höher steigen (bzw. falls man bereits bei Kortison angelangt ist – die Kortisondosis erhöhen). Besteht über einen längeren Zeitraum selbst bei körperlichen Anstrengungen völlige Beschwerdefreiheit und liegen sämtliche Peak-Flow-Werte in der Nähe des Bestwertes, darf die Therapie nach Absprache mit dem Arzt wieder zurückgefahren werden.

Steigerungsstufen:

1) Kortisonspray (+2) β -Sympathomimetikum (+3) Anticholinergikum und/oder Montelukast (+4) evtl. Reservemedikamente (+5) Kortisontabletten

COPD

Auch bei der COPD erfolgt die Therapie nach einem Stufenschema. Während beim Asthmatiker die Therapie jedoch dem jeweils aktuellen Beschwerdegrad angepasst wird, werden Patienten mit einer COPD meistens auf eine Dauertherapie eingestellt, die über längere Zeiträume unverändert bleibt. Einen großen Unterschied gibt es beim Einsatz von Kortison-sprays: Beim Asthma gehören sie zu den wirksamsten Medikamenten und bilden die Basistherapie. Bei der COPD werden sie dagegen nur eingesetzt, wenn die Erkrankung weit fortgeschritten oder instabil ist und zu häufigen Verschlimmerungen neigt.

Steigerungsstufen:

1) β -Sympathomimetikum (+2) Anticholinergikum (+3) evtl. Kortisonspray (+4) Kortisontabletten

5. Erstmaßnahmen bei plötzlicher Luftnot



Notfallspray immer dabei haben! (kurzwirksames β -Sympathomimetikum; auch Inhalationsmedikamente mit den Wirkstoffen Formoterol (enthalten in Foradil, Forair, Formatrix, Oxis, DuoResp Spiromax, Flutiform, Foster, Inuvair, Symbicort), Olodaterol (enthalten in Striverdi und Spiolo), Vilanterol (enthalten in Anoro und Relvar) und Indacaterol (enthalten in Onbrez und Ultibro) wirken schnell)

1. Ruhe bewahren! Falls Sie ein Peak-Flow haben: Peak-Flow-Messung!
2. Kutschersitz einnehmen (die Unterarme ruhen auf den Oberschenkeln oder auf einer Tischplatte)! Atmen mit Lippenbremse (langsam durch die gespitzten Lippen ausatmen)!
3. Notfall-Spray (β -Sympathomimetikum) inhalieren!
4. Falls nach 5 Minuten keine Besserung: Inhalation wiederholen!
5. Falls nach weiteren 5 Minuten keine Besserung: sofort 50 mg Kortison einnehmen!
6. Falls nach 20 Minuten keine wesentliche Besserung: Notarzt rufen (Tel. 112)!

Falls deutliche Besserung: Trotzdem sofort den Arzt aufsuchen, damit die Therapie intensiviert werden kann.

Atemtechniken bei plötzlicher Luftnot

Atemtechniken oder krankengymnastische Übungen können verengte Bronchien zwar nicht weiten, aber sie können helfen, einen Atemnotanfall besser durchzustehen. Hilfreich sind der Kutschersitz, die Lippenbremse und Techniken zur Angstbewältigung.

Kutschersitz:

Die Unterarme ruhen auf den Oberschenkeln (oder werden auf einer Tischplatte abgestützt). Dadurch wird der Schultergürtel fixiert und der Wirkungsgrad der Brustkorb-Atemmuskulatur erhöht.

Dosierte Lippenbremse:

Der Patient atmet langsam durch die gespitzten Lippen aus. Dadurch erhöht sich der Druck in den Bronchien und wirkt einer Kompression oder gar einem Kollaps der kleinen Bronchien entgegen.

Angstbewältigung:

Ruhiges diszipliniertes Atmen, das Ausatmen mit der Lippenbremse und eine Körperhaltung, die den Schultergürtel fixiert, tragen beim Asthmaanfall dazu bei, dass der Patient sich gegen die Krankheit gewappnet fühlt. Entspannungsübungen wie das autogene Training befähigen den Patienten, während des Anfalls ruhig zu bleiben und die Wirkung der Medikamente abzuwarten.

6. Buchtipps zum Weiterlesen

„Gut leben mit Asthma“ von Dr. Peter Hannemann, Cuvillier-Verlag Göttingen, 5. Auflage 2018

„Gut leben mit COPD“ von Dr. P. Hannemann, Humboldt/Hogrefe-Verlag, Hannover 2022