

Charakterisierung der Atemwegsentzündung

Was bei Asthma der Blick durchs Mikroskop verrät

Schweres Asthma tritt vor allem bei Erwachsenen in mittleren Jahren auf. Wichtig ist die strukturierte Charakterisierung der Atemwegsentzündung. Viele der betroffenen Patienten haben eine Allergie. Die Allergiediagnostik ist daher bei schwerem Asthma obligat.

Asthma bronchiale ist ein Syndrom mit verschiedenen pathophysiologischen Hintergründen. Etwa 3–4% aller Betroffenen haben schweres Asthma. Das heißt: Trotz hoch dosierter inhalativer Steroide (ICS), langwirksamer Bronchodilatoren und/oder systemischer Steroide sowie bei guter Adhärenz sind die Symptome unzureichend kontrolliert. „Schweres Asthma ist in erster Linie eine Erkrankung des Erwachsenenalters“, berichten Dr. Margarete Olivier von der Universitätsklinik Essen und Kollegen. Es beginne meist in der dritten Lebensdekade [1].

Allergisches Asthma fängt typischerweise im Kindesalter an. Wenn die Erkrankung dagegen im Erwachsenenalter beginnt, scheinen Allergien seltener eine Rolle zu spielen. Olivier und ihre Kollegen weisen jedoch auf eine Analyse der International Severe Asthma Registry (ISAR)-Daten hin, wonach die Hälfte aller erwachsenen Patienten mit schwerem Asthma eine allergische Rhinitis hat, jeder fünfte Patient eine chronische Rhino-

sinusitis und jeder zehnte eine atopische Dermatitis. Daher sei bei jedem Patienten mit schwerem Asthma die genaue allergologische Anamnese und gezielte Allergiediagnostik obligat. Denn dies wirkt sich auf die Therapieentscheidung aus.

Saisonal erhöhte Morbidität

Eine saisonal gesteigerte Asthmamorbidity lässt sich unter anderem bei Sensibilisierung gegen Baum- und Gräserpollen sowie Alternaria nachweisen. Aber auch ganzjährige Allergene von Hausstaubmilben, Tierhaaren und Pilzen können die Schwere des Asthmas bestimmen.

Besonders in Bezug auf Haustiere gebe es die klare Empfehlung zur Allergenvermeidung, wenn der Zusammenhang zwischen Allergenexposition und verschlechterter Asthmakontrolle gesichert sei, so die Pneumologen.

Für die Diagnostik und Therapie des schweren Asthmas halten Olivier und Kollegen eine individuelle phäno- und endotypische Charakterisierung unter anderem als allergisch, eosinophil oder nichteosinophil bzw. „T2(Typ-2)-hoch“ oder „T2-niedrig“ anhand von Biomarkern und klinischen Parametern für unverzichtbar. Für das schwere allergische und das schwere T2-hohe Asthma seien die modernen Biologika eine wesentliche Weiterentwicklung der personalisierten Medizin.

Meist findet sich bei schwerem Asthma eine hohe Zahl von Eosinophilen im Sputum (> 3%) und im Blut (> 300 Zellen/ μ l). Etabliert ist inzwischen die FeNO (fraktioniertes exhalierendes Stickstoffmonoxid)-Messung (> 50 ppb bei Erwachsenen) als indirekter Nachweis der eosinophilen Entzündung. Zu beachten ist, dass unter ICS-Therapie deutlich niedrigere Grenzwerte gelten.

Im Vergleich weniger gut verstanden wird derzeit das T2-niedrige Asthma. Hierbei ist die Entzündung eher durch TH1- und TH17-Zellen vermittelt. Im Sputum finden sich vermehrt Neutrophile und es gibt eine Assoziation zu Adipositas. Biomarker zur Charakterisierung dieser Asthmaform für die klinische Routine existieren bislang nicht.

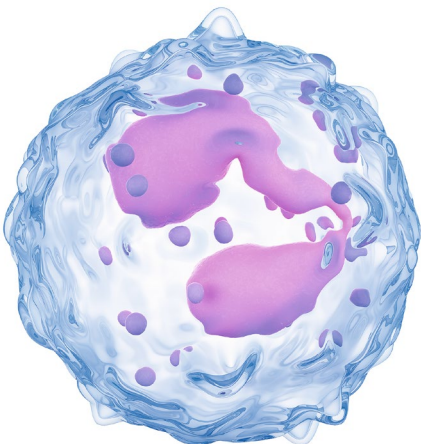
Bevor der Einsatz von Biologika bei schwerem Asthma erwogen wird, soll die konventionelle und leitliniengerechte Therapie über mindestens drei Monate konsequent fortgeführt werden. Die in der klinischen Praxis noch verbreitete Dauertherapie mit systemischen Steroiden muss aufgrund ihrer Nebenwirkungen und Folgen unbedingt vermieden werden.

Einsatz von Biologika

Bislang zugelassene Biologika sind der IgE-Antikörper Omalizumab, die Interleukin(IL)-5-Antagonisten Mepolizumab und Reslizumab, der IL-5-Rezeptor-Antagonist Benralizumab sowie Dupilumab, ein Antikörper gegen die IL-4-Rezeptor- α -Kette. Die Auswahl orientiert sich am klinischen Phänotyp, verfügbaren Biomarkern und dem Zulassungsstatus entsprechend der Altersgruppe. Auch Komorbiditäten wie eine atopische Dermatitis beeinflussen die Entscheidung.

Bei unzureichendem Ansprechen ist die Umstellung auf ein anderes Biologikum erfolgversprechend, da es bei der Orientierung am klinischen Phänotyp Überschneidungen zwischen allergischem und eosinophilen Asthma gibt. Unter bestimmten Umständen komme auch die Allergen-spezifische Immuntherapie infrage, so die Autoren. Eine Voraussetzung ist die stabile Asthmakontrolle. Prinzipiell empfehlen sie, die multiprofessionelle Diagnostik und Therapie von Patienten mit schwerem Asthma in einem Zentrum vornehmen zu lassen.

Dr. Thomas Meißner



© Sebastian Kaultzki / Fotolia

Eine Eosinophilie ist Kennzeichen des schweren Asthmas.

Hier steht eine Anzeige.

