

Atemtherapeutika

Asthma und COPD werden im Wesentlichen mit **inhalativen Arzneimitteln** therapiert. In der neuen Steckbrief-Reihe lesen Sie, was Sie in der Beratung der einzelnen Wirkstoffe beachten sollten.

Die beiden häufigsten nicht-infektiösen Atemwegserkrankungen sind Asthma bronchiale und COPD – die chronic obstructive pulmonary disease. Während Asthma bronchiale sehr häufig eine allergische Grundursache hat, gilt für die COPD das Rauchen als Hauptrisikofaktor. Die Diagnosestellung erfolgt meistens erst ab dem vierten Lebensjahrzehnt. Generell

steigt das Risiko für die COPD in Abhängigkeit von den Raucherjahren und der Anzahl der gerauchten Zigaretten. Das Flimmerepithel wird über die Jahre durch die inhalierten Schadstoffe dauerhaft geschädigt – die Bronchialschleimhaut reagiert mit vermehrter Schleimbildung, die den Auswurf verstärkt, und einer Verkrampfung der Bronchialmuskulatur. Die Symptome führen über Jahre zu einer irreversiblen Ver-

engung der Bronchien. Im Gegensatz dazu ist Asthma bronchiale eine chronisch entzündliche Atemwegserkrankung, die mit einer reversiblen Verengung der Atemwege und einer Überempfindlichkeit der Bronchien einhergeht. Diese Hyperreagibilität kann bei Asthmatikern zum Beispiel durch Qualm, Allergene, kalte Luft und Anstrengung ausgelöst werden. Die folgenden entzündlichen Prozesse führen zu ver-



© MayerKleinostheim / iStock / Getty Images

mehrter Schleimbildung, Verkrampfung der Bronchialmuskulatur und Ödembildung. Der Patient reagiert mit akuter Atemnot. Asthma bronchiale kann bereits Kinder betreffen, zum Beispiel dann, wenn eine atopische Grunderkrankung vorliegt. Aufgrund der unterschiedlichen Pathomechanismen bei Asthma und COPD wird verschieden therapiert, wenn auch viele Arzneistoffe für die Therapie beider Erkrankungen zugelassen sind. Bei der Therapie der COPD ist das Ziel, eine Symptomlin-

gemäß des Zustandes des Patienten angepasst. Hier werden von der nationalen Versorgungsleitlinie (NVL) die drei Kontrollgrade kontrolliertes Asthma, teilweise kontrolliertes Asthma und unkontrolliertes Asthma unterschieden. In die Beurteilung des Beschwerdezustands fließen die Symptome bei Tag und Nacht, die Einschränkungen im Alltag, der Bedarf an Notfallmedikation, die Lungenfunktion und die Häufigkeit von akuten Exazerbationen ein. Den Grad der COPD defi-

COPD-Patienten vervollständigen Theophyllin (nur noch sehr selten in der Verordnung) und der Phosphodiesterase-4-Hemmer Roflumilast die Wirkstoffpalette. Bei Asthma bronchiale sind auch der Leukotrienrezeptor-Antagonist Montelukast und die Antikörper Omalizumab und Mepolizumab weitere Therapieoptionen. Um die Behandlung der Patienten zu vereinfachen, wenn sie mehrere Arzneistoffe benötigen, gibt es verschiedene Kombinationspräparate. Üblich ist die

Obstruktive Atemwegserkrankungen, die nicht eindeutig Asthma oder COPD zuzuordnen sind, werden als ACO, Asthma-COPD-Overlap, bezeichnet.

derung zu erreichen. Die Verbesserung der Atmung erfolgt durch den Einsatz von inhalativen Bronchodilatoren. Sie sorgen für eine Erschlaffung der Bronchialmuskulatur und weiten so die Atemwege, soweit dies abhängig vom Schweregrade möglich ist. Die Asthma-Therapie beruht im Gegensatz dazu auf zwei Säulen, zum einen der akuten Erweiterung der verengten Bronchien mit Bronchodilatoren und zum anderen auf der antientzündlichen Therapie mit inhalativen Glucocorticoiden. Corticoide werden bei COPD wegen der geringeren Wirksamkeit nur bei Patienten mit einer fortgeschrittenen Erkrankung und einer erhöhten Rate an Exazerbationen eingesetzt. Exazerbationen sind akute Verschlechterungen des Beschwerdezustands. Sinnvoll sind inhalative Corticoide auch bei Patienten, die unter einer COPD mit einer asthmatischen Komponente leiden – ACOS (Asthma – COPD-Overlap-Syndrom). Bei Asthma bronchiale wird die medikamentöse Therapie

niert die GOLD-Leitlinie anhand von drei Kriterien: den Lungenfunktionswerten, den subjektiven Beschwerden des Patienten und dem Exazerbationsrisiko. Laut Leitlinie werden bei der COPD als nicht-medikamentöse Maßnahmen Physiotherapie, Bewegung, Raucherentwöhnung und Ernährungsberatung genannt. Bei Asthma sollte insbesondere die Vermeidung von bekannten Auslösern – zum Beispiel Allergenkarenz angeraten werden. Medikamentös werden bronchialerweiternde Beta-Sympathomimetika SABA (short acting beta agonists) sowie LABA (long acting beta agonists) und Parasympathomimetika SAMA (short acting muscarinic antagonists) sowie LAMA (long acting muscarinic antagonists) als Akut- und Basistherapeutika eingesetzt. Dazu kommen die inhalativen Glucocorticoide. Systemische Glucocorticoide werden nur dann eingesetzt, wenn mit den üblichen Arzneistoffen, keine ausreichende Therapiekontrolle erreicht werden kann. Bei

Kombination von inhalativem Glucocorticoid und langwirksamen Beta-Sympathomimetikum für Patienten mit Asthma bronchiale. Die Kombinationspräparate haben den Vorteil, dass sie die Compliance eines Patienten für die Einnahme des antientzündlichen Glucocorticoids verbessern. Werden Monopräparate verordnet, kommt es immer wieder vor, dass Patienten das Glucocorticoid einfach weglassen. COPD-Patienten profitieren auch von Kombinationen eines langwirksamen Beta-Sympathomimetikums mit einem langwirksamen Parasympathomimetikum (LABA/LAMA). ■

*Dr. Katja Renner,
Apothekerin*