



pina

news

Prävention bei der Allergiebekämpfung weiter stärken



Bundesminister
Horst Seehofer

In Deutschland leiden heute mehr als 30 Prozent der Menschen an einer allergischen Erkrankung. Die Tendenz ist steigend. Deshalb habe ich im vergangenen Jahr den Aktionsplan gegen Allergien vorgestellt. Für mich heißt moderner gesundheitlicher Verbraucherschutz, den Betroffenen so früh wie möglich umfassend zur Seite zu stehen.

Deswegen setze ich im Umgang mit Allergien als effiziente Hilfestellung auf Vermittlung, Vorbeugung und Vermeidung:

- Vermittlung ist dabei die Information und Beratung Betroffener auf aktuellem wissenschaftlichem Stand.
- Vorbeugung heißt, die Entstehung von Allergien von Anfang an zu verhindern und das Allergierisiko durch Prävention zu minimieren.
- Vermeidung bedeutet für Allergiker, den allergenen Stoffen so gut wie möglich auszuweichen.

Das Informations- und Präventionsnetzwerk Allergie/Asthma e. V. (pina) engagiert sich seit langem in diesem Bereich. Es wendet sich insbesondere an Paare, junge Eltern sowie Kinderärzte, um so frühzeitig der Entstehung von Allergien im Kindes- und Jugendalter entgegenzutreten. Damit leistet es einen wichtigen Beitrag zu mehr Wissen für Vorbeugemaßnahmen. Bei Allergie-

betroffenen wird durch die Arbeit des Netzwerkes der Umgang mit der Krankheit erleichtert. Ein breites Spektrum von Informationen können Beteiligte und Betroffene auch auf dem eigens von meinem Haus eingerichteten Allergieportal im Internet (www.aktionsplan-allergien.de) finden.

Ich begrüße, dass pina im Umgang mit Allergien an die Eigenverantwortung der Eltern appelliert, ihnen auf diese Weise größtmögliche Entscheidungsfreiheit verschafft und sie durch seriöse Information konkret unterstützt. Ich möchte alle jungen Eltern einladen, dieses Angebot für sich zu nutzen.

Mit seiner Aufklärungsarbeit hat das Präventions- und Informationsnetzwerk Allergie/Asthma zum Beispiel einen wesentlichen Beitrag dazu geleistet, junge Eltern über den wichtigen Schutzfaktor des Stillens von Säuglingen und die von Zigarettenrauch in der Wohnung von Familien ausgehenden Gefahren aufzuklären.

Auch bei den Fachleuten, insbesondere den Kinder- und Frauenärzten, Hebammen, Krankenkassen und medizinischen Fachgesellschaften möchte ich dafür werben, dass sie den Anstrengungen von pina eine gemeinsame Stoßrichtung geben und mit vereinten Kräften die Prävention bei der Allergiebekämpfung weiter stärken. Denn Allergien sind kein Schicksal, man kann aktiv gegen sie angehen.

Ihr

Horst Seehofer
Bundesminister für Ernährung,
Landwirtschaft und Verbraucherschutz

Inhalt.....

- 2 Effiziente Inhalationstherapie**
- 3 Sicherheit und Nebenwirkungen von inhalativen Steroiden**
- 3 Kasuistiken: Fehler beim Inhalieren**

Gehen Asthma und Heuschnupfen Hand in Hand?

Fragen an Dr. Christian Vogelberg, Universitätskinderklinik Dresden

Wie häufig treten allergische Rhinitis und Asthma gemeinsam auf?

Allergische Rhinitis ist ein hoher Risikofaktor für das spätere Auftreten eines Asthma bronchiale. Epidemiologische Studien haben gezeigt, dass bis zu 40 Prozent der allergischen Rhinitiker davon betroffen sind. Dazu kommt bei vielen Rhinitispatienten eine bronchiale Hyperreagibilität, die während der Pollenflugzeit zunimmt.

Was ist zu beachten, wenn die Beschwerden auch die tieferen Atemwege betreffen?

Treten Symptome wie persistierender Husten – insbesondere nachts oder unter körperlicher Belastung –, Ruhe- oder Belastungsdyspnoe oder Giemen auf, sollte an ein beginnendes Asthma bronchiale gedacht werden. Die umge-

hende Abklärung insbesondere durch Lungenfunktionsdiagnostik dürfte in der Regel rasch zu einer korrekten Diagnose führen.

Kann man der Asthmaentstehung vorbeugen?

Den größten Stellenwert im Hinblick auf die Asthmaprävention bzw. den Etagenwechsel hat sicherlich die spezifische Immuntherapie (SIT). Mehrere Studien, und hier für die Beurteilung bei Kindern insbesondere die PAT-Studie (Preventive Allergy Treatment Study), haben gezeigt, dass eine rechtzeitig durchgeführte SIT zu einer Verhinderung bzw. Verringerung der Neusensibilisierung führt. Dies vermindert die Häufigkeit des Etagenwechsels ebenso wie eine Steigerung der bronchialen Hyperreagibilität während des Pollenflugs.

Effiziente Inhalationstherapie

pina-Interview mit Dr. med. Wolfgang Kamin, Kinderklinik der Universität Mainz

► Welche Altersempfehlung gibt es für die unterschiedlichen Inhalationsformen?



Dr. Wolfgang Kamin

Im Wesentlichen stehen drei verschiedene Systeme zur Verfügung: Dosier-Aerosole (»Sprays«), Trockenpulver-Inhalatoren und Feucht-Vernebler. Jedes System hat seine Vor- und Nachteile, so dass die Auswahl des jeweiligen Inhalators stets auf den Einzelfall bezogen und in Abhängigkeit vom Alter erfolgen sollte. Auch individuelle Besonderheiten und Vorlieben des Patienten sind dabei zu berücksichtigen. Die Tabelle gibt eine Übersicht über den altersgemäßen Einsatz verschiedener Inhalationssysteme.

Im Wesentlichen stehen drei verschiedene Systeme zur Verfügung: Dosier-Aerosole (»Sprays«), Trockenpulver-Inhalatoren und Feucht-Vernebler. Jedes System hat seine Vor- und Nachteile, so dass die Auswahl des jeweiligen Inhalators stets auf den Einzelfall bezogen und in Abhängigkeit vom Alter erfolgen sollte. Auch individuelle Besonderheiten und Vorlieben des Patienten sind dabei zu berücksichtigen. Die Tabelle gibt eine Übersicht über den altersgemäßen Einsatz verschiedener Inhalationssysteme.

System	Zusatz	Alter des Patienten in Jahren		
		0-3	3-6	ab 6
Dosieraerosol + Vorschaltkammer	über Maske	+	-	-
	über Mundstück	-	+	+
Feucht-Vernebler	über Maske	+	-	-
	über Mundstück	(+)	+	-
Trockenpulver-Inhalator	-	-	-	+

► Wann ist die Inhalation per Dosieraerosol vorteilhaft?

Unter den Treibgas-getriebenen, FCKW-freien Dosieraerosolen sind für Kinder insbesondere so genannte »Lösungsaerosole« zu empfehlen. Sie erzeugen kleinere Wirkstoffteilchen, die leichter ihren Weg in die Bronchien finden. Generell können Dosieraerosole mit Vorsatzkammer bei Kleinkindern (und bei Säuglingen zusätzlich mit Maske) erfolgreich eingesetzt werden, wenn der Patient einen gleich bleibenden Einatemungs-Fluss von 40 bis 90 l/min erzeugen kann. Der Zeitaufwand ist deutlich geringer als bei Verneblern.

► Ab wann ist eine Pulverinhalation geeignet?

Meist ab dem Schulalter. Für Trockenpulver-Inhalatoren ist generell ein Einatemungsfluss von mindestens 30 Liter pro Minute (besser sind 60

l/min) notwendig, um das Medikament aus dem Inhalator freizusetzen.

► Welche Inhalationsform setzen Sie bevorzugt in der Praxis ein?

Keine. Die Inhalation muss an das Kind und die Familiensituation angepasst sein.

► Welche Aerosolgröße ist für die Inhalation im Kindesalter optimal?

Generell sollten für Kinder möglichst viele der inhalierten Teilchen einen Durchmesser von 3 µm oder kleiner haben. Sind sie größer, bleiben sie noch zahlreicher in Mund und Luftröhre stecken und können auch ungewollte Nebenwirkungen hervorrufen.

► Wie gut ist die Deposition in der Lunge bei den einzelnen Inhalationsformen?

Generell ist die Masken-Inhalation viel weniger effektiv als die direkte Mundstück-Inhalation, da die Nase als Partikelfilter fungiert. Bei Trockenpulver-Inhalatoren sollte berücksichtigt werden, dass die bronchiale Deposition maximal 35 Prozent der Nominaldosis erreichen

kann; denn der zur Freisetzung der Aerosole notwendige hohe Inspirationsfluss von mindestens 30 l/min (besser 60 l/min) führt zu einer hohen Abscheidung (Impaktion) von Medikament an der Rachenhinterwand (dystope Deposition) und damit zum Verlust von wirksamer Dosis. Vernebler haben den Nachteil, dass die Größe der Aerosole relativ stark variiert. Dosieraerosole erzeugen genau wie Trockenpulver-Inhalatoren zwar ein insgesamt stabileres Partikelspektrum mit kleineren Aerosolen, aber sie verlangen eine spezielle Inhalationstechnik mit gleichbleibendem Einatemungsfluss (40 bis 90 l/min).

► Was ist das Wichtigste für die Inhalationstherapie in der Praxis?

Generell stellt die Kooperation des Patienten den wichtigsten Faktor für eine erfolgreiche Inhalati-



Inhalation mit Dosieraerosol und Vorschaltkammer. Bild: PARI

onstherapie dar. Darüber hinaus sollte die Inhalationstechnik regelmäßig geprüft und geschult werden, denn nur etwa ein Drittel der Kinder ist in der Lage, ein Inhalationssystem allein nach verbalen Erläuterungen korrekt anzuwenden. Falsche Einatmungstechnik kann dazu führen, dass die Medikamente nicht in die Lunge gelangen, sondern im Rachen hängen bleiben und schließlich im Magen landen; dann ist auf jeden Fall die Wirkung der Medikamentendosis zu gering, um die allergischen Beschwerden zu kontrollieren.

► Wie kann man die Inhalation am Besten einüben?

Nach unseren Erfahrungen stellt eine Schulung mit optischem Feedback, zum Beispiel mit dem von uns entwickelten Inhalations-Manager® oder auch mit dem In-Check-System®, für Kinder ab vier Jahren ein geeignetes Mittel dar, um das Atemmanöver bei der Inhalationstherapie zu optimieren. Günstig sind Geräte mit Kontrollfunktion, die dem Patienten nach der Inhalation zum Beispiel akustisch oder taktil anzeigen, ob er korrekt inhaliert hat.

► Wie sieht Ihrer Meinung nach die Inhalationsform der Zukunft aus?

Die Inhalationsgeräte werden immer anwenderfreundlicher, so dass die Zahl systematischer Fehler reduziert und die pulmonale Deposition optimiert wird. Im Trend liegen Pulver und Dosieraerosole, aber auch Kombinationsgeräte aus Feuchtinhalation und Dosieraerosol (Respimat®), da hiermit die Therapie schnell durchgeführt werden kann.

Sicherheit und Nebenwirkungen von inhalativen Steroiden

PD Dr. med. Johannes Wildhaber, Kinderklinik Fribourg, Schweiz



PD Dr. Johannes Wildhaber

Die Nebenwirkungen inhalativer Steroide sind bei korrekter Verabreichung selten und gering, jedoch kann es bei unsachgemäßer Anwendung zu unerwünschten Beschwerden kommen. Es ist deshalb entscheidend, vor jeder vorgesehenen Therapie mit inhalativen Steroiden sich die Antworten auf folgende Fragen genau zu überlegen:

1. Ist die Indikation zur Behandlung der Symptome/Krankheit durch inhalative Steroide gegeben?
2. Welches ist das altersgerechte Inhalationsgerät?
3. Welches ist die Therapiedosis, -frequenz, -regelmäßigkeit?
4. Wie und wie häufig wird eine Therapiekontrolle durchgeführt?

Je nach Richtlinien wird entweder je nach Schweregrad mit einem inhalativen Steroid in einer Dosis von 100–800 µg BDP Dosisäquivalent oder mit einem niedrig dosierten inhalativen Steroid begonnen. Gemäß modernen Richtlinien wird die Therapiefrequenz nicht dem Asthmaschweregrad, sondern der Asthmakontrolle an-

gepasst. D.h. alle ein bis drei Monate wird die Dosis der antientzündliche Basistherapie gemäß der Asthmakontrolle entweder im Selbstmanagement oder im Rahmen einer ärztlichen Kontrolle gegebenenfalls gestoppt, reduziert oder erhöht.

Nebenwirkungen oft leicht zu beheben

Als lokale Symptome können Pilzinfekte im Mundraum und Heiserkeit auftreten. Diese Nebenwirkungen treten meist bei falscher Dosierung oder Inhalationstechnik auf. Oft genügen eine Verbesserung der Inhalationstechnik, die Anweisung, den Mund nach der Inhalation auszuspülen, oder eine Anpassung der Dosierung. Selten ist die Umstellung auf ein anderes Präparat oder Inhalationsgerät nötig. Häufig können auch durch die Kombinationstherapie mit einem Leukotrienrezeptorantagonisten die antientzündliche Therapie verbessert und inhalative Steroide gespart werden. Mögliche systemische Nebenwirkungen sind eine Wachstumsretardierung, eine Verminderung der Knochendichte und weitere Symptome einer Beeinflussung der hypothala-

misch-hypophysären Achse mit einer Nebennierenrinden-Insuffizienz. Diese systemischen Nebenwirkungen werden nur im Rahmen einer Überdosierung beobachtet, treten aber auch bei individuell vorkommender Steroidsensitivität auf. Deshalb ist neben der Überprüfung der Inhalationstechnik und der Dosisanpassung auch die individuelle Kontrolle systemischer Nebenwirkungen, insbesondere des Wachstums und der Wachstumsgeschwindigkeit, wichtig. Weitere Untersuchungen betreffend Knochendichte oder Nebennierenrinden-Insuffizienz sind nur angezeigt, wenn klinische Bedenken bestehen.

Meines Erachtens sollte die Problematik einer inhalativen Steroidtherapie offen mit den Eltern der jungen Patienten besprochen werden. Es darf nicht sein, dass asthmatische Kinder wegen unbegründeter Ängste ihrer Eltern keine genügende antientzündliche Therapie erhalten und als Folge unter körperlichen und psychosozialen Nebenwirkungen dieser fehlenden Therapie leiden.

Fehler beim Inhalieren - der Phantasie sind keine Grenzen gesetzt!

Kasuistik 1

Ein achtjähriges Mädchen mit bekanntem Asthma bronchiale kommt regelmäßig in die Ambulanz zu Kontrolluntersuchungen. Unter Therapie mit einem topischen Steroid, das als DA über eine Vorschaltkammer verabreicht wird, sind die Symptome gut kontrolliert. Bei der ambulanten Vorstellung erfolgt die Umstellung von DA auf eine Pulverinhalation (Turbohaler), die Technik wird vorgeführt und die Anwendung eingeübt. Acht Wochen später kommt es zu einem ungeplanten Ambulanzbesuch wegen zunehmender Atembeschwerden im Alltag. Ursache: ein Inhalationsfehler. Was war geschehen?

Kasuistik 2

Einem zehnjährigen Jungen mit neu diagnostiziertem Asthma bronchiale wird ein topisches Steroid rezeptiert. Die Inhalation mit Turbohaler wird in der Ambulanz eingeübt und der Junge angewiesen, zur Vermeidung von topischen Nebenwirkungen nach der Inhalation den Mund auszuspülen oder die Zähne zu putzen. Bei dem darauf folgenden Ambulanzbesuch ist keinerlei Beschwerdeverbesserung zu verzeichnen. Ursache: ein Inhalationsfehler. Was war geschehen?

Die Auflösungen finden Sie auf der nächsten Seite.



pina-Helpline, die telefonische Beratung bei Fragen zu Allergien und Asthma, richtet sich insbesondere an junge Familien und werdende Eltern. Werktags von 9 bis 12 Uhr beraten unter der Nummer

0 18 05 - 74 62 33 (12 ct/Min.)

Fachleute mit mehrjähriger Erfahrung in der Allergieambulanz fundiert und neutral. Umfassende Informationen bietet pina auch unter der Internet-Adresse www.pina-infoline.de. Hier findet sich u. a. das pina-online-Buch »Allergien und Asthma bei Kindern und Jugendlichen«, das alles Wichtige über Ursachen, Behandlung und Vorbeugung von allergischen Erkrankungen enthält. Es gibt aber auch fachkundige Antworten auf Fragen rund um Allergie und Asthma.

Die neue pina-Mannschaft

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Das Präventions- und Informationsnetzwerk Allergie/Asthma pina e. V., das inzwischen seit acht Jahren in Deutschland etabliert ist, erfreut sich unter Ihnen großer Beliebtheit. Unsere Symposien beim Deutschen Kinderärztekongress sowie beim Deutschen Allergiekongress werden sehr gut besucht. Im Internet steigt die Zahl derer, die an der pina-Infoline interessiert sind, stetig an, und die Anfragen aus dem ganzen Land nach den pina news haben alle unsere Erwartungen übertroffen.

Die Arbeit bei pina e. V. ist kein Alleingang. Zahlreiche Kolleginnen und Kollegen, denen der Präventionsgedanke im Bereich der pädiatrischen Allergologie ein großes Herzensanliegen ist, haben mich qualifiziert und engagiert unterstützt. Erwähnen und bedanken möchte ich mich insbesondere bei Dr. Frank Friedrichs und Dr. Armin Grübl, die über Jahre für unsere Print-Medien inhaltlich die Verantwortung getragen haben. Im vergangenen Jahr haben wir einen neuen Vorstand gewählt, der einige neue Namen aufweist:

Professor Dr. med. Claus Bachert

2. Vorsitzender von pina e.V.

Allergologisch tätiger Hals-Nasen-Ohrenarzt am University Hospital Gent (Belgien) und derzeitiger Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und Klinische Immunologie (DGAKI). pina e.V. heißt ihn sehr herzlich willkommen. Er hat über viele Jahre neben seiner wissenschaftlichen Arbeit den Gedanken der pädiatrischen Allergologie und insbesondere das Anliegen der Prävention nach Kräften unterstützt und wird für uns eine wesentliche Verstärkung sein.

PD Dr. Susanne Lau

Schriftführerin und Schatzmeisterin

Sie ist allen allergologisch Interessierten im In- und Ausland als ausgewiesene Expertin auf dem Gebiet der pädiatrischen Allergologie- und

Präventionsforschung bekannt. Ihr besonderer Aufgabenbereich wird die Überwachung der pina-Finzen sein.

PD Dr. Matthias Kopp

Als Leiter der allergologischen Spezialambulanz an der Universitätskinderklinik Freiburg hat er sich über Jahre im Bereich der klinischen und experimentellen allergologischen Forschung international qualifiziert, wobei der Schwerpunkt seines Interesses zuletzt immuntherapeutischen Interventionen galt. Ich freue mich besonders, dass PD Dr. Kopp gemeinsam mit Prof. Dr. Radvan Urbanek, der als emeritierter Ordinarius der Universitätskinderklinik Wien wieder nach Deutschland zurückgekehrt ist, ein starkes Team für die inhaltliche Gestaltung der pina

Prof. Dr. med. Ulrich Wahn

1. Vorsitzender pina e.V.

Helfen Sie mit!

Die fundierte Information der Betroffenen ist ein wesentlicher Baustein in der Prävention und Therapie allergischer Erkrankungen. Unterstützen Sie pina bei dieser wichtigen Aufgabe!

pina e.V., Konto-Nr. 48 470 674 00,
Dresdner Bank Kleinmachnow, BLZ 160 800 00

pina-Aktivitäten

Zertifizierte kinderpneumologische Fälle

Interessante und zertifizierte kinderpneumologische Fälle jetzt online bei www.aircademy-online.de/de/ Alle interessierten Kollegen können mitmachen. Wer einen interessanten Fall vorstellen möchte, kontaktiert

Prof. Dr. Volker Wahn
Klinik für Pädiatrie m.S. Pneumologie und Immunologie, Charité, Campus Virchow-Klinikum, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin,
Tel.: 030-450 566 693, DECT: 030 450 666 693, Fax: 030-450 566 931, E-Mail: volker.wahn@charite.de

pina-Symposien 2008

Donnerstag, 11. September 2008,
16.00–17.30 Uhr

Atemwegsallergien – Frühdiagnose und Frühintervention

pina-Symposium auf dem 3. Gemeinsamen Deutschen Allergie-Kongress Erfurt 2008

Samstag, 13. September 2008,
16.15–17.45 Uhr

Allergologie aktuell

Satellitensymposium von pina und GPA bei der 104. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin in München

Auflösung der Kasuistiken

Kasuistik 1

Als das Mädchen gebeten wurde, die Inhalation in der Ambulanz vorzuführen, zog sie einen Turbohaler und eine Vorschaltkammer aus der Tasche. Sie hatte die Pulverinhalation über die Vorschaltkammer inhaliert. Zu sehen ist das in der Vorschaltkammer Medikament, die pulmonale Deposition war somit völlig unzureichend.

Kasuistik 2

Nachdem der Junge gebeten wurde, die Inhalation in der Ambulanz vorzuführen, stellte sich heraus, dass er die Kappe des Turbohalers benutzte, um sich damit nach der Inhalation den Mund auszuspülen. Die Feuchtigkeit im System führte zu einer Verklumpung des Medikaments im Turbohaler, somit kam es zu keiner effektiven Medikamentenabgabe.

Die Köpfe von pina

Vorstand

Prof. Dr. Ulrich Wahn, Berlin
1. Vorsitzender
Prof. Dr. Claus Bachert, Gent/Belgien
2. Vorsitzender
PD Dr. Susanne Lau, Berlin
Schriftführerin/Schatzmeisterin
Dr. Andrea von Berg, Wesel
Prof. Dr. Matthias Kopp, Freiburg
Kerstin Kaniecki-Loop, Freiburg
Prof. Dr. C. P. Bauer, München/Gailbach
Prof. Dr. Frank Riedel, Hamburg

Beirat

Prof. Dr. Karl-Christian Bergmann, Berlin
Prof. Dr. Karl E. Bergmann, Berlin
Prof. Dr. Joachim W. Dudenhausen, Berlin
Dr. Hans-Joachim Mansfeld, Davos
Karin Niederbühl, Siegburg
Prof. Dr. Dietrich Reinhardt, München
Prof. Dr. Christian Rieger, Bochum
Dr. Ernst Rietschel, Köln
Prof. Dr. Wolfram Sterry, Berlin

Dr. Rüdiger Szczepanski, Osnabrück
Prof. Dr. Torsten Zuberbier, Berlin

pina-Geschäftsstelle

Sieglinde Meyer
Klinik für Pädiatrie m.S. Pneumologie/
Immunologie, Charité,
Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin
Tel.: 030-450566843
(dienstags 12–18 Uhr),
Fax: 030-450566943

Sponsoren

Dr. Beckmann Pharma GmbH
GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG
Milupa GmbH
MSD Sharp & Dohme GmbH
PARI GmbH
Phadia GmbH
Stallergenes GmbH & Co. KG

Impressum

pina news, Ausgabe 16/Frühjahr 2008

Herausgeber: pina e.V. Präventions- und Informationsnetzwerk Allergie/Asthma, c/o Klinik für Pädiatrie m.S. Pneumologie/Immunologie, Charité, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin.
Redaktion: M. Kopp, R. Urbanek, K. Kaniecki-Loop, U. Wahn. Abbildungen: bbm, PARI, privat. Textbearbeitung, Gestaltung, Herstellung: Wurms & Partner PR GmbH, Bernrieder Straße 4, 82327 Tutzing.