

Aktueller Stufenplan für die Asthmatherapie bei Kindern^a

Schweregrad	Stufe 1 rezidivierende bronchiale Obstruktion (wheezing) ¹	Stufe 2 episodisches Asthma	Stufe 3 persistierendes Asthma
Symptomatik	episodisches Husten/leichte Atemnot, Dauer > 48 h symptomfreies Intervall > 2 Monate	Intervall zwischen Episoden < 2 Monate von bronchialer Überempfind- lichkeit im symptomfreien Inter- vall ist auszugehen	an mehreren Tagen/Woche z. B. bei körperlicher Belastung oder nächtlichen Symptomen von bronchialer Überempfind- lichkeit im symptomfreien Intervall ist auszugehen
Lungenfunktion	nur episodisch obstruktiv, LuFu dann oft noch normal FEV1 > 80%, MEF25–75/MEF50 > 65% im Intervall ohne patholog. Befund	nur episodisch obstruktiv, LuFu meist pathologisch FEV1 < 80% und/oder MEF25–75/ MEF50 < 65% im Intervall ohne patholog. Befund	FEV1 < 80% und/oder MEF25–75/MEF50 < 65% auch im Intervall obstruktiv
Lebensqualität	nicht beeinträchtigt	nicht beeinträchtigt bzw. teilweise eingeschränkt	beeinträchtigt
Therapie	kurzwirksames β -Mimetikum, ggf. zusätzlich: Anticholinergika	kurzwirksames β -Mimetikum, ggf. zusätzlich: Anticholinergika	kurzwirksames β -Mimetikum, ggf. zusätzlich: Anticholinergika
Bedarfstherapie		evtl. DNCG oder Nedocromil für 6–8 Wo., falls keine Besserung und/oder häufiger β -Mimetika- Bedarf: inhalatives bzw. primär sicher dosiertes inhalatives Steroid	topisches Steroid, falls keine Besserung: Dosissteigerung bzw. add on Leukotrienantagonisten und/oder langwirksame β -Mimetika ² und/oder Theophyllin ret. und/ oder orales Kortison intervallmäßig ³
Dauertherapie	keine		

^a nach: Monatsschrift Kinderheilkunde 2002; 150:766–774; abweichend von der AWMF-Leitlinie (Stand: Juli 1998).¹ chronische Entzündung und Vorliegen einer bronchialen Überempfindlichkeit der Bronchialschleimhaut nicht obligat. Bei Kleinkindern vorwiegend in der kalten Jahreszeit und infektgetriggert. Bei Schulkindern oft nach sporadischem Allergenkontakt.² im Vorschulalter keine Efficacy- oder Safetydaten, deshalb nur in Ausnahmefällen.³ vor Dosissteigerung des topischen Steroids bzw. vor add on Therapie od. Gabe oraler Steroide: Vorstellung in einem Zentrum.Aktueller Stufenplan für die Asthmatherapie bei Erwachsenen^a

Dauertherapie (Controller)			
Stufe I	Stufe II	Stufe III	Stufe IV
Keine	topische Steroide 250–500 μ g/Tag evtl. Leukotrien-Rezeptor- Antagonisten 5 mg abends	inhalative Steroide 500–1000 μ g/Tag wenn nicht ausreichend, zusätzlich lang wirksames β -Mimetikum	inhalative Steroide 1000–2000 μ g/Tag lang wirksames β -Mimetikum
	alternativ: 3–4 \times 3–4 Hübe DNCG/Tag oder 2–4 \times 2 Hübe Nedocromil/Tag	evtl. Leukotrien-Rezeptor- Antagonisten 5 mg abends	und/oder retardiertes Theophyllin (Serumspiegel 5–15 mg/l)
bei Symptomen am Tag: < 2 \times /Woche und bei Nacht: < 2 \times /Monat	bei Symptomen am Tag: 1 \times /Tag und bei Nacht > 2 \times /Monat	und/oder retardiertes Theophyllin (Serumspiegel 5–15 mg/l) bei Symptomen am Tag: täglich und bei Nacht: 1 \times /Woche	orale Steroide (1–2 mg/kg KG, längerfristig 0,2–0,25 mg/kg KG) bei Symptomen am Tag: ständig und bei Nacht: häufig
FEV1, PEV \geq 80% des persönlichen Bestwerts	FEV1, PEV \geq 80% des persönlichen Bestwerts	FEV1, PEV 60–80% des persönlichen Bestwerts	FEV1, PEV \leq 60% des persönlichen Bestwerts
Bedarfstherapie (Reliever)			
Kurzwirksames β -Mimetikum			

^a nach: Medizinische Klinik 1998; 93: 639–650 sowie Empfehlungen der Dtsch. Atemwegsliga.

Empfehlungen zur Patienteninformation

Allergologie

U. Amon, A. Menne, R. Yaguboglu

© Steinkopff Verlag, Darmstadt 2003