Marcus Joest

MVZ Lungen- und Allergiezentrum Bonn,
Bonn, Deutschland

Sebastian Böing

Schwerpunktpraxis Lungen- und
Bronchialheilkunde, Allergologie und
Schlafmedizin, Meerbusch, Deutschland

Asthma bronchiale

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, liebe Leserinnen und Leser, die aktuelle Ausgabe des Kompass Pneumologie beschäftigt sich mit dem Fokusthema Asthma bronchiale. Durch die Optimierung der Asthma-Therapie in den letzten 40 Jahren ist es gelungen, einen Großteil der Asthmapatienten ambulant zu behandeln und Exazerbationen, die eine stationäre Aufnahme notwendig machen, in den meisten Fällen zu vermeiden. Das «Management» des Asthmas lernt man heute überwiegend in der Praxis und nicht mehr in der Klinik oder auf dem Notarztwagen [1]. Dies stellt uns vor die Herausforderung, pneumologische Weiterbildung zukünftig intersektoraler zu gestalten. Zugleich ist dieser Fakt auch ein Grund dafür, warum heute zwei niedergelassene Pneumologen Herausgeber dieser Ausgabe sein dürfen. In diesem Heft haben wir versucht, sowohl für ambulant als auch stationär tätige Kolleginnen und Kollegen interessante neue Aspekte aus Wissenschaft und Praxis auszuwählen.

Die Präzisionsmedizin hat mit dem Anti-IgE-Antikörper Omalizumab schon vor mehr als 15 Jahren Einzug in die Therapie des schweren Asthmas gehalten. In der Folge sind vier weitere Biologika (Mepolizumab, Reslizumab, Benralizumab, Dupilumab) mit anderen Ansatzpunkten (Interleukin-5, Interleukin-5-Rezeptor, Interleukin-4-Rezeptor) für die Therapie des schweren Asthmas zugelassen worden. Weitere sind in der Ent-

wicklung und werden in den kommenden Jahren das Therapiespektrum erweitern. Um diese kostenintensiven Therapien so zielgenau wie möglich einzusetzen, wurden in den Studien Biomarker identifiziert, die einen Therapieerfolg wahrscheinlicher machen. In der klinischen Routine sind dies neben spezifischem und Gesamt-IgE insbesondere die Eosinophilenzahl im peripheren Blutbild sowie die Messung des NO im Exhalat (fraktioniertes exhaliertes Stickstoffmonoxid, FeNO).

Ob Biomarker in der Therapiesteuerung des Asthmas auch im klinischen Alltag verwendet werden können, um den Einsatz von systemischen Glukokortikoiden zu reduzieren, hat eine britische Arbeit untersucht [2], die in einem der Fokus-Wissens-transfers kommentiert wird.

Die Therapieentwicklungen der letzten Jahre beschäftigten sich überwiegend mit Mediatoren der «eosinophilen Schiene». Hierdurch gerät leicht in Vergessenheit, dass bis zu 50% der Asthmatiker eine primär allergische, sprich IgE-vermittelte Genese haben [3] und Soforttyp-Allergien der wichtigste Auslöser eines Asthma bronchiale sind [4, 5]. Koschel et al. konnten zeigen, dass bei 43% von Patienten mit einem primär als nicht allergisch klassifizierten schweren Asthma bei Erweiterung des Testspektrums mindestens eine Sensibilisierung gegen ein perenniales Allergen gefunden werden konnte [6]. Hier spielten insbesondere Sensibilisierungen gegen

Staphylokokken-Enterotoxine, *Candida* und verschiedene Schimmelpilze eine Rolle. Allgemein bekannt ist, dass die Gattung *Alternaria* ursächlich für «Asthma-Epidemien» im Sommer ist, sowie *Aspergillus fumigatus* als Auslöser der allergischen bronchopulmonalen Aspergillose (ABPA) die Krankheitsverläufe von Asthmatikern deutlich verkomplizieren kann. Dass auch andere Schimmelpilze eine Rolle spielen können, wurde in einer Studie aus Göttingen [7] gezeigt, in der sich im Verlauf der letzten 20 Jahre eine relativ hohe und zeitlich betrachtet zuletzt ansteigende Prävalenz von Sensibilisierungen gegen sechs weitere Schimmelpilze bei Patienten mit Verdacht auf Atemwegsallergien fand. Demgegenüber steht ein Ausverkauf diagnostischer Allergene für den Hauttest, besonders im Bereich der Schimmelpilze. Testlösungen für ein breiteres Spektrum von Schimmelpilzen sind aktuell kaum noch beziehbar, Intrakutantests sind seit einigen Jahren komplett vom Markt verschwunden. Hier kann man nur sowohl an die Hersteller appellieren, weiter Pricktestlösungen von sel-

teneren Allergenen anzubieten, als auch die allergologisch tätigen Kolleginnen und Kollegen aufrufen, diese auch in der Diagnostik bei der Abklärung von Atemwegsallergien einzusetzen. Auch dazu findet sich ein Kommentar in diesem Heft.

Ein weiteres wichtiges Thema für die ambulante Patientenversorgung ist, welche Effekte auf ein allergisches Asthma durch eine Allergen-Immuntherapie (AIT; Synonyme: spezifische Immuntherapie, Hyposensibilisierung) zu erwarten sind. Hierzu hat die Übersichtsarbeit dieser Ausgabe von Ana I. Tabar et al. 2021 die aktuell vorliegenden Studien ausgewertet [8]. Bis zu welchem Asthma-Schweregrad eine AIT mit akzeptablem Nutzen-Risiko-Verhältnis eingesetzt werden kann, ist bislang unseres Wissens nach erst in einer Studie mit einer sublingualen Immuntherapie bei Asthmatikern mit Hausstaubmilbenallergie untersucht worden [9]. Hier ist auf weitere Studien zu hoffen, bis Therapieempfehlungen auch bei höheren Asthmaschweregraden gegeben werden können. Ein weiterer Wissenstransfer dieses Heftes beschäftigt sich

mit der subkutanen AIT bei Hausstaubmilbenallergie bei Kindern unter 5 Jahren.

Der Fallbericht von Carlos Martínez-Rivera und Kollegen schließt die Schwerpunktbeiträge dieses Heftes ab. Er schildert die rasche Wirkung von Benralizumab bei einer Exazerbation von schwerem eosinophilen Asthma im Zusammenhang mit eosinophiler Granulomatose mit Polyangiitis.

Es ist uns bewusst, dass wir in diesem Themenheft nur einen kleinen Teil der Krankheitsentität Asthma bronchiale beleuchten können und hoffen dennoch, Ihnen mit den ausgewählten Themen einige neuen Perspektiven für die praktische Arbeit eröffnen zu können. Wir wünschen eine kurzweilige und anregende Lektüre.

Ihre

Dr. Marcus Joest und Dr. Sebastian Böing

Literatur

- 1 Herkenrath S-D, Mülleneisen N, Tremml M, et al.: Unterschiedliche Häufigkeiten pneumologischer Krankheitsbilder in der ambulanten und stationären Medizin. *Pneumologie*. 2019;73(4):219–224.
- 2 Heaney LG, Busby J, Hanratty CE, et al.: Composite type-2 biomarker strategy versus a symptom-risk-based algorithm to adjust corticosteroid dose in patients with severe asthma: a multicentre, single-blind, parallel group, randomised controlled trial. *Lancet Respir Med*. 2021;9(1):57–68.
- 3 Pakkasela J, Ilmarinen P, Honkamäki J, et al.: Age-specific incidence of allergic and non-allergic asthma. *BMCPulmMed*. 2020;20(1):9.
- 4 Djukanovic R, Hanania N, Busse W, et al.: IgE-mediated asthma: New revelations and future insights. *Respir Med*. 2016;112:128–129.
- 5 Froidure A, Mouthuy J, Durham SR, et al.: Asthma phenotypes and IgE responses. *Eur Respir J*. 2016;47(1):304–319.
- 6 Koschel D, Mailänder C, Schwab Sauerbeck I, et al.: Non-allergic severe asthma: is it really always non-allergic? The IDENTIFY project. *Allergy Asthma Clin Immunol*. 2020;16(1):92.
- 7 Forkel S, Beutner C, Schröder SS, et al.: Sensitization against Fungi in Patients with Airway Allergies over 20 Years in Germany. *Int Arch Allergy Immunol*. 2021:1–9.
- 8 Tabar AI, Delgado J, González-Mancebo E, et al.: Spanish Allergy and Clinical Immunology Scientific Society (SEAC): Recent Advances in Allergen-Specific Immunotherapy as Treatment for Allergic Asthma: A Practical Overview. *Int Arch Allergy Immunol*. 2021:1–9.
- 9 Virchow JC, Backer V, Kuna P, et al.: Efficacy of a House Dust Mite Sublingual Allergen Immunotherapy Tablet in Adults with Allergic Asthma: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2016;315(16):1715–1725.