***Welt-Asthma-Tag 3. Mai***

28. April 2022

**Asthma beim Kind – häufig unentdeckt, oft nicht richtig behandelt**

**Asthma ist die häufigste chronische Atemwegserkrankung bei Kindern. Eine Erkrankung, deren Beschwerden belastender werden können, wenn die Pollensaison durch den Klimawandel immer länger andauert. Denn oftmals handelt es sich um ein allergisches Asthma, und hier leiden betroffene Menschen, vor allem Kinder und Jugendliche, dann zur Pollensaison besonders stark an Symptomen.**

**In Europa sind rund 5,5 Millionen[[1]](#footnote-1) Kinder an Asthma erkrankt. Die Diagnostik von kindlichem Asthma ist aber komplex und herausfordernd. Häufig kommt es dazu, dass die Erkrankung entweder nicht erkannt oder auch fälschlicherweise diagnostiziert wird. In der Folge werden diese Kinder und Jugendlichen nicht, nicht ausreichend oder unnotwendigerweise behandelt – mit mitunter weitreichenden Auswirkungen auf ihren weiteren gesundheitlichen Lebensverlauf: Aktuelle Daten der Österreichischen LEAD-Studie[[2]](#footnote-2) belegen, dass eine verminderte Lungenfunktion bereits im Kindes- und Jugendalter vorliegen kann und dass frühzeitige Diagnose sowie richtige Behandlung von entscheidender Bedeutung sind, da ein direkter Zusammenhang zwischen Lungenfunktion und Lebenserwartung besteht.**

**Anlässlich des bevorstehenden Welt-Asthma-Tages am 3. Mai betonen die Expert\*innen der Gesellschaft der Österreichischen Lungenfachärzt\*innen, ÖGP, mit Nachdruck die Wichtigkeit der richtigen und möglichst frühzeitigen Diagnose und Behandlung von kindlichem Asthma. Als Basis dafür wurde jüngst von einer Task Force der Europäischen Pulmologischen Gesellschaft (European Respiratory Society ERS) die erste Leitlinie für kindliches Asthma erarbeitet.**

**Asthma – häufigste chronische Atemwegserkrankung von Kindern**

Von kindlichem Asthma spricht man bei einer Erkrankung im Alter von 5 bis 16 Jahren. Die Prävalenz[[3]](#footnote-3) von Asthma bronchiale bei Kindern wird in der EU auf 9,4 Prozent geschätzt, das entspricht rund 5,5 Millionen1 betroffene Kinder.

Ein Problem bei kindlichem Asthma ist die Diagnostik. „Asthma vor dem fünften Lebensjahr zu diagnostizieren ist schwierig, denn mit so kleinen Kindern kann man die zur Diagnose notwendigen Tests einfach noch nicht durchführen“, so **OÄ Univ.-Prof.in Dr.in Angela Zacharasiewicz, MBA**, Leiterin des Arbeitskreises Pädiatrische Pneumologie der Österreichischen Gesellschaft für Pneumologie und Oberärztin an der Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde im Klinikum Ottakring, Wilhelminenspital.

**Kindliches Asthma – häufig unter- oder falsch diagnostiziert**

Und auch bei älteren Kindern und Jugendlichen gestaltet sich die richtige Diagnosestellung manchmal komplizierter: Untersuchungen an europäischen Schulkindern[[4]](#footnote-4) zeigen, dass Asthma oftmals unter- oder falsch diagnostiziert wird. Lungenspezialistin Zacharasiewicz: „Die Asthma-Diagnose bei Kindern stellt eine klinische Herausforderung dar. Ursache dafür ist oftmals, dass Atemwegsinfekte v.a. bei kleineren Kindern fehlgedeutet werden, da sie oft ähnliche Symptome hervorrufen wie Asthma. In der Folge kommt es manchmal zu einer Übertherapie mit Cortison[[5]](#footnote-5).“ Eine Unterdiagnostizierung wiederum führt nicht nur zu unnötigen Beschwerden, häufiger Schulabwesenheit und einer Einschränkung der Lebensqualität, sondern auch zu schwereren Asthma-Anfällen, Krankenhausaufnahmen und einer höheren Morbidität[[6]](#footnote-6).

**Erste Leitlinie für kindliches Asthma geschaffen**

Die bisherigen Asthma-Leitlinien bezogen sich nicht speziell auf Kinder. So hat sich eine internationale Expert\*innenrunde, eine Task Force der europäischen pulmologischen Gesellschaft ERS (European Respiratory Society), einige Jahre hindurch intensiv mit der Problematik auseinandergesetzt, wie Asthma beim Kind am besten zu diagnostizieren ist. Die Ergebnisse finden sich nun in der ersten Leitlinie für kindliches Asthma[[7]](#footnote-7).

Zacharasiewicz, CO-Autorin dieser ERS-Leitlinie: „Die Diagnose ‚Asthma‘ darf niemals auf nur einem einzigen Testergebnis beruhen. Wir wissen, dass die Diagnosestellung nicht immer einfach und meist nicht mit einem einzigen Arztbesuch gestellt werden kann.“

Nach den Empfehlungen der Leitlinie stützt sich die Diagnose von Asthma bei Kindern und Jugendlichen auf mehrere Säulen: Punkt eins, eine genaue Anamnese muss erhoben werden. Zacharasiewicz: „Oftmals braucht es dabei mehrere Vorstellungen beim Arzt, denn die Beschwerden wie Husten oder Atemnot, typischerweise verbunden mit pfeifenden Geräuschen, dem sogenannten Giemen, treten meist anfallsartig auf und dazwischen sind die Kinder und Jugendlichen beschwerdefrei. Daher ist es empfehlenswert, ein Asthma-Tagebuch zu führen, in dem die Symptome notiert werden.“

Dann empfiehlt die ERS-Leitlinie drei Schlüsseltests: Spirometrie, Reversibilitätstest (Bronchospasmolyse-Test) und den FENO-Test[[8]](#footnote-8), bei dem die Konzentration von Stickstoffmonoxid in der Ausatmungsluft gemessen werden. Ausschlaggebend für die Diagnose ‚Asthma‘ ist dann die Zusammenschau all dieser Resultate.

Zacharasiewicz: „Es gibt noch weitere mögliche Tests zur Diagnostik von Asthma, die in der Leitlinie hinsichtlich ihres sinnhaften Einsatzes behandelt werden und die additiv zur Anwendung kommen können, wenn mit Anamnese und den Schlüsseltests keine eindeutige Diagnose gestellt werden kann. Sind aber zwei von drei Schlüsseltests positiv, gilt die Diagnose ‚Asthma‘ als gesichert.“

**Richtige Diagnose entscheidend für den weiteren Lebensweg**

Eine korrekte Diagnose spielt sowohl für die betroffenen Kinder als auch ihre Familien eine große Rolle: Die Eltern wollen Klarheit, um ihre Kinder bestmöglich unterstützen zu können, ihre Symptome zu lindern und ihre Lebensqualität zu verbessern. Für die Kinder und Jugendlichen sind eine korrekte Diagnosestellung und nachfolgende Therapie, neben der Verbesserung der aktuellen Situation, enorm wichtig für ihren weiteren Lebensweg. „Denn die Lungenfunktion im Kindesalter hat Auswirkungen auf die Lungengesundheit im Erwachsenenalter“, so **Priv.-Doz.in Dr.in Robab Breyer-Kohansal**, Abt. für Atemwegs- und Lungenkrankheiten Klinik Penzing, Wien, und Forschungsleiterin am Ludwig Boltzmann Institut[[9]](#footnote-9) für Lungengesundheit. Ergebnisse der LEAD-Studie2, der bisher größten epidemiologischen Beobachtungsstudie Österreichs zur Lungengesundheit, zeigen, dass das Auftreten von erniedrigten Lungenfunktionswerten bei Kindern und Jugendlichen mit dem Auftreten von allergiebezogenen Merkmalen mittels Haut-Allergietest und dem Vorliegen chronischer Lungenerkrankungen wie Asthma verbunden sind. Wir wissen, dass Kinder mit erniedrigter Lungenfunktion ein erhöhtes Risiko haben, im Erwachsenenalter an einer chronischen Lungenerkrankung zu leiden. Daher sind wahrscheinlich Interventionen bereits in diesen jungen Lebensjahren besonders wichtig, um den weiteren Verlauf der Lungenfunktion zu beeinflussen.“

**Kindliches Asthma – vermehrtes Auftreten durch klimwandelbedingten Anstieg der Pollenbelastung möglich**

Im Zuge der LEAD-Studie wird unter anderem mittels Hautallergietest (Skin-Prick-Test, SPT) untersucht, ob eine Anfälligkeit für Allergien besteht und ob sich diese Allergien mit der Zeit auch ausprägen. Breyer-Kohansal: „Die LEAD-Studie untersuchte knapp 1.500 Kinder und Jugendliche und 10.000 Erwachsene von denen 37 % einen positiven Hautallergietest aufwiesen. Bei der nächsten Untersuchung, vier Jahre später, ist die Anzahl derer mit positivem Test – vor allem bei Kindern und jungen Menschen – weiter gestiegen.“ Eine mögliche Ursache dafür könnte der Klimawandel sein, da die Pollensaison heutzutage deutlich länger andauert als früher.

**Auch Allergien schon frühzeitig behandeln**

Rund 50% der Kinder mit allergischem Schnupfen entwickelt im Lauf ihres Lebens Asthma. „Forschungsergebnisse zeigen ganz klar, dass ein Zusammenhang zwischen Allergien und Asthma besteht, und gerade Kleinkinder, die eine Sensibilisierung aufweisen oder bereits an einer Allergie leiden, ein deutlich erhöhtes Risiko haben, auch an Asthma zu erkranken. Asthma ist die häufigste chronische Erkrankung im Kindesalter überhaupt und wird oft nicht rechtzeitig erkannt“, so **Prim. Priv.-Doz. Dr. Fritz Horak**, ÖGP-Arbeitskreis „Allergie und Asthma“ und Ärztlicher Leiter des Allergiezentrums Wien West.Während „nur“ rund 5% der Erwachsenen in Österreich an Asthma bronchiale leiden, sind es bei den Volksschulkindern rund 10%, Tendenz steigend. „In einem Zeitraum von knapp 10 Jahren hat sich die Anzahl asthmatischer Volksschulkinder um rund 16%, bei den 12- bis 14-Jährigen um 32% erhöht. Eine möglichst frühzeitige Diagnose und eine umgehende fachgerechte Behandlung von Allergien trägt also dazu bei, die Entwicklung von Asthma hintanzuhalten“, betont der Allergie-Spezialist.

**\*** *Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde im Text auf eine gendergerechte Schreibweise verzichtet.*

***Text und Fotos finden sich zum Download unter: www.medical-media-consulting.at/pressroom***

**Kontakt**

**OÄ Univ.-Prof.in Dr.in Angela Zacharasiewicz, MBA**
Leiterin des Arbeitskreises „Pädiatrische Pneumologie“ der Österreichischen Gesellschaft für Pneumologie

Leitende Oberärztin der Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde im Klinikum Ottakring, Montleartstraße 37

1160 Wien

Tel.: + 43/1/491 50 - 2810

E-Mail: angela.zacharasiewicz@gesundheitsverbund.at

**Priv.-Doz.in Dr.in Robab Breyer-Kohansal**Scientific director

The Austrian LEAD (Lung, hEart, sociAl, boDy) study

Klinik Penzing|Ludwig Boltzmann Institut für Lungengesundheit

Sanatoriumstrasse 2

A-1140 Wien

Tel.: +43 1 910 60 40731

E-Mail: robab.breyer-kohansal@leadstudy.at

[www.leadstudy.at](http://www.leadstudy.at/) |[facebook.com/AustrianLEADStudy](http://facebook.com/AustrianLEADStudy)

**Prim. Priv.-Doz. Dr. Fritz Horak**

Leiter des Allergiezentrums Wien West und stv. Leiter des Arbeitskreises für Asthma und Allergie der österreichischen Gesellschaft für Pneumologie (ÖGP)

Allergiezentrum Wien West

Hütteldorferstraße 46

A-1150 Wien

01/ 982 41 210

f.horak@allergiezentrum.at

**Rückfragen Presse**

**Urban & Schenk medical media consulting**

Barbara Urban: 0664/41 69 4 59, barbara.urban@medical-media-consulting.at

Mag. Harald Schenk: 0664/160 75 99, harald.schenk@medical-media-consulting.at

1. van den Akker-van Marle ME, Bruil J, Detmar SB. Evaluation of cost of disease: assessing the burden to society of asthma in children in the European Union. Allergy 2005; 60: 140–149.] [↑](#footnote-ref-1)
2. LEAD – Lung, hEart, sociAl, boDy – [www.leadstudy.at](http://www.leadstudy.at) [↑](#footnote-ref-2)
3. Prävalenz – ist eine Kennzahl für die Krankheitshäufigkeit. Sie bezeichnet die Anzahl der Krankheitsfälle im betrachteten Teil der Bevölkerung während eines bestimmten Zeitraumes oder zu einem bestimmten Zeitpunkt. [↑](#footnote-ref-3)
4. Aaron SD, Boulet LP, Reddel HK, et al. Underdiagnosis and overdiagnosis of asthma. Am J Respir Crit Care; Med 2018; 198: 1012–1020.

Yang CL, Simons E, Foty RG, et al. Misdiagnosis of asthma in schoolchildren. Pediatr Pulmonol 2017; 52:

293–302. [↑](#footnote-ref-4)
5. Heffler E, Pizzimenti S, Guida G, et al. Prevalence of over-/misdiagnosis of asthma in patients referred to an allergy clinic. J Asthma 2015; 52: 931–934. [↑](#footnote-ref-5)
6. Chua KL, Soh SE, Ma S, et al. Pediatric asthma mortality and hospitalisation trends across Asia pacific:

relationship with asthma drug utilization patterns. World Allergy Organ J 2009; 2: 77–82. [↑](#footnote-ref-6)
7. Gaillard et al., Eur Respir J 2021; 2004173. doi: 10.1183/13993003.04173-2020. [↑](#footnote-ref-7)
8. „Fraction Exspiratory Nitric Oxide“, auf Deutsch: fraktioniertes exhaliertes Stickstoffmonoxid (NO) [↑](#footnote-ref-8)
9. https://lunghealth.lbg.ac.at/ [↑](#footnote-ref-9)