

Diagnostik

Anamnese

- Atemnot
- pfeifendes Atemgeräusch
- Husten
- Allergien
- Familienanamnese

Spirometrie

- FEV₁/FVC <70 % des Sollwertes mit **Reversibilität** nach Bronchodilatation des FEV₁ von 200 ml **und** 12 %
- Wenn Spirometrie normal/unklar trotz Verdacht auf Asthma:
- Regelmässig Peak Flow messen durch Patient (Asthma-Tagebuch)
- Spirometrie durchführen wenn Beschwerden bestehen
- Wenn weiter unklar:
- Metacholin-Provokationstest beim Pneumologen

Allergiediagnostik

- wenn Asthma nach Exposition gegenüber Aeroallergenen auftritt:
- Eosinophile, Gesamt-IgE
 - Prick-Test mit Inhalationsallergenen

Begleiterkrankungen erkennen/behandeln

- Rhinosinusitis
- Adipositas
- GERD
- Angst, Depression
- Obstruktive Schlafapnoe

Assessment /Therapie

Asthmakontrolle bei jeder Visite

- Peak Flow Messung
- Kontrolle Inhalationstechnik
- Symptomkontrolle und ggfls. Dosisanpassung → Asthma Control Test

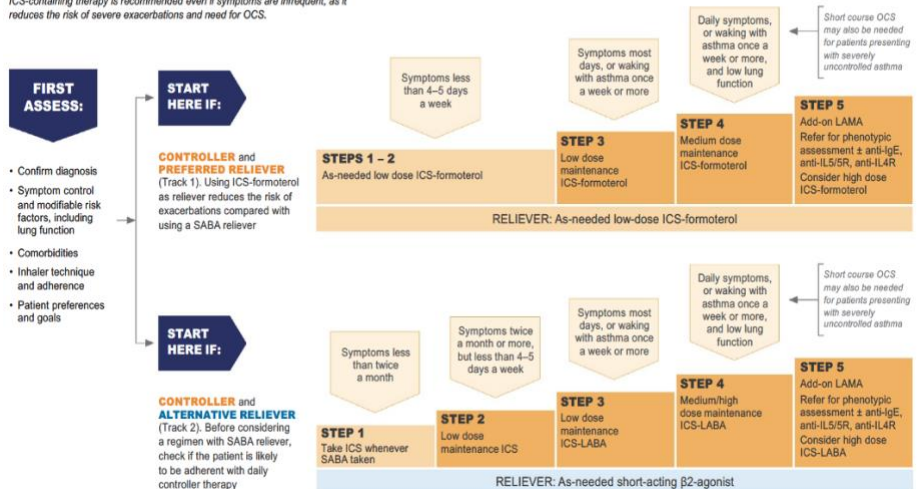
Nicht-pharmakol. Massnahmen

- Allergenexposition vermeiden
 - Körperliche Aktivität
 - Gewicht reduzieren
 - Nikotinstopp
-
- **Selbstkontrolle /Selbstmonitoring**
 - **Asthma-Tagebuch inkl. Aktionsplan hier**

Medikamente (Stufentherapie) ab 12 J.

STARTING TREATMENT in adults and adolescents with a diagnosis of asthma

Track 1 is preferred if the patient is likely to be poorly adherent with daily controller ICS-containing therapy is recommended even if symptoms are infrequent, as it reduces the risk of severe exacerbations and need for OCS.



Überweisung an Pneumologen

- Unsichere Diagnose
- Schwer zu kontrollierendes Asthma (ab Stufe 4)
- Nicht tolerierbare medikamentöse Nebenwirkungen
- Häufige Exazerbationen
- Abklärung allergische Trigger → Allergologe

Therapie Exazerbation

- Rasch wirksamer Beta-2-Agonist Ventolin®
- Orale Steroide so schnell wie möglich (1 mg/kgKG bis max. 50 mg/d) für 5–7 d und ausreichend inhalative Therapie
- Subjektive und objektive Kontrolle (Peak flow), Kontrolle nach 48 h
- Versuch Reduktion/Anpassung der inhalativen Therapie alle 4 Wochen