

Behandlung der akuten Bronchiolitis im Säuglingsalter

(Paediatrica 2003; 14 (6): 22–25)

Bernard Pelet, Lausanne
René Tabin, Sierre

Übersetzung: Rudolf Schlaepfer, La Chaux-de-Fonds

Die Empfehlungen der SAPP zur Behandlung der Bronchiolitis entsprechen in jeder Hinsicht dem heutigen Konsensus, welcher sich aus der in den letzten 2 Jahren erschienenen Literatur ergibt. Es scheint uns jedoch, dass sie weit entfernt sind von der täglichen Praxis und zu Katastrophen führen werden.

Es gibt ohne Zweifel eine grosse Anzahl von leichten Fällen, bei welchen Abwarten die einzig vernünftige Haltung ist. Es handelt sich jedoch in erster Linie um ein Evaluationsproblem und vor allem um die Evaluation des Verlaufes einer Bronchiolitis.

- Weit entfernt von der ärztlichen Praxis, verbleibt die Atemnot unter der alleinigen Kontrolle der Eltern, die genauestens über die Risiken instruiert werden müssen, mit ihren Möglichkeiten angepassten Evaluationskriterien. An sich schon nicht ganz einfach!
- Die Inhalationstechnik ist oft unzuverlässig: ca. 30% der Patienten haben gemäss den neuesten, an den Journées Parisiennes d'Allergologie et Immunologie Pédiatrique im letzten Herbst vorgestellten Resultaten eine schlechte Inhalationstechnik. Es handelt sich um eine zweite, den Eltern übertragene Verantwortung, welche ebenfalls einer ausführlichen Instruktion bedarf.
- In der Beobachtung ihres Kindes und in der Inhalationstechnik gut instruierte Eltern sind durchaus in der Lage, die ambulante Behandlung selbst schwerer Fälle zu übernehmen, jedoch mit einer Behandlung, welche ohnehin vor Übergang zur maschinellen Atemhilfe angewendet würde.

Persönlich als in der Praxis tätige Kinderärzte denken wir, dass es äusserst schwierig ist, eine schwere Atemnot nicht zu behandeln.

Vor die Wahl gestellt zwischen Spitalbehandlung und dem Versuch einer ambulanten Behandlung, ziehen wir die zweite Lösung vor mit entsprechenden Vorsichtsmassnahmen.

Die Grenze zwischen leichtem und schwerem Fall ist sehr schwer zu ziehen, da der Verlauf unvorhersehbar ist. Die Übertragung von Resultaten internationaler Studien auf sehr verschiedenartige örtliche Verhältnisse muss mit grosser Vorsicht geschehen.

Wir verfügen über ein dichtes Netz von gut ausgebildeten Kinderärzten, unterstützt durch Physiotherapeuten, welche in der Lage sind, Kinder zuhause zu behandeln, was die ambulante Beobachtung, Überwachung und Kontrolle von schweren Fällen erlaubt. Damit werden die Kosten einer Spitalbehandlung eingespart, welche schlussendlich doch höher liegen als jene einer ambulanten Inhalationstherapie.

Korrespondenz:

Dr. B. Pelet P.-D., M.E.R.

bernard.pelet@chuv.hospvd.ch

Antwort zum Leserbrief Über die Kunst, nichts zu tun anstatt etwas zu tun, das nichts hilft

Jürg Barben, Leiter Pneumologie,
Ostschweizer Kinderspital St. Gallen
Jürg Hammer, Leiter Intensivstation und
Pneumologie, Universitäts-Kinderklinik
beider Basel

Wir gehen mit den Kollegen B. Pelet und R. Tabin einig, dass es gelegentlich schwierig ist, den Verlauf einer Bronchiolitis korrekt abzuschätzen. Aus diesem Grunde ist es sinnvoll und gerechtfertigt, zu Beginn einer Bronchiolitis kurzfristige klinische Nachkontrollen (mit Beurteilung der Atemfrequenz, Einziehungen, Sauerstoffsättigung und des Trinkverhaltens) durchzuführen. Wir sind aber nicht der Meinung, dass die Überwachung bzw. Beobachtung der Säuglinge etwas mit der Abgabe von Medikamenten oder Inhala-

tionstherapien zu tun hat. Die Entscheidung, ob und wann ein Säugling wegen ungenügendem Trinkverhalten, Sauerstoffmangel oder Atemnot hospitalisiert werden soll, ist eine klinische Entscheidung des Arztes. Dabei spielen natürlich auch die sozialen Umstände und lokalen Gegebenheiten eine Rolle (Entfernung etc). Wir teilen auch die Ansicht, dass eine ambulante Behandlung in den meisten Fällen einer stationären Therapie vorzuziehen ist. Dies darf aber nicht dazu führen, dass dieses Bestreben mit der Anwendung von Therapien verbunden ist, die keinen klinischen Nutzen oder, wie im Falle der Inhalationstherapie bei der Bronchiolitis, sogar nachteilige Auswirkungen haben kann. Wir sind uns bewusst, dass es für den praktizierenden Arzt oft eine aufwändigere Gesprächsführung verlangt, keine Medikamente abzugeben als Massnahmen (z.B. Inhalationen) zu verordnen, von denen zumindest keine erheblichen nachteiligen Wirkungen zu erwarten sind. Dies umso mehr, wenn der Druck bzw. das Verlangen der Eltern nach Therapie gross ist. Trotzdem sind wir der Meinung, dass dies den Einsatz von Therapien nicht rechtfertigt, welche nach heutiger Kenntnis weder den Krankheitsverlauf verkürzen noch mildern. Dazu gehört bei der Bronchiolitis unter anderem auch die Inhalationstherapie mit Bronchodilatoren. Ein ähnliches Problem stellt sich zum Beispiel dem Pädiater auch bei der Behandlung der akuten Otitis. Um dem Arzt die Aufgabe etwas zu erleichtern und ihm Rückendeckung zu geben, haben wir absichtlich das Eltern-Informationsblatt entworfen, damit die Eltern über die meist harmlose, selbstlimitierende Natur der viralen Bronchiolitis auch von einer weiteren Seite aufgeklärt werden. Noch einmal darauf hinweisen möchten wir auch, dass sich unsere Empfehlungen ganz klar auf die akute virale Bronchiolitis des Säuglings beschränken und nicht für die virusinduzierte obstruktive Bronchitis des Kleinkindes gelten.