

High-Flow-Sauerstofftherapie bei Bronchiolitis funktioniert auch auf Normalstation

Eine Sauerstofftherapie mit hoher Gasflussrate über eine Nasenkanüle wird in zunehmendem Maße auch bei Säuglingen mit Bronchiolitis angewendet. Doch die Wirksamkeit einer derartigen Therapie außerhalb der Intensivstation ist bislang noch nicht belegt. In einer Studie wurde diese Methode nun mit der herkömmlichen Sauerstofftherapie verglichen.

Rund 1.500 Säuglinge, die an Bronchiolitis litten und eine zusätzliche Sauerstofftherapie benötigten, wurden entweder einer Hochfluss-Sauerstofftherapie (HFNC-Gruppe) oder einer Standard-Sauerstofftherapie (Standardgruppe) unterzogen. Die HFNC erfolgte mit einer Flussrate von 2 Liter/kg KG + Minute, die Standardtherapie mit maximal 2 Liter/Minute über eine Nasenkanüle.

Der primäre Endpunkt dieser australisch-neuseeländischen Studie war die Behandlungseskalation aufgrund eines Therapieversagens (definiert als mindestens drei der vier klinischen Kriterien: persistierende Tachykardie, Tachypnoe, Hypoxämie und medizinische Überprüfung, ausgelöst durch ein Krankenhaus-Frühwarnsystem). Sekundäre Endpunkte waren die Dauer des Krankenhausaufenthalts und der Sauerstofftherapie, die Transferrate in ein tertiäres Krankenhaus, Aufnahme auf der Intensivstation, Intubation und unerwünschte Ereignisse.

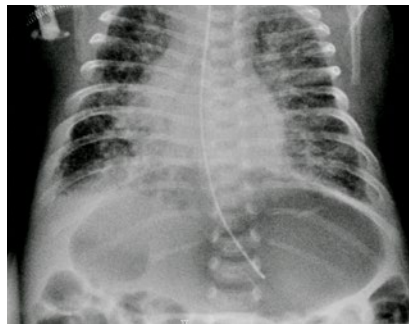


Abb. 1: Säugling unter HFNC mit Luftansammlung im Magen, am ehesten aufgrund der hohen Flussrate und der ineffektiven Absaugung über die eingebrachte Magensonde.

Der Prozentsatz der Säuglinge mit Behandlungseskalation betrug 12 % (87 von 739 Säuglingen) in der HFNC-Gruppe, verglichen mit 23 % (167 von 733) in der Standardgruppe ($p < 0,001$). Die Dauer des Krankenhausaufenthalts

oder der Sauerstofftherapie waren nicht signifikant verändert. Von den 167 Kindern mit Therapieversagen in der Standardgruppe sprachen jedoch 102 (61 %) auf die HFNC an.

Die Autoren resümierten: Bei Säuglingen mit Bronchiolitis, die außerhalb einer Intensivstation behandelt wurden, hatten diejenigen signifikant niedrigere Eskalationsraten aufgrund von Therapieversagen, die eine HFNC erhielten, verglichen mit denjenigen unter Standard-Sauerstofftherapie. Zudem half HFNC meist auch dann noch, wenn die Standardtherapie bereits versagt hatte.

Franklin D et al. A randomized trial of high-flow oxygen therapy in infants with bronchiolitis. *N Engl J Med* 2018;378:1121–31

Kommentar

Die „Gegenwind“-Atemunterstützung HFNC setzt auch auf der Normalstation ihren Siegeszug fort. Natürlich bedarf es einer korrekten Geräteeinweisung. Nur geschultes Personal darf die HFNC einsetzen, da sie naturgemäß mit höheren Flussraten arbeitet, daher mehr Gas verbraucht und eine entsprechende Überwachung der Patientensicherheit erfordert (**Abb. 1**). Die Methode ist sowohl im stationären als auch ambulanten Umfeld effektiv und sollte daher in allen Altersstufen entsprechend ihres Aufwandes auch von den Kassen endlich fair honoriert werden. *Dr. Thomas Hoppen*

Dauer einer chronischen Urtikaria abschätzen

Chronische Urtikaria kommt bei Kindern mit einer Häufigkeit von 0,1–0,3 % vor. Sie ist häufig sehr hartnäckig und oft schwierig zu therapieren. Zumindest eine ungefähre Abschätzung der Prognose würde helfen. Eine kanadische Studie konnte nun zeigen, dass sich mit zwei Biomarkern Hinweise auf eine zeitliche Einordnung des Krankheitsverlaufs finden lassen.

In ihrer Arbeit untersuchten Netchiporouk und Kollegen den Verlauf, die Subtypen, die speziellen Komorbiditäten sowie mögliche Prädiktoren für eine Remission der chronischen Urtikaria bei Kindern und Jugendlichen. Sie konnten dafür die Krankengeschichten von 139 Patienten im Alter zwischen 0 und 17 Jahren aufarbeiten, die 2013–2015 mindestens 6 Wochen rezidivierende Quad-

deln aufwiesen. Im Durchschnitt bestanden die Symptome seit circa 1,5 Jahren und es wurde leitliniengerecht mit systemischen Antihistaminika behandelt. Sprachen diese nicht an, wurde die Therapie mit Omalizumab (Xolair®, einem rekombinanten humanisierten monoklonalen Antikörper gegen Immunglobulin E, zugelassen zur Behandlung von schwerem allergischen Asthma bronchi-

ale und der chronischen spontanen Urtikaria) oder Ketotifen ergänzt. Als Ursache wurde bei 22 % der Patienten eine zumeist durch Kälte induzierbare Urtikaria diagnostiziert, gefolgt von der cholinergen Form der Urtikaria bei 6,5 % und der UV-induzierten Form bei 2,2 %. 28 % der Patienten hatten eine Erkrankung aus dem atopischen Formenkreis (zumeist Asthma oder atopische Dermatitis), circa 25 % der Patienten wiesen parallel ein Angioödem auf, was als prognoseverschlechternd gilt. 4 % litten gleichzeitig an einer Autoimmunerkrankung (Thyreoiditis, Diabetes Typ 1). Bei 24 Studienteilnehmern (17 %) kamen Autoimmunerkrankungen auch in der Familie vor, bei 17 Patienten (12 %) bestand eine chronische Urtikaria auch bei