

Alpha1-Antitrypsin-Mangel

Im Kindesalter eine bedeutungslose Rarität
oder
eine in der Pädiatrie unterschätzte Erkrankung?

M. Dahlheim
Kinderpneumologische Praxis,
Mannheim



AAT-Mangel

Eine in der Pädiatrie
weitgehend unbekannte Erkrankung!

- ♦ Grundlagen
- ♦ Symptomatik/Diagnostik
- ♦ Einfluss von Umweltnoxen
- ♦ Therapie

Weiterführende Literatur kann angefordert werden unter
praxis@kinderlunge.de


AAT-Mangel: Häufigkeit u. Verbreitung

de Serres, Worldwide racial and ethnic distribution of AAT-deficiency..., Chest 2002, 122(5):1818-29

- ♦ Ca. 116 Millionen heterozygoter gesunder Genträger
- ♦ Über 4 Millionen Träger zweier AAT-Mangel-Allele
- ♦ Eine der häufigen angeborenen Erkrankungen
- ♦ Weltweite Verbreitung
- ♦ Alle ethnischen Gruppen betroffen
 - ♦ Bevorzugt Weiße (Nordeuropa)
- ♦ In Europa 1:2000 bis 1:7000



Europaweite Verteilung der AAT-Genotypen

- ♦ S-Phänotyp am häufigsten auf Iberischer Halbinsel 
 - ♦ Bis zu 28% der „S-Genträger“
- ♦ Z-Phänotyp am häufigsten in Nordwest-Europa (Skandinavien, GB, NL, Nord-F) 
 - ♦ Abnahme von Nordwest nach Südost

Genetische Grundlagen des AAT-Mangels

- ♦ Vererbung autosomal kodominant
 - ♦ Beide Allele beeinflussen AAT unabhängig voneinander
- ♦ Genlokalisierung auf Chromosom 14
- ♦ Punktmutationen führen zu veränderter Molekülstruktur
 - ♦ Austausch einer AS
 - ♦ Glutamin gegen Valin bei S bzw. Glutamin gegen Lysin bei Z
- ♦ Über 100 Varianten bekannt

AAT-Molekül

- ♦ Serin Proteinase Inhibitor
 - ♦ verwandt mit Antithrombin, C1-Esterase-Inhibitor
- ♦ Glykoprotein
- ♦ Molekulargewicht 52kDa
- ♦ Bildungsort Hepatozyt (ferner Bronchialepithelzellen, Intestinale Epithelzellen und Phagozyten)
- ♦ Produktion ca. 35 mg/kgKG täglich, Akut-Phase-Protein
- ♦ Serumhalbwertszeit 4-7 Tage
- ♦ Serumspiegel bei Gesunden 150-350mg/dl

Nomenklatur des AAT-Mangels

• Gängige Nomenklatur richtet sich nach der Wanderungsgeschwindigkeit im Polyacrylamidgel bei der isoelektrischen Fokussierung (Pi-Typisierung):

- F: Fast
- M: Medium
- S: Slow
- Z: very slow
- Null und andere seltene
- Weitere „moderne“ Nomenklaturen

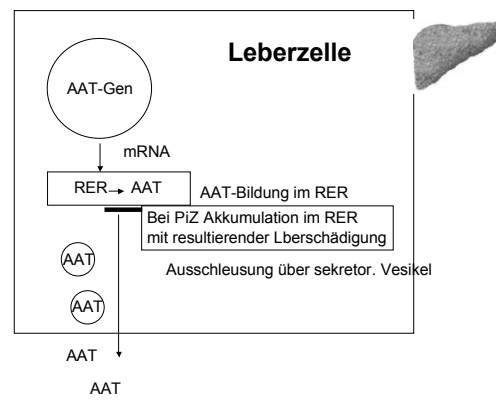


Funktion von AAT

- Hemmung von Serin-Proteasen
 - insbesondere Neutrophilen-Elastase im Bereich der Alveolen und des Interstitiums
 - Neutrophilen-Elastase dient der Abtötung von Bakterien, dem Abbau von Geweberesten bei der Wundheilung, ist beteiligt an der Chemotaxis
 - Im Zentrum der Entzündung hemmen von Granulozyten freigesetzte Peroxidasen AAT, im Umgebungsbereich überwiegt AAT und schützt vor überschießender Gewebeschädigung
- Bei Überschreiten der inhibitorischen Kapazität kommt es zur Destruktion von Elastin in der Lunge

Mit AAT-Mangel assoziierte Erkrankungen

- COPD
- Leberzirrhose (PiZZ)
 - Leberzell-CA
- Panniculitis
- Vasculitiden
- Granulomatöse Erkrankungen
- Urtikaria



Pathologie des Alpha-1-Antiproteasen-Mangels in der Leber

- Betrifft Typ PiZZ
- Fehlerhafte Ausschleusung aus Hepatozyten führt zu AAT-Anreicherung in der Leber
 - Bei Pi00 keine Anreicherung, da keine Bildung
- Die Anreicherung von AAT führt zu dem erhöhten Leberzirrhose- und CA-Risiko
 - Gleichzeitige Leber- und Lungenerkrankung beim selben Individuum selten

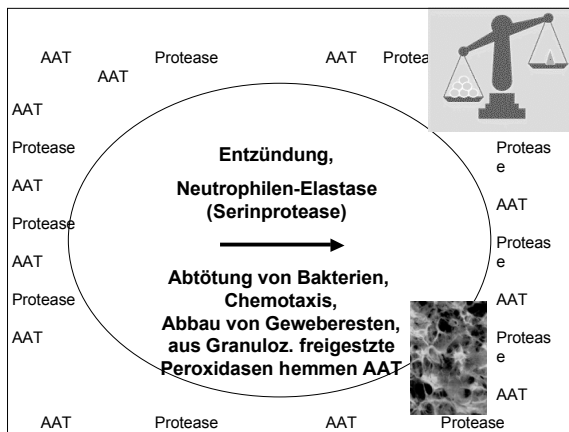
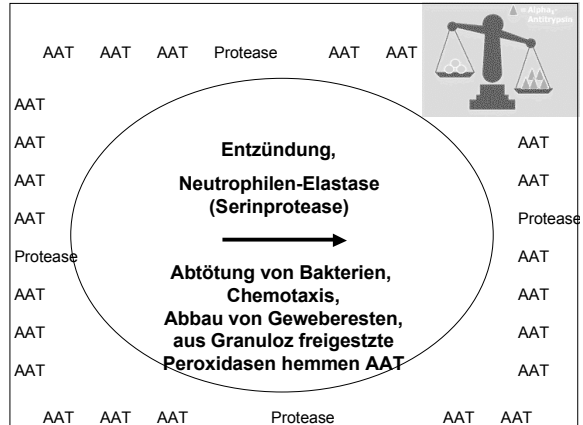
Lebererkrankung bei PiZZ

Schwedisches Screening 1972-1974

- 200.000 Kinder
- 127 PiZZ
 - 22 (17%) neonatale Cholestase
 - 70% erhöhte Leberenzyme in ersten LJ
 - 4 verstarben in ersten 12 LJ
 - 2 davon aufgrund Leberzirrhose, 1 aufgrund Anaphylaxie, 1 aufgrund Unfall (beide Fibrose)

Lebererkrankung bei AAT-Mangel

- Praktisch ausschließlich bei PiZZ
- Icterus neonat. (Cholestase)
- In bis zu 70% erhöhte Leberenzyme
- Entwicklung einer Leberzirrhose möglich
 - Leberzirrhose insgesamt eher selten
 - Aber: AAT-Mangel häufige Leber-Tx-Urs.



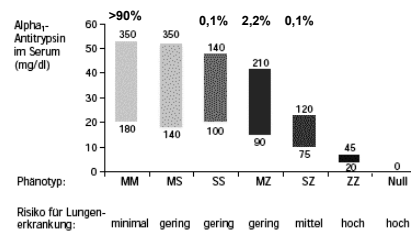
Pathologie des AAT-Mangels in der Lunge

- Destruktion von Elastin in der Lunge führt zum „Syndrom der schlaffen Lunge“:
 - Verlust der elastischen Rückstellkraft
 - Überdehnung der Alveolarwände
 - Rarefizierung der Alveolen
 - Panlobuläres Emphysem
 - Basale Lungenabschnitte stärker betroffen als apikale
 - höhere Ventilation und Perfusion
 - ausgeprägterer Imbalance zwischen schädigenden Agentien und schützenden Antiproteasen basal
- Ausbildung pulmonaler Hypertonie

Konzentration von AAT im Serum in Abhängigkeit vom Pi-Phänotyp

Phänotyp	Serumspiegel (mg/dl)	Emphysemrisiko
MM (>>90%)	150-350	Nicht erhöht
SS (<0,1%)	100-140	Nicht erhöht
MZ (2,2%)	90-150	Nicht erhöht
SZ (0,1%)	45-80	Mäßig erhöht
ZZ (<0,1%)	15-50	50-100%
00 (selten!)	0	100%

Kritische Grenze 80 mg/dl



Risiko für Lungen-erkrankung: minimal gering gering gering mittel hoch hoch

AAT-Mangel im Kindesalter



- Cholestase in Neonatalperiode (10-20% der Kinder mit PiZZ), Cholestase meist reversibel
- Selten schwere Verlaufsform mit Leberzirrhose und Exitus im Kindesalter
- Symptomatisches Lungenemphysem sehr selten (fast nur beim Pi-00-Typ)
 - Möglicherweise aber subklinische Veränderungen in Lungenfunktionsprüfung
- Häufig verspätete Diagnosestellung im Erwachsenenalter mit dann oft bereits fortgeschrittener Lungendestruktion

Lungenfunktion bei Kindern mit PiZZ



Zunächst Erhöhung RV und FRC, später Erniedrigung FEV1

Autor	n	Alter	Sympt	Pathol. Lungenfkt.
Karitzki et al.	2	9-19	0	50%
Hird et al.	28	2-16	2 BHR	50%
Wall et al.	22	12-18	2 BHR	9%
Paul et al.	7	3-19	1 BHR	42%
Wiebicke et al.	14	2-19	1 BHR	28%

AAT-Mangel im Erwachsenenalter



- Geringgradig erhöhtes Risiko für Leberzirrhose und hepatozelluläres Carcinom, große Streubreite beim Schweregrad der Leberschädigung
- In Abhängigkeit von AAT-Spiegel erhöhtes Risiko für Emphysem (ZZ, 00)
- Häufig verspätete Diagnosestellung (mehrere Jahre nach Auftreten erster Symptome)
- Auftreten von Dyspnoe meist zwischen 25. und 40. LJ
- Etwa 2% aller COPD liegt ein AAT-Mangel zugrunde

Typische Symptome des α_1 -Antitrypsin-Mangels im Erwachsenenalter, n=124, überwiegend PiZZ (Brantly, Am Rev Respir Dis 1988)



- Atemnot 98%
- Chronische Bronchitis 34%
- Rezidivierende Bronchitiden 17%
- Nichtproduktiver chronischer Husten 3%
- Lungenentzündung 20%
- Atemwegshyperreagibilität 20%

Stufenplan der Diagnostik

- Anamnese
 - Ikterus neonat./unkl. Lebererkrankung
 - Obstr./Unklare Lungenerkrankung
- Serumelektrophorese (ca. 1,-)
 - Fehleranfällig, häufig falsch neg. Befunde
- AAT im Serum (ca. 6 Euro)
- Genotypisierung (mehrere hundert Euro)
 - Alphakit?
- Lungenfunktion (Verlaufskontrollen)
- Radiologie (Verlaufskontrollen, CT?)



Radiologisches Erscheinungsbild des Emphysems bei AAT-Mangel

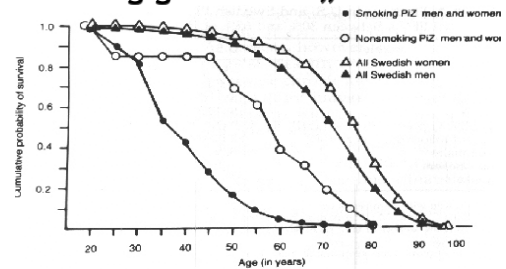


- Emphysem basal betont
- evtl. Bullae

AAT-Mangel und Umweltnoxen

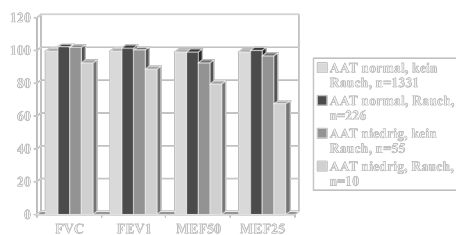
- ♦ Zigarettenrauch antagonisiert AAT
- ♦ Jährlicher FEV1-Abfall bei
 - ♦ Gesunden >30j. Nichtraucher ca. 35ml/y
 - ♦ PiZZ-Nichrauchern ca. 45ml/y
 - ♦ bei PiZZ-Rauchern ca. 70ml/y
- ♦ Einfluß von Passiv-Rauchen wahrscheinlich

Lebenserwartung in Abhängigkeit vom „Rauchen“



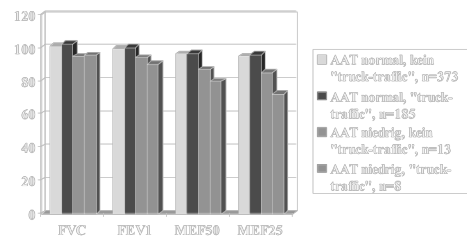
AAT (cut off 116mg/dl) und Tabakrauchexposition

v. Ehrenstein et al., Lung function of school children with low levels of AAT and tobacco smoke exposure, Eur Resp. J 2002; 19:1099-1106



AAT (cut off 116mg/dl) und LKW-Verkehr (cut off 730 LKW/d im Umkreis von 100m)

v. Ehrenstein et al.



Therapie des AAT-Mangels I

- ♦ Prophylaxe: Meiden exogener inhalativer Noxen, insbesondere Tabakrauch
- ♦ Konsequente antiphlogistische Therapie
 - ♦ Bei Atemwegsinfekten und bei Asthma bronchiale, aber auch bei anderen akuten Entzündungen (Vermeiden von AAT-Anhäufung in der Leber)

Therapie des AAT-Mangels II

- ♦ Atemtechniken/Physiotherapie/Sekretmobilisation
- ♦ Impfungen (Pneumokokken, Grippe)
- ♦ AAT-Substitution?
- ♦ Leber-Tx normalisiert AAT-Spiegel
- ♦ Lungen-Tx

Med. Therapie bei COPD infolge AAT-Mangels

- ♦ **β2-Mimetika inhalativ**
- ♦ **Anticholinergika**
- ♦ **Theophyllin? Nebenwirkungen!**
- ♦ **Inhal. Glucocorticoid?**
 - ♦ Langfristiger Nutzen in Studien zweifelhaft
 - ♦ Versuch gerechtfertigt, regelm. Reeval.
- ♦ **ACC?**

Therapie der COPD-Exacerbation

- ♦ **β2-Mimetika und Anticholinergika**
 - ♦ Cave: Pulver evtl. schlechte Deposition
- ♦ **Prednisolon systemisch**
- ♦ **Antibiotika**
- ♦ **Beatmung**
 - ♦ Großer Tubus
 - ♦ Permissive Hyperkapnie
 - ♦ Niedrige Frequenz
 - ♦ Gute Sedierung
 - ♦ Heliox (Helium-/O₂-Gemisch)?
- ♦ **Lungen-Tx**

Substitution von AAT (Prolastin)

- ♦ **Infusion von AAT 60mg/kg/Woche oder 240mg/kg/alle 4 Wochen**
 - ♦ Dtl. erniedrigter AAT-Spiegel <0,8g/l bzw. 35% der Norm
 - ♦ Mittelgradig eingeschränkte Lungenfunktion (FEV1 30-65%) oder FEV1-Abfall >120ml/Jahr
 - ♦ Erniedrigter AAT-Spiegel und normale LUFU???
- ♦ **KI: FEV1 <30%, RAUCHER, Kompletter IgA-Mangel, „Eiweißunverträglichkeit“, decomp. Cor pulmonale,**
- ♦ **Inhalation von AAT in Studien**

Zu ziehende Konsequenzen aus Diagnosestellung des AAT-Mangels

- ♦ *Neonatalperiode* *Kinder/Adoleszenz* *Erwachsene*
- ♦ **Antiinflammatorische Therapie(?)**
 - kein Rauchen kein Rauchen
- ♦ **Berufswahl**
- ♦ **Follow-up?**
- ♦ **Indikation zur Substitution** ? ?

Mögliche Konsequenzen eines Screenings

- ♦ **Wahl eines geeigneten Berufes**
- ♦ **Konsequente antientzündl. Therapie bei pulmonalen Infektionen**
- ♦ **Prävention vor Umwelttoxinen (insbesondere Tabakrauch, aber auch andere Schadstoffbelastungen der Luft)**
 - ♦ Unter schwedischen Rauchern, bei denen im Rahmen eines Screenings ein AAT-Mangel vom Typ PiZZ diagnostiziert worden war, hatten nur 3% jemals geraucht (...)

Mögliche negative Auswirkungen eines Screenings

(Stoller et al. 1994, Cleve Clin J Med 61: 461-467)

- ♦ **304 Patienten nach Diagnose des α₁-Antitrypsin-Mangels**
 - ♦ **Frühzeitige Berentung** **44%**
 - ♦ **Arbeitsplatzverlust** **16%**
 - ♦ **Arbeitsplatzwechsel** **19%**
 - ♦ **Versicherungsverlust** **11%**
 - ♦ **psychosoziale Belastung?**

Take Home Message:

**DER AAT-MANGEL IST REAL,
bitte differentialdiagnostisch bedenken!**

...vielen Dank!



www.kinderlunge.de