

- **Schwerpunkt: COPD**
- Langwirksame Bronchodilatoren bei COPDSeite 3
- Entwicklung des Lebenszeitriskos für COPD-ExazerbationenSeite 3
- Sildenafil zur Verbesserung der Lungenrehabilitation bei COPDSeite 4
- Beeinträchtigte Linksventrikelfüllung bei COPD und EmphysemenSeite 6
- Neue Klasse von BronchodilatorenSeite 7
- Vitamin D und chronisch-obstruktive LungenerkrankungSeite 7
- Akute COPD-ExazerbationenSeite 8
- Zusammenhang zwischen COPD und CVDSeite 10
- Funktionale Leistungstests und Mortalität bei COPDSeite 10
- Fluticasonfuroat/Vilanterol vs. Fluticasonpropionat/SalmeterolSeite 12
- Inhalative Corticosteroide bei COPDSeite 12
- Tiotropium RespiMat und Risiko für Tod bei COPDSeite 13
- Klassifizierung von Schweregrad und Progression von COPDSeite 13
- Lungensport nach pulmonaler Rehabilitation bei COPDSeite 14
- Biomarker für Emphyseme bei COPDSeite 18
- Spirometrie-Gleichungen der Global Lungs Initiative 2012Seite 19
- **Infektionen**
- Vitamin-D-Supplementierung und PneumonieSeite 4
- Spätfolgen nach Infektionen der unteren AtemwegeSeite 7
- Pneumoniediagnose bei akutem HustenSeite 14
- Multiresistente Pathogene und PneumonieSeite 16
- Ausbreitung von ST235 Pseudomonas aeruginosaSeite 16
- Levofloxacin und Moxifloxacin bei multiresistenter TuberkuloseSeite 18
- **Asthma & Allergie**
- Geschlechtsunterschiede bei AsthmaSeite 4
- Chronische Sputumproduktion bei AsthmatikernSeite 6
- Systemische und Atemwegsentzündung bei adipösen Kindern mit AsthmaSeite 8
- Wheeze-Phänotypen bei kleinen KindernSeite 10
- Ansprechen auf orale Glucocorticosteroide bei AsthmaSeite 12
- Saisonale Muster bei AsthmaSeite 13
- **Pneumo-Onkologie**
- Gleichzeitige Gabe von Säureblockern bei ErlotinibtherapieSeite 8
- Radikale Behandlung synchroner Oligometastasen beim NSCLCSeite 18
- EGFR-Mutationen bei LungenkrebspatientenSeite 19
- NSCLC: Ergebnisse der CISTAXOL-StudieSeite 19
- **Verschiedenes**
- Systemische Sklerose mit pulmonal-arterielle HypertonieSeite 3
- Nasales Tramazolin und Dexamethason bei OSASeite 6
- Stimmhaltung in Leitlinienkomitees bei InteressenkonfliktenSeite 14
- Pulmonale Hypertonie und SklerodermieSeite 16
- **Forschung, Hochschule & Verbände**.....Seite 20
- **Industrie**.....Seite 30
- **Termine**.....Seite 39

Editorial

Es gibt sie wieder, die chronisch-asthmoide Emphysembronchiti

In den 1980er-Jahren schien sie überwunden. Bis dahin war sie eine beliebte internistische Diagnose, wenn man nicht wusste, ob der Patient ein Asthma, eine chronisch-obstruktive Bronchitis oder ein Emphysem hatte. Dann wurden die Krankheitsbilder pathophysiologisch getrennt. Das Asthma erkannte man daran, dass es zumindest unter oralen Steroiden fast immer eine normale Lungenfunktion erreichte, die chronisch-obstruktive Bronchitis war mehr oder weniger produktiv und wenig reversibel (blue bloater) und das Emphysem durch wenig, eher trockenem Husten und ausgeprägte Diffusionsstörung (pink-puffer) gekennzeichnet. Die Unterscheidung hat gerade heute zum Teil erhebliche therapeutische Konsequenzen. Natürlich kommen Kombinationen vor, aber in der Regel steht eine der Erkrankungen (heute Phänotypus genannt) im Vordergrund.

Dann kam die GOLD-Leitlinie (jetzt Empfehlung), bei der das Emphysem nicht mehr vorkam, höchstens noch für chirurgische Eingriffe. Schließlich entdeckte man die COPD neu, jetzt auch mit bronchitischer Symptomatik. Das alles hing mit den jeweils entwickelten Pharmaka beziehungsweise deren Kombinationen zusammen, die dafür entsprechende Einschlusskriterien für große Studien generierten. Diese produzierten dann eine scheinbar unumstößliche Evidenz im Rahmen der kontrollierten Studien, die man anschließend regelmäßig auf das gesamte Kollektiv verallgemeinerte (auch in Leitlinien), was aber so unzulässig ist, denn das wurde auch nur ansatzweise nie geprüft.

Das Asthma hat man länger außen vor gelassen. Insbesondere in Verbindung mit den Anticholinergika kommt es jetzt mit wehenden Fahnen dazu. Plötzlich sieht das Asthma ganz anders aus. Die Lungenfunktionswerte liegen um 70% FEV₁ und zeigen eine Reversibilität um 15%¹⁻³.

Der Höhepunkt ist jetzt eine Arbeit⁴, die zeigt, dass chronischer Husten und Sputumproduktion das Outcome eines stabilen Asthmas verschlechterten. Früher hätte man gesagt, es ist einfach ein Asthma, das im Laufe der Zeit zusätzlich eine chronisch-obstruktive Bronchitis bekommen hat. Ähnliche Patientenkollektive bilden übrigens auch die Basis der oben bereits erwähnten, erstrangig publizierten Studien. Mit dem klassi-



Herausgeber: Di

schon Asthma, ... sieht, hat das we eben einfach ein chronisch-obst. (oder vereinfacht). Beide Entzündungen nicht selten nebenwirken selbstversterioide und Antic

Für die Praxis einfacher, die einbilder so zu beschu und die im EinzelKombinationen zu zu einer differenzi

Demnächst kriemöglichst noch als damit der Arzt nieFür die pulmonalungleich seftenerer Diagnostik immosodass mitunterweite Fälle eine men. Und bei Ast geht der intellektu bleibt einfach be, herde mitzulaufen Mit herzlichen G

D. Köhler

Dieter Köhler, em. ärz. 57392 Schmallenberg E-Mail: d.koehler@

Literatur siehe S. 11



SPIH
(Ti