

► Schwerpunkt: Asthma bronchiale	
Nikotinkonsum in der Schwangerschaft und Asthma	Seite 3
Asthma und Reinigungssprays im Haushalt	Seite 3
Einschätzung des „Coping“ bei Asthma	Seite 3
Behandlung kleiner Asthma-Patienten mit Albuterol	Seite 5
Übergewichtige Jungen im Grundschulalter	Seite 6
Anthropometrische Maße bei Geburt und Asthma bei familiärer Vorbelastung	Seite 9
Asthma und emotionale Schwangerschaftseinflüsse	Seite 10
Jugendliche mit Asthma	Seite 10
Ernährung und asthmaphänliche Symptome im Kindesalter	Seite 10
Einfluss von Adipositas auf Asthma, Überempfindlichkeit der Atemwege	Seite 12
Soziale Herkunft und Asthma im Kindesalter	Seite 12
Asthma Control Test	Seite 14
FeNO und Hyperreaktivität der Bronchien als Surrogatmarker für Asthma	Seite 15
Kurzwirksame Beta-Agonisten und Vorhersage zukünftiger Asthmaereignisse	Seite 15
ICS bei Asthmapatienten mit erhöhter FeNO-Konzentration	Seite 15
Ernährung und Asthma	Seite 17
Einsatz von Medikation nach Asthma-Notfall	Seite 17
Bakterien, Asthma und Atopien	Seite 19
► Infektionen	
Virale Infektionen der unteren Atemwege und Handhygiene an Schulen	Seite 8
Chronischer Husten	Seite 19
► COPD	
Atemfrequenz während Exazerbationen bei COPD-Patienten	Seite 4
6-Minuten-Gehtest bei COPD-Patienten	Seite 4
Neue COPD-Einteilung nach GOLD	Seite 5
COPD und körperliches Training zur Senkung der Morbidität	Seite 8
COPD und kognitive Dysfunktion	Seite 9
Dänische Studie zum Einsatz der Spirometrie bei COPD	Seite 17
COPD: Standardtherapie plus Tiotropium	Seite 19
► Diverses	
Intranasale Corticosteroide bei Pollinose	Seite 4
Operation zur Reduktion des Lungenvolumens	Seite 5
Inhalation von Medikamenten bei kleinen Kindern	Seite 6
Ist die obstruktive Schlafapnoe eine Winterkrankheit?	Seite 6
Hygiene-Hypothese, Genetik und Entstehung von Atopien	Seite 8
Training der inspiratorischen Muskulatur bei GERD und LES	Seite 9
Schwimmbadbesuche und Atemwegssymptome	Seite 12
Biomarker in der Diagnose pulmonaler Hypotonie bei ILD	Seite 14
Acetazolamid bei Hypoxie	Seite 14
► Forschung, Hochschule Et Verbände.....	Seite 16/18/22
► Industrie.....	Seite 25

Editorial

GOLD – Glänzt nicht immer

Die Luftnot beziehungsweise Leistungslimitation bei COPD ist infolge der unterschiedlichen Phänotypen durch verschiedene Faktoren bedingt: expiratorische und inspiratorische Obstruktion, Lungenüberblähung und Emphysem mit der reduzierten Gasaustauschfläche. Nur die expiratorische Obstruktion und etwas die Lungenüberblähung spiegelt sich im FEV₁ wider. Das Emphysem zeigt sich überhaupt nicht in den Lungenfunktionsparametern, sondern nur in der Messung der Diffusionskapazität. Der beim einzelnen Patienten im Vordergrund stehende Faktor beeinflusst die Therapie, weswegen die Differenzierung wichtig ist. Zumeist bedeutet es übrigens eine Therapiereduktion.

Die GOLD-Empfehlung stellt hier eindeutig einen Rückschritt in der Entwicklung der Pneumologie dar. Viel bekanntes Wissen fällt durch Reduktion der Funktionsanalyse auf FEV₁ für die COPD unter den Tisch. Das ist quasi so, als würde man die Kardiologie wieder auf das EKG reduzieren.

Da das GOLD-Komitee dieses inzwischen auch gespürt hat, ist die Einteilung radikal geändert und sind die Symptome, wie insbesondere die Luftnot, in den Vordergrund gestellt worden (z. B. COPD-Assessment Test).

Diese Änderung ist aber kein Vorteil, im Gegenteil. Nicht nur weil keiner mehr richtig durchblickt, der sich nicht den ganzen Tag mit dem Thema beschäftigt. Denn eine aktuelle Nach-Analyse der großen dänischen epidemiologischen Studien, bei denen zufällig die Dyspnoe mit erfasst wurde (mit einer modifizierten MRC-Skala), hat die alte mit der neuen Klassifikation bezüglich der Mortalitätsentwicklung über 5 Jahre vergleichen können (Am J Respir Crit Care Med 2012;186:975–981). Nach der alten FEV₁-basierten Klassifikation nahm die Mortalität stufenweise und erwartungsgemäß mit dem Schweregrad zu; bei der neuen hingegen zeigte sich, dass die neue Gruppe B (niedriges Risiko mit wenig Exazerbationen, allerdings vermehrt Symptome wie Luftnot) eine deutlich höhere Mortalität hatte als die Gruppe C (hohes Risiko, wegen der mindestens zweifachen Exazerbationsrate bei weniger Symptomausprägung).

Den erfahrenen Kliniker überrascht das hingegen nicht, denn in der Dyspnoe sind nicht nur die auch lebenslimitierenden kardialen Faktoren beinhaltet, sondern eben auch das Emphysem, welches man mit dem FEV₁ überhaupt nicht erfassen kann. Zudem



Herausgeber: Dieter Köhler, Schmallenberg

ist das FEV₁-Manöver immer artifizuell, denn es kommt im normalen Leben nie vor. Wie wichtig zum Beispiel die physiologischen Atemmanöver sind, zeigt sich besonders an der inspiratorischen Obstruktion bei Ruheatmung, die sich klinisch bei schweren Fällen als Hyperkapnie widerspiegelt.

Hätte man in die GOLD-Empfehlung das gesicherte pathophysiologische Wissen zur COPD einfließen lassen, wäre das alles nicht passiert, denn man fängt eben keine Fische unter 5 cm, wenn die Maschenweite des Netzes darüber liegt.

Die GOLD-Empfehlung hatte zum Ziel, die Klassifizierung zu individualisieren. Nur geht das nicht, wenn wesentliche Tatsachen weggelassen werden. Insgesamt wirklich ein Rückschritt für die Pneumologie, die hier deutlich mehr anzubieten hat.

Mit herzlichen Grüßen

D. Köhler

Dieter Köhler
Fachkrankenhaus Kloster Grafschaft
57392 Schmallenberg
E-Mail: d.koehler@fkkg.de



SPIRIVA®
(Tiotropium)