

Inhalt

► Schwerpunkt: Asthma bronchiale

Inhalative Corticosteroide bei Asthma und Pneumonierisiko	Seite 2
Asthma und Auswirkungen des Alters bei ersten Symptomen	Seite 4
Einsatz von Biomassebrennstoff und Asthmarisiko	Seite 4
Diagnose, Häufigkeit von Asthmaexazerbation am Arbeitsplatz bei Bäckern	Seite 8
Effekt von Asthmadikamenten auf die HHNA	Seite 8
Asthmakosten in den USA	Seite 10
Bronchiale Thermoplastie bei refraktärem Asthma	Seite 10
Messung exhalierter Stickstoffmonoxids bei Kindern mit Asthma	Seite 14
Erdbodenzusammensetzung und Asthmarisiko	Seite 17
► Allergien	
Atemwegsviren bei ganzjähriger allergischer Rhinitis	Seite 2
Behandlung der allergischen Rhinitis mit Steroiden oder Immuntherapie	Seite 7
Atemwegsviren bei ganzjähriger Rhinitis	Seite 10
Passivrauch und Sensibilisierung gegenüber Allergenen	Seite 17
Pränataler Kontakt mit Nahrungsmittelallergenen	Seite 23
Orale Desensibilisierung bei Kuhmilchallergie	Seite 23
► COPD	
Tiotropium bei chronisch-obstruktiven Lungenerkrankungen	Seite 6
Unterbehandlung von chronisch-obstruktiver Lungenerkrankung	Seite 11
Referenz-Nullpunkte bei Rechtsherzkatheter-Untersuchung	Seite 12
Motivation von COPD-Patienten zur mehr körperlicher Aktivität	Seite 16
Übereinstimmung von Arzt und COPD-Patient bei Symptombewertung	Seite 16
► Infektionen	
Wechselwirkungen bei Tuberkulosebehandlung	Seite 6
Dauer der Antibiotikatherapie bei beatmungsassoziierter Pneumonie	Seite 8
Wirkung exogener Interferone auf Rhinovirenreplikation	Seite 17
► Pneumo-Onkologie	
Docetaxel oder Pemetrexed mit oder ohne Cetuximab beim NSCLC	Seite 12
Merkmale und Outcomes bei zweiten primären Lungenkarzinomen	Seite 18
► Verschiedenes	
Lungenfunktionsveränderung bei kombinierter Lungenfibrose und Emphysem	Seite 2
Prädiktoren für 5-Jahres-Adhärenz bei APAP	Seite 6
E-Zigaretten in der Tabakentwöhnung	Seite 11
Rauchen und bronchiale Hyperreagibilität	Seite 12
Lungenfunktion nach Stammzelltransplantation	Seite 14
Frühgeborene und Lungengesundheit im Schulalter	Seite 14
Messung körperlicher Aktivität bei Erwachsenen mit Mukoviszidose	Seite 16
Prognostischer Wert des 6-Minuten-Gehtests bei Mukoviszidose	Seite 18
Akute Verschlechterungen bei fibrotischer Sarkoidose	Seite 18
► Forschung, Hochschule & Verbände	
► Industrie	
► Termine	

Editorial

Die elektronische Zigarette – Gar nicht so schlecht

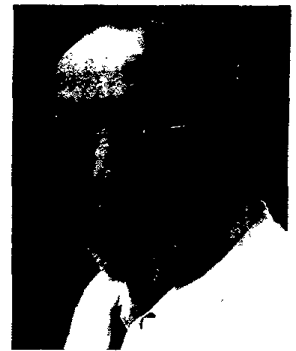
Nikotinsubstitution ist bei Raucherentwöhnung eine etablierte Therapie. Nikotin unterhält die Sucht, ist aber auch bei chronischer Langzeitanwendung im Gegensatz zu den inhalierten Teerprodukten nicht wesentlich toxisch. Die Nikotin-Ersatztherapie ignoriert aber die Pharmakokinetik des Inhalationsrauchens. In bahnbrechenden Arbeiten von Russell und Feyerabend¹ wurde bereits vor 1980 gezeigt, dass das pulsatile Anfluten des Nikotins im arteriellen Blut beim Inhalationsrauchen infolge der schnellen Absorption durch die Alveolarmembran die Sucht erzeugt.

Mit Nikotinplastern, -kaugummi, Zigarre- oder Pfeiferauchen erreicht man zwar ähnliche mittlere Nikotinspiegel im Blut, jedoch fehlt das pulsatile Anfluten mit den Konzentrationsspitzen. Die explosionsartige Verbreitung des Zigarettenrauchens in den 1920er-Jahren entstand auch erst, als man inhalierbare Virginia-Tabake gezüchtet hatte, die so wenig irritativ waren, dass damit der richtige „Lungenzug“ möglich wurde.

Die jetzt auf dem Markt befindliche elektrische oder elektronische Zigarette (beide Namen sind falsch, denn es entsteht durch Hitze ein Nikotindampf, der dann zu Aerosolen kondensiert) imitiert in gewissem Umfang die Pharmakokinetik des inhalierten Nikotins aus dem Zigarettenrauch. Insofern ist sie potenziell gut geeignet zur Raucherentwöhnung.

Unverständlicherweise wird sie aber inadäquat vermarktet. Man spricht von toxischen Substanzen bei der Inhalation, die natürlich auch vorkommen. Im Vergleich zum Inhalationsrauchen dürfte der Faktor aber mindestens um 10.000 niedriger liegen.

In einer aktuellen Studie ist jetzt die elektronische Zigarette zur Raucherentwöhnung im Vergleich zum Nikotinplaster und zu Placebo in Neuseeland untersucht worden.² Die Patienten waren um die 40 Jahre alt und rauchten seit circa 25 Jahren. Die Entwöhnungsrate für alle Verfahren war erstaunlich niedrig. Die elektronische Zigarette erreichte noch 7,3 %, das Nikotinplaster 5,8 % und das Placebo 4,1 %. Entwöhnungsrate, überprüft anhand des exhalierten CO bis zu 6 Monate. Die Ergebnisse verfehlten leider die Signifikanzgrenze, da für die Powerkalkulation der Studie höhere Entwöhnungsrate angenommen wurden und hierdurch die Anzahl der ein-



Herausgeber: Dieter Köhler

geschlossenen Probanden zu gering war.

Die Entwöhnungsrate hängen natürlich enorm von dem untersuchten Kollektiv ab. Nimmt man Raucher, die einen starken Entwöhnungswillen haben, ist die Rate oft entsprechend höher. Grundsätzlich deutet die Untersuchung darauf hin, dass die Pharmakokinetik bei den Nikotin-ersatzverfahren unterschätzt wurde.

Aus eigener langjähriger Erfahrung kann man aber mit einem Trick die Erfolgsrate der Raucherentwöhnung enorm steigern, indem man die Nikotindosis deutlich höher dosiert, als auf dem Beipackzettel empfohlen; üblicherweise auf das 2- bis 3-fache.

Der Hintergrund ist, dass man dann mit der mittleren Konzentration etwa die pulsatile Konzentrationsspitzen des Nikotins wie beim Rauchen erreicht. Die Patienten berichten oft, dass dann der Drang nach der Zigarette relativ abrupt aufhört.

Jemand, der beispielsweise eine Packung am Tag raucht, braucht meistens 40-70-mg-Nikotinplaster. Man

Fortsetzung siehe Seite 2



SPIRIVA®
(Tiotropium)