

Aus dem Inhalt

► **Asthma/Allergie**

Methacholin-induzierte Bronchokonstriktion bei leichtem Asthma..... Seite 9

Fehldiagnosen bei Asthma und COPD..... Seite 10

Was bringt eine Kontrolle der Asthmatherapie in der Schule?.....Seite 12

Langzeitbeobachtung zu systemischen Corticosteroiden bei Asthma..... Seite 14

Asthma im Zusammenhang mit Hospitalisierung und Mortalität.....Seite 16

Allergien und Heuschnupfen in der Kindheit.....Seite 17

SLIT-Zusatztherapie bei Erwachsenen mit allergischem AsthmaSeite 17

Schimmelexposition und klinisches Asthma.....Seite 22

Feststellung der Allergenbelastung in PrivathaushaltenSeite 23

Benralizumabtherapie bei schwerem eosinophilem AsthmaSeite 26

Systematischer Review: Asthmarisiko bei KindernSeite 26

Atopische Patienten mit eosinophiler Granulomatose mit PolyangiitisSeite 27

Allergische Reaktion auf Konidien.....Seite 28

► **COPD**

Gesundheitskompetenz von Patienten mit COPD..... Seite 4

Gabe von Tetrahydrobiopterin bei COPD Seite 5

CPAP bei Patienten mit moderater bis schwerer COPDSeite 12

Visuelle Beurteilung von Verkalkungen der Koronararterien bei COPDSeite 20

Periphere Endothelfunktion und maximale aerobe Kapazität bei COPDSeite 24

Medikationsmuster vor Beginn einer Triple-Therapie bei COPDSeite 26

Ansprechen auf Methacholin und COPD-Inzidenz.....Seite 28

► **Infektionen**

Zahl der Todesfälle bei ambulant erworbener Pneumonie Seite 6

Frühe adjunktive Corticosteroidtherapie bei Pneumocystis-Pneumonie..... Seite 6

Symptome der unteren Atemwege verursachende Viren bei Kleinkindern .. Seite 16

Persistierende Isolation von Aspergillus bei MukoviszidoseSeite 18

Adjuvante Lungenresektion bei NTM-InfektionenSeite 23

Übertragung des Lungenvirus bei LTXSeite 24

► **Pneumo-Onkologie**

Abstammung, Hautfarbe und Unterschiede beim Überleben nach NSCLC..... Seite 8

NSCLC: Operieren oder stereotaktische ablative Strahlentherapie? Seite 9

Langfristige aktive Überwachung subsolider Lungenrundherde.....Seite 12

ERBB-Mutationen bei NSCLC-Therapie mit Afatinib oder Erlotinib.....Seite 18

Gefitinib zur Therapie des fortgeschrittenen Adenokarzinoms der Lunge.....Seite 20

Brigatinib beim ALK-positiven, Alecetinib-refraktären NSCLCSeite 22

SBRT beim operablen Lungenkarzinom im FrühstadiumSeite 23

Nivolumab bei rezidivierendem malignen Pleuramesotheliom.....Seite 24

Unterscheidung zwischen malignen und benignen Lungenrundherden.....Seite 27

► **Verschiedenes**

CHEST-Praxisleitlinien für die VTE..... Seite 3

Burnout unter jungen Ärzten.....Seite 4

Nutzen eines Trainings der inspiratorischen Atemhilfsmuskulatur vor OP....Seite 4

Reduktion des Nikotingehaltes von Zigaretten in der Raucherentwöhnung... Seite 5

Atemwegsbezogene Mortalität bei jungen Krebsüberlebenden..... Seite 5

Observer Reported Outcomes bei Kindern mit Mukoviszidose..... Seite 6

Residuale pulmonale Hypertonie nach pulmonaler Endarteriektomie Seite 8

Erleben von Atemnot bei erwachsenen Patienten mit Mukoviszidose Seite 8

Herzgesundheit bei Mukoviszidosepatienten Seite 9

Anfälligkeit für Bronchiolitis-obliterans-Syndrom und Lungenmikrobiom. Seite 10

► **Forschung, Hochschule & Verbände** Seite 32

► **Forschung & Preise: ERS 2018** Seite 43

► **Industrie**..... Seite 48

► **Termine** Seite 56

Editorial

Antibiotikum ja oder nein?

Im Herbst beginnt die Antibiotika-Saison. Ob Rhinosinusitis, akute Bronchitis oder COPD-Exazerbation: Gründe für eine antibiotische Therapie scheint es genug zu geben. Bei der Verordnung plagt uns gleichzeitig das schlechte Gewissen: Im Grunde ist uns klar, dass in den meisten Fällen keine Indikation für das Antibiotikum besteht. Doch: Was soll man machen? Die Praxis ist voll und der Versuch, die Forderung nach einem Antibiotikum zu negieren und zu erläutern, warum der Atemwegsinfekt keiner antiinfektiven Therapie bedarf, kostet Zeit, ist oft vergeblich, führt zu unzufriedenen Patienten – und endet dann doch mit einem Rezept für Betalaktame, Cephalosporine & Co.

Tatsächlich erhöht bei Patienten mit einer akuten Bronchitis die Verordnung eines Antibiotikums die Patientenzufriedenheit.¹ Unterbleibt die Verordnung und wird stattdessen eine Informationsbroschüre über die Natur viraler Atemwegsinfekte übergeben, so ändert dies nichts an der Unzufriedenheit. Es führt allerdings häufiger zu einem erneuten Patientenkontakt innerhalb einer Woche, um Fragen, die sich aus der Lektüre der Broschüre ergeben haben, zu klären. Die Information-statt-Antibiotikum-Strategie ist also für eine Bewältigung der Erkältungswelle nicht zielführend.

Der scheinbar einfachere Weg, im Zweifel eher unkritisch ein Antibiotikum zu verordnen, verstärkt einerseits die Erwartungshaltung auf Patientenseite. Andererseits stellt diese Vorgehensweise eine der Hauptursachen für Resistenzentwicklung dar: Diese korreliert eng mit der Verordnungshäufigkeit eines Antibiotikums.

Im Praxisalltag wünscht man sich also, dass es mit einfachen Mitteln möglich sein sollte, die Entscheidung für oder gegen eine antimikrobielle Therapie sicher zu treffen – und auf einer für Patienten nachvollziehbaren Grundlage. Blickt man in die entsprechenden Leitlinien, so beginnt die Verwirrung: Die Studienlage zur Antibiose bei COPD ist derart inkonsistent, dass nach einer ausgiebigen Erörterung derselben eine Empfehlung für den ambulanten Sektor gegeben wird, die letztlich wieder alles offen lässt: „Antibiotika sollten nur bei klinischen Hinweisen auf eine bakterielle Infektion gegeben werden“.² Konkret ist damit die Sputumpurulenz gemeint. Während das Sputum in Studien unter standardisierten Bedingungen gewonnen wird, muss im Praxisalltag

mit heterogenem Probenmaterial umgegangen werden: Sputum oder Speichel, frisch oder vom Vortag, morgens oder tagsüber gewonnen, feststehend (und damit nicht mobilisierbar) ... Letztlich bleibt die Unsicherheit und dem Patientenwunsch wird im Zweifel nachgegeben. Bei der Leitlinie zum Management des Hustens ist es nicht besser:³ Auch hier wird explizit auf die meist virale Genese von Atemwegsinfekten verwiesen und auch klargestellt, dass – sofern keine COPD vorliegt – auch die Sputumfarbe keinen Rückschluss auf einen bakteriellen Infekt zulässt. Dennoch wird direkt im ersten Absatz zur Antibiotikatherapie auf die bakterielle Rhinosinusitis eingegangen, die mit einem Antibiotikum behandelt werden soll. Laut der entsprechenden Leitlinie tritt die bakterielle Rhinitis allerdings nur in 0,5% der Fälle nach einem initial viralen Infekt auf.⁴ Da auch die Rhinitis im Rahmen der Erkältung mit erheblichem Leidensdruck einhergeht, ist die Abgrenzung schwierig.

Es stellt sich die Frage, ob neben der Anamnese und der körperlichen Untersuchung geeignete diagnostische Methoden zur Verfügung stehen, um mehr Sicherheit in die Entscheidung zur antibiotischen Therapie zu bringen. Bei jeder Erkältung eine Pneumonie radiologisch auszuschließen verbietet sich aus strahlenschutzhygienischen Gründen und wird auch aus Gründen der Ressourcenschonung nicht praktiziert. Helfen

Fortsetzung auf Seite 3