

**Aus dem Inhalt**

**► Asthma & Allergie**

Perinatale Faktoren und Auftreten von Asthma im Kindesalter ..... Seite 4  
 Beurteilung einer Smartphone-App für Kinder mit Asthma ..... Seite 4  
 Einfluss des Alters der Eltern auf Asthmarisiko der Kinder ..... Seite 6  
 Einfluss des Alters auf ambulant behandelte Asthmapatienten ..... Seite 7  
 Komorbiditäten bei Asthmapatienten verschiedener Altersgruppen ..... Seite 8  
 FeNO-Messung verändert Therapieentscheidungen bei Asthma ..... Seite 10  
 Nichtadhärenz in Zeiten von Biologika und Thermoplastie ..... Seite 12  
 Morbidität bei jüngeren Patienten mit Atemflusslimitation ..... Seite 13  
 MAKI-Studie zur RSV-Prävention und Asthma bei 6-Jährigen ..... Seite 16  
 Exazerbationen und Symptomkontrolle bei persistierendem Asthma ..... Seite 19  
 ICS und LAMA bei nicht kontrolliertem, persistierendem Asthma ..... Seite 22  
 Schweres Asthma mit Bronchiektasie ..... Seite 27  
 Einmal tägliche Verwendung von ICS bei Asthma ..... Seite 35  
 ICS bei Asthma mit Beginn im Erwachsenenalter ..... Seite 37

**► COPD**

Langzeitüberleben nach stationärer Therapie wegen COPD-Exazerbation ..... Seite 6  
 COPD und Lungenkrebs bei Pemphigus-Patienten ..... Seite 18  
 Erythrozytenverteilungsbreite in der Vorhersage von AECOPD ..... Seite 18  
 Depletion basaler Progenitorzellen in den Atemwegen bei COPD ..... Seite 31  
 Starke Gewichtsreduktion bei adipösen COPD-Patienten ..... Seite 35  
 COPD-MAP Studie zu COPD Exazerbationen ..... Seite 36

**► Infektionen**

Mortalität aufgrund von Influenza-assoziierten Atemwegserkrankungen .... Seite 7  
 Kinder mit lebensbedrohlicher Influenza-Infektion auf der ICU ..... Seite 8  
 Tuberkulosekontrolle in einem Setting mit hoher Inzidenz ..... Seite 8  
 Cluster von Fällen mit multiresistentem M. tuberculosis ..... Seite 24  
 Interleukin-27 bei der Feststellung tuberkulöser Pleuraergüsse ..... Seite 26  
 Pneumokokkenerkrankungen nach Einführung von Konjugatimpfstoffen ..... Seite 31  
 Ambulant erworbene Pneumokokken-Pneumonien ..... Seite 37

**► Beatmungsmedizin & schlafbezogene Atmungsstörungen**

Checkliste für die endotracheale Intubation intensivpflichtiger Patienten ... Seite 22  
 Echokardiographische Veränderungen bei NIV und CPAP bei OHS ..... Seite 26  
 Nasale versus oronasale CPAP bei OSA ..... Seite 27

**► Pneumo-Onkologie**

NSCLC-Lernprogramm für interdisziplinäre Mediziner-Teams ..... Seite 12  
 CHEST-Leitlinie zum Lungenkrebs-Screening ..... Seite 22

**► Verschiedenes**

Durch Sport hervorgerufenes Wheezing bei Schulkindern ..... Seite 4  
 Freizeitsport und Lungenfunktion bei Rauchern ..... Seite 6  
 Polyphenolreiche Ernährung und Lungenfunktion ..... Seite 7  
 Konservatives Vorgehen beim traumatischen Pneumothorax ..... Seite 10  
 Wirksamkeit der Akupunktur in der Raucherentwöhnung ..... Seite 10  
 Zusammenhang verschiedener Tabakprodukte mit dem Mortalitätsrisiko ... Seite 12  
 Oxidativer Stress in den Atemwegen bei Leistungsschwimmern ..... Seite 16  
 Entwicklung der kindlichen Lungenfunktion bei Extrem-Frühchen ..... Seite 18  
 Pulmonale Hypertonie bei systemischer Sklerodermie ..... Seite 27  
 Lungen-Autopsiebefunde bei Patienten nach ECMO ..... Seite 29  
 Lymphozyten-Fokus-Score beim primären Sjögren-Syndrom ..... Seite 33  
 Titrieren des Sauerstoffbedarfes bei Belastung ..... Seite 33  
 Vareniclin zur Raucherentwöhnung ..... Seite 36  
 CTEPH nach akuter Lungenembolie ..... Seite 36

**► Forschung, Hochschule & Verbände ..... Seite 38**

**► Industrie ..... Seite 52**

**► Termine ..... Seite 60**

**Editorial**

**Paradoxa in der Asthma-Therapie**

*Asthma bronchiale ist eine Volkskrankheit. Dementsprechend hoch ist ihr Stellenwert hinsichtlich wissenschaftlicher Aktivitäten. Unser Wissensstand rund um Asthma hat sich in den letzten Jahren erheblich erweitert: Phänotypisierung, Biologicals als neue Therapieoptionen – es tut sich viel. Gleichzeitig bestehen bei der Therapie des Asthmas seit Langem einige Paradoxa, die wir auch 2018 nicht haben auflösen können.<sup>1</sup>*

**Das Adhärenz-Paradoxon**

*Asthma ist eine symptomatische Erkrankung. Bei der Therapie unterscheiden wir zwischen den atemwegserweiternden Substanzen, die zur Symptomlinderung eingesetzt werden – Reliever – und den entzündungshemmenden Wirkstoffen, die an die Ursache gehen sollen – Controller. Hinsichtlich der medikamentösen Adhärenz nehmen wir Ärzte wahr, dass die Reliever eher zu häufig eingesetzt werden, während die Controller – deren Effekt nicht sofort spürbar ist – zu selten verwendet werden. Dazu passt, dass viele Patienten Vorbehalte gegenüber Corticosteroiden äußern – trotz Vermittlung des Unterschiedes zwischen topischen und systemischen Steroiden. Neben dem Paradoxon, dass die ursächliche Therapie offenbar eine geringere Akzeptanz als die rein symptomatische Behandlung hat, gibt es hinsichtlich der Adhärenz noch ein weiteres: Die Adhärenz ist nicht nur für die Steroide, sondern auch für die Bronchodilatoren sehr gering.<sup>2</sup> Das ist insofern überraschend, als bei der symptomatischen Behandlung eine höhere Adhärenz zu erwarten wäre als bei der nicht mit spürbaren Soforteffekten verbundenen antiinflammatorischen Therapie.*

**Das Zufriedenheits-Paradoxon**

*Für die Behandlung des Asthmas stehen viele wirksame Optionen zur Verfügung. Das Ziel ist deshalb in den meisten Fällen, eine gute Asthmakontrolle bis hin zu völliger Beschwerdefreiheit zu erreichen. Befragt man Patienten, wie zufrieden sie mit ihrer Asthmatherapie sind, so werden regelmäßig hohe Werte von 80–90% zufriedener Teilnehmer erreicht.<sup>3</sup> Befragt man dieselben Personen hinsichtlich der Symptomatik, so ergibt sich ein umgekehrtes Bild: Nur 10–20% erfüllen die Kriterien einer guten oder sehr guten Asthmakontrolle. Eine geringe Erwartungshal-*

*tung von Seiten der Patienten und Ärzte wird als Erklärung dieses Phänomens diskutiert.*

**Das Eskalations-Paradoxon**

*Aus kontrollierten Studien wissen wir, dass Asthma einer Therapie mit inhalativen Steroiden oder der Kombination aus inhalativen Steroiden und langwirksamen Betaagonisten sehr gut zugänglich ist.<sup>4</sup> Es erscheint also zielführend, diese Wirkstoffe einzusetzen und bei ungenügendem Therapieeffekt neben der Verifizierung der Diagnose zunächst die Adhärenz, insbesondere die Inhalationstechnik zu überprüfen und zu verbessern. In sogenannten Real-Life-Studien wird allerdings anders vorgegangen: Ohne eine Run-in-Phase, in der eine regelmäßige Applikation der Vortherapie sichergestellt wird, erfolgt die Eskalation.<sup>5</sup> Überspitzt formuliert: Nimmt der Patient ein Medikament nicht häufig genug ein, bekommt er einfach noch ein weiteres dazu.*

**Das Bedarfstherapie-Paradoxon**

*Die aktuelle Leitlinie empfiehlt in Stufe 1 eine reine Bedarfstherapie mit kurzwirksamen Betaagonisten. Inhalative Steroide können erwogen werden, bevorzugt wird allerdings empfohlen, keine Dauertherapie anzuwenden. Ab Stufe 2 wird dann der Erfolg der Dauertherapie anhand eines möglichst geringen Einsatzes der Bedarfstherapie gemessen. Daraus ergeben sich direkt 2 Paradoxa: Wir wissen, dass ein Mehrverbrauch*

Fortsetzung auf Seite 3 .....

©2018 Biermann Verlag GmbH. Alle Rechte vorbehalten. Die Verwendung der Texte, auch auszugsweise, ist ohne die schriftliche Zustimmung der Biermann Verlag GmbH urheberrechtswidrig und daher strafbar. Dies gilt insbesondere für die Vervielfältigung, Übersetzung oder die Verwendung in elektronischen Systemen. Biermann Verlag und Biermann Verlag Logo sind eingetragene Warenzeichen. Auch wenn diese nicht gekennzeichnet sind, gelten die entsprechenden Schutzbestimmungen.