

## Editorial

### Lungenfibrose im Wandel der Zeiten

Diffuse Lungenparenchymerkrankungen sind weltweit auf dem Vormarsch. Von 1990 bis 1999 haben sich Inzidenz, Mortalität und Lebensjahre mit verminderter Lebensqualität bezogen auf diese Erkrankungen mehr als verdoppelt.<sup>1</sup> Dabei treten auch Unterschiede zwischen Ländern mit höherem und niedrigerem soziodemografischen Index zutage: Länder mit hohem Index wiesen eine höhere, alterskorrigierte Inzidenz auf, gleichzeitig war in diesen Ländern die alterskorrigierte Mortalität geringer. Man kann vermuten, dass die dort verfügbaren therapeutischen Möglichkeiten zu einer häufigeren Diagnosestellung und verlängerten Lebenserwartung bei den erkrankten Personen führen.

Lungengerüsterkrankungen sind ein gutes Beispiel für die Notwendigkeit der kontinuierlichen Medizinischen Fortbildung. Nosologie, Klassifikation, Diagnostik und Therapie dieser Krankheitsbilder befinden sich in einem stetigen Wandel. In weiser Voraussicht wiesen die Autoren der Checkliste XXL Pneumologie, die mancher Lungenfachärztin und manchem Lungenfacharzt zur Vorbereitung auf die Facharztprüfung gedient haben mag, bereits 2009 darauf hin, dass man bei fibrotischen Erkrankungen des Lungengewebes bereit sein müsse, die Diagnose im Verlauf zu ändern.<sup>2</sup>

Im Hinblick auf die Idiopathische Lungenfibrose (IPF) dominierte über viele Jahre die von Myers und Katzenstein vorgeschlagene Einteilung.<sup>3</sup> Diese war alles andere als einfach: Die Begrifflichkeiten, die bei der Beschreibung und Einteilung der Erkrankung verwendet wurden, unterschieden sich im Hinblick auf die herangezogenen Kriterien: Kliniker, Pathologen und Radiologen benutzen im wahrsten Sinne des Wortes unterschiedliche Sprachen. Analog zu den seit Langem praktizierten Tumorkonferenzen haben sich inzwischen sogenannte ILD-Boards etabliert, in denen die beteiligten Fachrichtungen eine gemeinsame Sprache finden.

In ihrer jüngst veröffentlichten Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der IPF tragen amerikanische (ATS), europäische (ERS), japanische (JRS) und südamerikanische (ALAT) Fachgesellschaften den neuesten Erkenntnissen Rechnung.<sup>4</sup> Diese Leitlinie stellt ein Vorbild im Hinblick auf die Transparenz dar: Neben den üblichen Angaben des Evidenzgrades und der Empfehlungsstärke wird zu den ausgesprochenen Empfehlungen auch das Abstimm-

ungsverhalten der Mitglieder der Leitlinienkommission dokumentiert. Muss man bei anderen Publikationen dieser Art in Hintergrundgesprächen mühsam eruieren, wie es zu einer in der Leitlinie dargestellten Sichtweise gekommen ist, so wird hier deutlich, dass keineswegs immer Konsens herrscht bis hin zu so unterschiedlichen Auffassungen zu einem Thema, beispielsweise der Genomklassifikation von mittels transbronchialer Zangenbiopsie gewonnenen Proben, dass keine Empfehlung ausgesprochen werden kann. Begründet wird dies im genannten Beispiel mit der Feststellung, dass schon die Durchführung einer transbronchialen Zangenbiopsie als kritisch anzusehen ist (empfohlen wird die transbronchiale Kryobiopsie).

Die transbronchiale Zangenbiopsie steht auch exemplarisch für den Wandel in der Diagnostik der IPF: Früher galt sie neben der offenen Lungenbiopsie als Standard für die Gewinnung von Proben aus dem peripheren Lungengewebe. Bekannt waren allerdings sowohl die häufig fehlende Aussagekraft des gewonnenen Materials als auch das hohe Risiko schwerer Komplikationen. Dies führte bereits zu einer vorherigen, bemerkenswertereinstimmigen, negativen Empfehlung für diese Methode der Proben-gewinnung.<sup>5</sup> Bei aus einer Klinik für Rheumatologie zur transbronchialen Zangenbiopsie zugewiesenen Patienten auf eben diese Prozedur zu verzichten, wurde in der Vergangenheit als Arbeitsverweigerung der pneumologischen Abteilung verstanden – unerfreuliche Telefonate zwischen den Ärztinnen und Ärzten der beiden Fachdisziplinen waren die Folge. Durch die eindeutige Positionierung aller Leitlinienautoren in dieser Frage herrscht nun Klarheit – man muss den Autorinnen und Autoren für die Deutlichkeit dieser Empfehlung dankbar sein.

Fortsetzung auf Seite 2 •••••➤

## Aus dem Inhalt

➤Schwerpunkt Pneumo-Onkologie	Seite	
Neue Erstlinientherapie-Option beim SCLC im Extended-Disease-Stadium .....	3	
Management zufällig entdeckter Veränderungen des anterioren Mediastinums .....	4	
Risikowahrnehmung von Kandidaten für ein bevölkerungsbasiertes Screening .....	5	
Kardiovaskuläre Toxizität bei Älteren mit NSCLC im Frühstadium .....	6	
Wertigkeiten von Re-Biopsien beim Nichtkleinzelligen Lungenkarzinom .....	8	
Folgen einer Krebserkrankung vor Lungentransplantation .....	8	
Nutzen eines elektronischen Symptom-Monitorings bei Krebspatienten .....	9	
Expertenmeinung zu Sport bei Lungenkrebs .....	9	
Wahrnehmung zu NSCLC-Krankheitslast und -Therapie in Europa .....	10	
EZH2-Inhibitor beim rezidivierenden/refraktären malignen Pleuramesotheliom .....	12	
Tabakkonsum nach Operation eines NSCLC des Stadiums I .....	14	
Immuncheckpoint-Inhibition bei NSCLC und vorbestehender ILD .....	15	
PD-L2 beim chirurgisch resezierten Lungenadenokarzinom .....	18	
Kommunikation zu Screening-Befunden .....	18	
Krankenhaus-Fallvolumen und Mortalität nach Lungenkrebs-Chirurgie .....	22	
Vergleich von Einschlusskriterien für ein Lungenkrebs-Screening in den USA .....	24	
Prognosefaktor Lymphozyten/Monozyten-Verhältnis beim operierten SCLC .....	25	
Amivantamab beim Post-Platin-NSCLC mit EGFR-Exon-20-Insertionsmutation .....	31	
➤ Asthma		
Rolle einer Dysfunktion der kleinen Atemwege bei Asthma .....	4	
FeNO zusätzlich zu Symptomen als Leitfaktor für die Therapie .....	12	
Patienten mit hohem Exazerbationsrisiko bei Routineterminen erkennen .....	15	
Natürlicher Verlauf schwerer Asthmaexazerbationen .....	25	
Metabolom nach Kaiserschnittgeburt und Asthmawahrscheinlichkeit .....	28	
Ermittlung der Therapieadhärenz .....	36	
➤ COPD		
Ermittlung funktioneller Beeinträchtigung mit dem Sit-to-Stand-Test .....	3	
Fraktioniertes exhalierendes Stickoxid und Mortalität bei Asthma, COPD .....	4	
Eosinophilenzahl im Blut und Fortsetzung einer ICS-Therapie .....	6	
Ansprechen auf Rehabilitation nach Patienten-Clustern .....	8	
Auswahl des richtigen Inhalators .....	15	
Tele-Rehabilitation bei chronischen Atemwegserkrankungen .....	16	
Symptome von Depression und Angst bei COPD-Patienten .....	22	
Kardiovaskuläre Risikofaktoren bei COPD .....	28	
<i>Pseudomonas-aeruginosa</i> -Infektionen bei COPD .....	30	
➤ Rauchen/Raucherentwöhnung		
Sekundärexposition gegenüber nikotinhaltigem E-Zigaretten-Dampf .....	16	
Vareniclin ergänzend zu Beratung bei afroamerikanischen Rauchern .....	18	
Effekt von Warnungen in Text und Bild auf Zigarettenschachteln .....	19	
Konsum von Mentholzigaretten unter US-amerikanischen Jugendlichen .....	24	
➤ COVID-19		
Wirkung von COVID-19-Impfung bei Krebspatienten .....	14	
Post Intensive Care Syndrom bei COVID-19-Überlebenden .....	25	
Tele-Rehabilitation nach Hospitalisierung wegen COVID-19 .....	28	
Myoperikarditis-Inzidenz nach COVID-19- und Nicht-COVID-19-Impfungen .....	30	
Impfung gegen schwere COVID-19-Verläufe in der REACT-SCOT-Studie .....	34	
Lungenultraschallbefunde nach Hospitalisierung wegen COVID-19 .....	34	
➤ Forschung: COVID-19 .....		40
➤ Forschung, Hochschule und Verbände .....		46
➤ Industrie.....		54
➤ Termine .....		57