Da hilft vor allem Sauerstoff

In kranken Lungen steigt oft der Druck

Ist die Lunge chronisch krank, kann sie ganz schön unter Druck geraten – was wiederum den Verlauf der Lungenerkrankung selbst verschlechtert. Was die Therapie angeht, ist bisher nur die pulmonalarterielle Hypertonie (PAH) als Unterform des Lungenhochdrucks gut zu behandeln.

„Hauptgrund für pulmonale Hypertonie und Cor pulmonale ist eine obstruktive Lungenerkrankung, meist eine COPD“, schreibt PD Dr. Georg-Christian Funk vom Wagner Spital in Wien in „Der Pneumologe“. Mittlerweile werde die traditionelle pathophysiologische Vorstellung der Hypoxämie als Hauptursache für die pulmonale Hypertonie bei chronischen Lungenerkrankungen zunehmend abgelöst. Im Vordergrund stünden vielmehr die Umbauprozesse der pulmonalen Gefäße.

Die exakte Prävalenz einer pulmonalen Hypertonie bei Patienten mit COPD ist unklar, da Ergebnisse systematischer invasiver Messungen des Pulmonalendrucks bei den verschiedenen COPD-Stadien fehlen. Viele Patienten mit COPD entwickeln am Beginn der Erkrankung eine pulmonale Hypertonie lediglich unter Belastung. Das gilt für knapp 60% der Patienten mit einer mittelschweren bis schweren COPD – also einem mittleren Einsekundenvolumen FEV_1 von 45% des Sollwerts – und normalem Pulmonaldruck in Ruhe.

Der Bauch wird immer runder

Die Symptome der pulmonalen Hypertonie sind unspezifisch. Im Vordergrund stehen Belastungsdyspnoe, Müdigkeit

und Abgeschlagenheit, Thoraxschmerzen, Synkopen, Ödeme und eine Zunahme des Bauchumfangs. Bei der körperlichen Untersuchung gehören zu den Befunden sicht- und tastbare linksparasternale Pulsationen, eine akzentuierte Pulmonaliskomponente des II. Herztons, ein systolisches Strömungsgeräusch links parasternal bei Trikuspidalinsuffizienz und ein Diastolikum bei Pulmonalklappeninsuffizienz.

Während die Echokardiografie die entscheidende Methode zum Screening hinsichtlich pulmonaler Hypertonie

bei chronischen Lungenerkrankungen sei, sollte die Diagnose bei entsprechender therapeutischer Konsequenz mit einem Rechtsherzkatheter gesichert werden. Eine pulmonale Hypertonie liegt ab einem pulmonal-arteriellen Mitteldruck von 25 mmHg vor. Der Mittelwert beträgt 14,3 mmHg, die Obergrenze 20 mmHg. Der Graubereich ist nicht ausreichend definiert. Bei einer neu diagnostizierten pulmonalen Hypertonie sollten zur Abklärung einer möglichen zugrunde liegenden chronischen Lungenerkrankung eine Spirometrie mit Bodyplethysmografie, eine Blutgasanalyse in Ruhe und unter Belastung und eine CT erfolgen, rät Funk.

PAH-Therapie kommt in Fahrt

Die Therapie der PAH habe in den vergangenen Jahren beträchtliche Fortschritte gemacht. Intravenös, subkutan, oral und inhalativ applizierbare Prostanzykline, oral verfügbare Endothelin-Rezeptorantagonisten, Phosphodiesterase-5-Inhibitoren und der Einsatz entsprechender Kombitherapien habe Überlebensrate und Lebensqualität von Patienten mit PAH deutlich verbessert. Diese Neuentwicklungen kamen Patienten mit respiratorischen Krankheiten und pulmonaler Hypertonie bislang nicht zugute.

Zudem werde die pulmonale Hypertonie meist nur als Begleiterscheinung einer fortgeschrittenen Lungenerkrankung angesehen. Als sinnvolle pharmakologische Therapie bei für Patienten mit PH und chronischer Lungenerkrankung nennt Funk die Langzeitsauerstofftherapie. Besonders bei Patienten mit COPD verbessere dies die Prognose nachweislich.

(Michael Hubert)

Pneumologie 2011, 8:113