Zunehmende Atemnot und immer wieder Infekte

Ist der Asthmapatient nur unzureichend behandelt?

Der 56-jährige Patient Dieter H. leidet seit seiner Kindheit saisonal unter Atemnotanfällen. Im Erwachsenenalter haben sich wiederkehrende Infekte dazugesellt. Seit einigen Jahren sind die Beschwerden deutlich schlimmer geworden.

Der Patient berichtet, dass er bereits als Kind unter saisonal auftretenden Atemnotanfällen mit Rhinokonjunktivitis gelitten habe. Es sei damals eine Sensibilisierung auf Bäume, Katzen- und Hundehaare festgestellt worden. Eine spezifische Immuntherapie mit Baumpollen habe zunächst zu einer Besserung geführt. Vor einigen Jahren seien seine Beschwerden jedoch wieder deutlich schlimmer geworden und hätten eine kontinuierliche Steroidtherapie erforderlich gemacht. Zusätzlich benötigt er bis zu dreimal täglich und gelegentlich auch nachts ein kurz wirksames Beta-2-Sympathomimetikum.

Erste Verdachtsmomente durch die Anamnese

Die Anamnese legt allerdings die Vermutung nahe, dass sich im Schatten des Asthmas im Lauf der Jahre schleichend ein weiteres Atemwegsproblem entwickelt hat. Der Patient hat nach drei Jahrzehnten ausgeprägten Tabakkonsums vor fünf Jahren mit dem Rauchen aufgehört. Seinen Berichten zufolge leidet er mehrmals jährlich unter Infekten mit Auswurf, die häufig mit Antibiotika behandelt werden. Das gesammelte Sputum, Atemnot unter Belastung und häufiger, vor allem morgendlicher Husten liefern weitere Hinweise darauf, dass Lungengewebe und -funktion bereits stark geschädigt sind.

Irreversible Lungenschädigung

Dieser Verdacht wird durch die körperliche Untersuchung erhärtet. So ist ein beidseitig abgeschwächtes Atemgeräusch mit dorsalem Giemen zu hören. Ein weiteres Indiz für eine COPD liefert das EKG, in dem eine rechtsatriale Dilatation (P-pulmonale) erkennbar ist. In der Blutgasanalyse zeigt sich zudem eine leichte respiratorische Partialinsuffizienz. Weitere Untersuchungen ergeben eine schwere, durch Bronchospasmolytika nicht reversible zentrale und periphere Obstruktion mit Hinweis auf Bronchialkollaps und schwerer Überblähung. Zusätzlich liegt eine mittelschwere Transferstörung vor. Obstruktion und Emphysem

zeigen auch erste Auswirkungen auf die Atempumpe, die mit einer verminderten Atemleistung bei erhöhter Ruhe-Atmungsarbeit auf die andauernde Belastung reagiert. Diese Untersuchungsergebnisse bestätigen den Verdacht, dass der Patient längst nicht mehr nur an einem Asthma bronchiale und polyvalenten Allergien, sondern zusätzlich an einer schweren COPD leidet, die bereits das GOLD-Stadium IV erreicht hat.

Wie schon vor dieser Diagnose erhält der Patient weiterhin ein lang wirksames Beta-2-Sympathomimetikum sowie Theophyllin und eine entsprechende Bedarfsmedikation. Auch das inhalative Kortikoid wendet er weiter an, allerdings nun in Hochdosis. Nach etwa zwei Jahren kommt es unter dieser Therapie jedoch zu einer deutlichen Verschlechterung. Der Patient leidet zunehmend unter Belastungs- und Ruhedyspnoe. Seine Lungenfunktion ist von 34% auf 26% des Sollwerts abgesunken. Mehr als acht bis zehn Treppenstufen schafft er nicht mehr, ohne anhalten zu müssen. Häufiger als zuvor ist der Patient auf seine Bedarfsmedikation angewiesen.

Umstellung der Therapie

Das Blatt wendet sich erst, als das topische Steroid abgesetzt und die Therapie durch den lang wirksamen Bronchodilatator Tiotropium ergänzt wird. Innerhalb eines Jahres bessert sich der Gesundheitszustand des Patienten deutlich. Seine Lungenfunktion liegt wieder bei 37% des Soll-Wertes. Er schafft es nun auch, wieder eine Treppenetage ohne Pause zu bewältigen.

Es kann nun ein Auslassversuch von Theophyllin und oralen Steroiden gewagt werden, sodass Dieter H. neben dem Vagolytikum und dem lang wirksamen Beta-2-Sympathomimetikum nur noch Vitamin D und Calcium als Osteoporoseprophylaxe einnehmen muss und bei Bedarf das kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetikum. Bei respiratorischer Insuffizienz ist zusätzlich eine Sauerstofflangzeittherapie zu erwägen.

Dr. med. Harald Mitfessel

Pneumologe, Internist, Allergologie, Umweltmedizin
Elberfelder Str. 10, D-42853 Remscheid, E-Mail: praxis@pulmo.de

Fazit

Bei (ehemaligen) Rauchern mit Asthma und wiederkehrenden Infekten mit Auswurf ist immer an die Möglichkeit einer sich zusätzlich entwickelnden COPD zu denken, besonders wenn hoch dosierte topische Steroide keine Besserung bringen.