

Respiratorische Symptome bei unheilbar Kranken

Teufelskreis aus Atemnot und Angst

Dyspnoe gehört zu den besonders gefürchteten Symptomen bei terminal kranken Patienten. Sie ist auch deswegen schwierig zu kontrollieren, weil schwere Atemnot (Todes-)Angst auslöst, und Angst und Atemnot sich gegenseitig verstärken.

— Atemnot ist einer der häufigsten Einweisungsgründe am Lebensende. Rund die Hälfte aller Patienten in den Terminalphasen von AIDS, COPD, Herzerkrankungen und bis zu 80% der Tumorkranken leiden an Dyspnoe, sagte der Pneumologe Prof. Dr. Michael Schmidt aus Würzburg.

Mittels visueller Analogskalen oder der Borg-Dyspnoe-Skala kann das subjektive Empfinden von Atemnot quantifiziert werden. Bei der Bewertung sollte bedacht werden, dass das Empfinden durch psychische, soziale und spirituelle Faktoren moduliert wird.

Behandelbare Ursache?

Um die Ursache der Dyspnoe zu behandeln, bedarf es eines Minimums an diagnostischen Maßnahmen wie Bildgebung, Lungenfunktion, Sauerstoffsättigung oder Blutgasanalyse. Eine Pneumonie, ein Pleuraerguss oder ein Sekretverhalt kann schnell und effektiv kausal behandelt werden.

Ist keine kausale Therapie möglich, sollten lindernde symptomatische Maßnahmen eingesetzt werden. Bei nachgewiesener Hypoxämie ($\text{SaO}_2 < 88\%$) ist die intermittierende oder kontinuierliche Zufuhr von Sauerstoff indiziert. Auch eine atmungserleichternde Sitzhaltung des Patienten, die Lenkung einer kühlen Luftströmung über das Gesicht (Tischventilator) und physiotherapeutische Atemtherapie können dazu beitragen, Atemnot zu lindern.

Symptomatische Therapie der Dyspnoe

Eine gute symptomatische Wirkung lässt sich laut Schmidt auch durch pharmakotherapeutische Maßnahmen wie Opioide oder Benzodiazepine er-



Atemnot ist einer der häufigsten Einweisungsgründe am Lebensende.

zielen. Opioide erhöhen u. a. die Toleranz des Atemzentrums auf einen Anstieg des arteriellen CO_2 -Partialdrucks. Zudem reduzieren sie durch ihre direkte sedierende Wirkung das subjektive Empfinden von Atemnot. Lorazepam trägt dazu bei, dass auch die Angstkomponente der Dyspnoe besser erträglich wird.

Bei symptomatischer Hyperkapnie kann auch eine nicht invasive Beatmung in Erwägung gezogen werden – sie erlaubt die Kommunikation und behindert nicht die natürliche Bronchialreinigung. „Eine invasive Behandlung ist im Terminalstadium einer Erkrankung ohne Aussicht auf Besserung nicht indiziert“, betonte Schmidt.

Angst und Depression mitbehandeln

Respiratorische Symptome – insbesondere Dyspnoe – gehen bei vielen Patienten in der Terminalphase mit dem Erleben von Depression und Todesangst einher. Häufig entsteht ein „Circulus vitiosus“, in dem sich Dyspnoe

und Angst wechselseitig verstärken. Angst und Depression führen zu einer intensiveren Wahrnehmung von Atemnot und Schmerz und verstärken darüber hinaus die Appetitlosigkeit. Daher seien eine umfassende psychosoziale Betreuung sowie der Einsatz von Antidepressiva in der Palliativsituation unverzichtbar, betonte Schmidt.

Thoraxschmerzen: Analgesie nach festem Zeitplan

Pleuraschmerzen bei interstitiellen Lungenerkrankungen oder Schmerzen durch osteoporotische Rippen- und Wirbelkörperfrakturen bedürfen einer konsequenten Schmerztherapie entsprechend dem WHO-Stufenschema, so Schmidt. Dazu müsse sichergestellt werden, dass die Medikamente nicht bedarfsorientiert, sondern nach einem vorgegebenen Zeitschema eingenommen werden. Zusätzlich sollte eine Bedarfsmedikation für Durchbruchschmerzen bereitgestellt werden.

Rezepte gegen pulmonale Kachexie

Bei vielen terminalen Lungenerkrankungen kommt es zu starkem Gewichtsverlust bis zur pulmonalen Kachexie, in erster Linie eine Folge der vermehrten Atemarbeit. Laut Schmidt ist für COPD-Patienten nachgewiesen, dass die Kachexie mit einer kürzeren Lebenserwartung einhergeht. Eine vermehrte Kalorienzufuhr und die Verabreichung von Nahrungsergänzungsmitteln und/oder Anabolika tragen nach den Erfahrungen des Pneumologen aber kaum dazu bei, die Prognose der Patienten zu verbessern. Günstig wirke sich eine Sauerstofflangzeittherapie mit vorsichtigem körperlichem Training aus. Auch unter nicht invasiver Beatmung sei in vielen Fällen eine Gewichtszunahme zu beobachten.

■ ABDOL A. AMERI ■

■ Jahrestagung der Süddeutschen Gesellschaft für Pneumologie, Karlsruhe, 16.–17. Oktober 2009