

KHM-Kongress, Luzern: Dyspnoe

## Subjektiv unangenehme Wahrnehmung des Atmens



Die Dyspnoe stellt ein extrem subjektives Symptom dar. Die American Thoracic Society definiert Atemnot seit 1999 als subjektive Erfahrung von Atembeschwerden, bestehend aus qualitativ unterschiedlichen Empfindungen wechselnder Intensität. Physiologische, psychologische, soziale und Umweltfaktoren wirken zusammen. Atemnot kann weitere körperliche Reaktionen und Verhaltensreaktionen hervorrufen.

Die Erfassung der Dyspnoe mit Hilfe eines Fragebogens ist schon wegen der Vielfalt der Sprache aber auch wegen der unterschiedlichen Empfindungen äusserst schwierig. In Amerika gibt es einen derartigen Fragebogen, hierzulande ist dies wegen des Multikulturalismus kaum möglich, stellt Dr. med. Andreas Paky, St. Gallen, fest.

Die Sprache der Atemnot kann sehr unterschiedlich sein, ebenso wie die zugrundeliegenden Ursachen (Tabelle 1).

Die Einstufung der Atemnot umfasst 5 Grade:

- Grad 0:** bedeutet keine Atemnot, keine Probleme in Ruhe und bei normaler Anstrengung
- Grad 1:** milde Atemnot, Atemnot beim Pressieren geradeaus und bei leichter Steigung langsam
- Grad 2:** Mässige Atemnot, beim geradeaus Laufen langsamer als andere, Einschalten von sporadischen Pausen
- Grad 3:** Schwere Atemnot, Atempausen bereits nach einigen Dutzend Metern geradeaus
- Grad 4:** Sehr schwere Atemnot, kann Haus nicht mehr verlassen, Kleider anziehen und ausziehen bedeutet Stress

Die visuelle Analogskala von Glaxo Wellcome ist gut, aber wenig brauchbar für den Hausarzt, so Dr. Paky.

Der Referent präsentierte einen unbekanntem Patienten mit akuter Atemnot und erwähnte die entstehenden typischen Probleme, wie Seufzeratmung, Asthmaanfall: Gefährlich oder banal? Und immer

**TAB. 1 Die Sprache der Atemnot Simon: Am Rev Resp Dis 1989/1990)**

	COPD	Herzinsuffizienz	ILD	Asthma	Neuromuskulär Brustwand	Ss	Lungengefässe
Schnell atmen		x					x
Inkomplette Expiration				x			
Oberflächlich atmen				x	x		
Vermehrte Atemarbeit	x		x	x	x		
Erstickungsgefühl	x	x					
Lufthunger	x	x				x	
Thorakales Engegefühl				x			
Schweres Atmen							

ILD = Interstitielle Lungenerkrankung

wieder Prednison... Klares Asthma, aber Therapie nützt nichts! Der  $\beta_2$ -Abusus (Adrenalin Junkie). COPD: Therapie am Anschlag.

### Diagnostische Hilfsmittel

**Akute Atemnot: kardial vs. pulmonal vs. funktionell.** Mit der Point of Care Untersuchung lässt sich die Sauerstoffsättigung (SO<sub>2</sub>), NT-ProBNP (BNP), D-Dimer und der Hk bestimmen. Zusätzlich Thoraxbild (Alternative Sonographie), fakultativ sind Spirometrie und Peak-Flow. Der Referent gibt einen Überblick über die Fallstricke bei der Sauerstoffsättigung: Nagellack – seitlich anlegen oder am Ohrläppchen; Unruhe; schwere Anämie, Hypoperfusion; Azidose und Alkalose; im flachen Teil grosse Änderungen ohne Auswirkungen möglich; CO-Vergiftung, Met-Hb falsch hoch. SO<sub>2</sub>  $\geq$  95%: Dyspnoe s.w. harmlos; SO<sub>2</sub> <95%: Cave; pulmonal >>>kardial.

**Chronische (rezidivierende) Hyperventilation:** Sie ist banal, wenn vorbestehend andere Zeichen von Panik vorhanden sind oder infolge von Begleitumständen, SO<sub>2</sub>  $\geq$ 95%, Peak Flow hoch.

Sie ist gefährlich, wenn nie ähnliche Symptome in der Anamnese vorhanden sind, kein „Paniktyp“, normale Begleitumstände, SO<sub>2</sub> <95%

### Akute Atemnot

NT-ProBNP <100: akute Herzinsuffizienz praktisch ausgeschlossen. NT-ProBNP >400: Kardiale Dyspnoe wahrscheinlich. Das Alter ist zu berücksichtigen (>80Jahre Cut-off 1800!), auch eine schwere Niereninsuffizienz muss berücksichtigt werden.

### Der modifizierte Wells Score:

Symptome einer DVT: 3 Punkte

Keine alternative Diagnose beschreibt die Krankheit besser:

3 Punkte

Tachykardie mit Puls >100: 1.5 Punkte

Immobilisation  $\geq$ 3 Tage oder Chirurgie in den vergangenen

4 Wochen: 1.5 Punkte

Früheres Vorkommen von DVT oder Lungenembolie: 1.5 Punkte

Vorhandensein einer Hämoptyse: 1 Punkt

Vorhandensein eines Malignoms: 1 Punkt

< als 4 Punkte und normales D-Dimer: eine Lungenembolie ist ausgeschlossen

Die Laborparameter sind sehr gut, wenn sie negativ sind, so Dr. Paky; bei erhöhten Werten ist aber Vorsicht am Platz.

Neben Sauerstoffsättigung, NT-ProBNP, D-Dimer sollte auch der Hämatokrit bestimmt werden. Oft wird eine schwere Anämie durch die Untersuchung einer Dyspnoe entdeckt.

**Lungenembolie ambulant behandeln?** Dr. Paky behandelt fast alle Lungenembolien ambulant mit fraktioniertem Heparin oder mit den neuen Antikoagulantien. Er empfiehlt ein Pocketsonogramm anstelle des Stethoskops und wichtiger als die Spirometrie erachtet er die nachstehenden 6 Fragen zu Asthma.

### Asthma

Die folgenden Fragen sollten gestellt werden: Gibt es Zeiten von Beschwerdefreiheit? Nehmen Sie variabel Geräusche (wheezing) wahr? Müssen Sie husten, haben Sie Atemnot beim Lachen, bei und nach Anstrengungen oder beim Übergang von warmer in eine kalte Umgebung oder umgekehrt? Nächtliche Beschwerden? Hat der Arzt je Asthma diagnostiziert? Nützen Inhalationsmedikamente?

**Seufzeratmung:** Häufig Hyperventilation, selten Asthma, Kommunikationsstörung zwischen Dehnungsrezeptoren von Lunge/Thoraxwand und Atemzentrum (Gasostat). Die Therapie besteht vorwiegend aus Ablenkung, evtl Atemtherapie, Yoga etc.

**Asthmaanfall:** gefährlich oder banal? Wichtig ist die Anamnese: bereits einen Anfall gehabt, keine Steroide, multiple Allergien, psychosoziale Stressfaktoren. Befunde: respiratorischer Stress, silent chess, Bewusstseinsstörung, paradoxe Atmung, Sauerstoffsättigung <95%. Gefährliches Asthma: Schlaflosigkeit infolge Husten und/oder Atemnot, pfeifende Atemgeräusche, Atemnot schon bei normalen Anstrengungen wie Haushalten, Treppensteigen etc.; Unfähigkeit noch einen Satz zu sprechen, ohne Luft zu holen, Peak Flow <50% des besten Wertes.

► und immer wieder Prednison! Ein wichtiges neues Medikament ist Omalizumab, ein Antikörper gegen IgE, wodurch die Bindung von IgE an Mastzellen vermindert wird.

**Asthma – Therapiefrust:** Eine grundlegende Frage bei Therapieversagen ist: Stimmt die Diagnose? Mögliche alternative Diagnosen sind

► Vocal Cord Dysfunction (VCD): Leitsymptom Stridor. Paradoxe Atmung. Asthmatherapie nutzlos.

► Tumor der zentralen Atemwege: Kommt selten vor. Bei jungen und Nichtraucher, die nicht auf die Therapie reagieren, sollte daran gedacht werden

► funktionell

► Herzinsuffizienz

Ist die Lungenfunktion normal? Liegt das Problem am Wollen>Können? Komorbidität?

### COPD – Therapie am Anschlag. Keine Angst vor MO!

Maximale Bronchodilatation (LABA/LAMA). Topische Steroide sollen nur bei GOLD III-IV /D gegeben werden. Ambulante oder stationäre Rehabilitation. Bei terminaler COPD sollten keine Röntgenuntersuchungen mehr durchgeführt werden. O<sub>2</sub> und/oder nicht invasive Beatmung: Lebens- oder Leidensverlängerung? Hier ist eine Patientenverfügung empfehlenswert. Antidepressiva können hilfreich sein und keine Angst vor Morphin (entgegen früheren Lehrmeinungen), so der Referent. Es ist ferner von einer überflüssigen Diagnostik abzusehen.

Dr. Paky erinnert daran, dass die wichtigste Therapie die Aufgabe des Rauchens ist.

### Akute Atemnot: was tun?

1. Hilfe anfordern bei Angehörigen/Bekanntem (Notfall-Tel. Nummern in Griffweite)
2. Aufsitzen und Arme abstützen
3. Fenster öffnen. Falls vorhanden Sauerstoff 1l/min gemäss Verordnung des Arztes
4. Notfallmedikamente: Morphin Tropfen 2% 10–20 Tr. alle 30 Min., Temesta exp. 2.5 mg im Mund zergehen lassen, dann mit wenig Wasser schlucken
5. Falls keine Besserung Hilfe holen (Hausarzt, Spezialarzt oder 144)

▼ Prof. Dr. Dr. h.c. Walter F. Riesen

Quelle: KHM 2014, Luzern, 26. Juni 2014