



Hinter der Dyspnoe kann mehr als Herz oder Lunge stecken «Atemnotspirale» führt in die Isolation



Dr. Christian Alfaré (links) und Dr. Johann Debrunner (rechts) aus dem Spital Uster nahmen das Thema Dyspnoe unter die Lupe. Foto: RW

DAVOS – Im Rahmen eines Workshops am 53. Ärztefortbildungskurs von Lunge Zürich thematisierten Dr. Johann Debrunner, Stv. Chefarzt, und Dr. Christian Alfaré, Leitender Arzt, beide Innere Medizin, Spital Uster, die komplexen Facetten der Dyspnoe. Auch wenn pneumologische und kardiologische Ursachen im Vordergrund stehen, muss man die psychosomatischen Aspekte im Auge behalten.

In einem ATS Consensus Statement (1999) wurde die Dyspnoe als «subjektiv unangenehme Wahrnehmung der Atmung definiert, die sich aus qualitativ umschriebenen Empfindungen von unterschiedlicher Intensität zusammensetzt». Die Subjektivität steht im Vordergrund, wobei nicht nur Art und Ausmass der zugrunde liegenden Erkrankung eine Rolle spielen, sondern – ähnlich wie beim Schmerz – auch Anpassungsfähigkeit, Persönlichkeit, Krankheitseinstellung sowie Gewöhnungsprozesse.

Knapp ein Drittel der über 65-Jährigen ist im Alltag von Dyspnoe betroffen, und in der Altersgruppe zwischen 40 und 65 Jahren sind es bereits rund 15%. Für die Abklärung der Dyspnoe-Ursache wird ein dreistufiger Algorithmus mit schrittweiser Intensivierung des



diagnostischen Aufwands empfohlen. Asthma, COPD und ein grosser Teil der Fälle mit Herzinsuffizienz lassen sich in der Regel mithilfe von

Anamnese, Status, EKG und Spirometrie (Stufe 1) diagnostizieren.

Lungenödem und -embolie werden häufig verpasst

Durch zusätzliches Thoraxröntgen, Bestimmung des Hb-Wertes, Nierenfunktion und Bodyplethysmografie werden weitere Fälle von Herzinsuffizienz sowie Herzklappenerkrankungen und interstitielle Pneumopathien erfasst. Am häufigsten werden Pneumonien, Lungenödem und Lungenembolien verpasst, so Dr. Alfaré. Nicht übersehen sollte man die ausgeprägte Adipositas und eine allgemeine Konditionsschwäche als Grund einer Dyspnoe.

Als Ursachen einer akuten Dyspnoe stehen kardiovaskuläre und respiratorische Erkrankungen im Vordergrund (s. Kasten). Werden diese ausgeschlossen, sollte man an eine Sepsis, eine Azidose, Anämie, Myasthenia gravis oder ein Guillain-Barré-Syndrom sowie an einen psy-



chogenen oder psychosomatischen Hintergrund denken.

Als begleitende Symptome kommen Husten und Auswurf, Thoraxschmerzen, Schlafstörungen, Schwindel, Synkopen und Angst/Panik infrage und können differentialdiagnostisch wegweisend sein.

Dyspnoe tritt auch unter Plättchenhemmern auf

Dr. Debrunner wies darauf hin, dass es unter Ticagrelor, einem Thrombozytenaggregationshemmer der 3. Generation, zum gehäuften Auftreten einer Dyspnoe kommen kann. Ob diese via Hemmung der Adenosin-Clearance und/oder via Inhibierung sensorischer Neuronen zustande kommt oder andere Ursachen hat, ist nicht bekannt. In der PLATO-Studie war die Dyspnoerate unter Ticagrelor (8,29%) signifikant höher als unter Clopidogrel (3,84%). Das ist bemerkenswert, da vor Studienbeginn gleich viele Patienten (jeweils 20%) angaben, jemals unter Dyspnoe gelitten zu haben.

Dies sollte man bei Risikokandidaten und Patienten mit Dyspnoe in der Anamnese berücksichtigen. Allerdings war die Abbruchrate wegen Dyspnoe mit 0,9 recht gering.

Etwa 2% der Bevölkerung sind von einer Herzinsuffizienz betroffen, wobei man bei den über 75-Jährigen einen exponentiellen Anstieg (10–20% in dieser Altersgruppe) beobachten kann – mit schlechter Prognose.

Als typische Symptome erwähnte Dr. Debrunner Atemnot, Erschöpfung, Müdigkeit und Knöchelödeme, begleitet von den typischen klinischen Zeichen und einer objektivierbaren strukturellen oder funktionellen Pathologie des Herzens in Ruhe.

Herzinsuffizienz: BNP bestätigt den Verdacht

Bei akuter Herzinsuffizienz führen bereits Anamnese und klinische Untersuchung in 80% zur korrekten Diagnose. Ein ergänzender BNP-Test kann die Verdachtsdiagnose bestätigen: Bei BNP-Werten < 100 pg/ml (NT-proBNP < 400 pg/ml) ist eine chronische Herzinsuffizienz unwahrscheinlich, während bei BNP-Spiegeln > 400 pg/ml (NT-proBNP < 2000 pg/ml) eine chronische Herzinsuffizienz wahrscheinlich ist.

Nicht vergessen sollte man die «Atemnotspirale»: Sie besteht aus Angst vor Atemnot, Angst vor Anstrengung, Meiden von Aktivität, abnehmender Kondition, steigender Inaktivität, abnehmendem Selbstvertrauen und schliesslich sozialer Isolation. RW

Ursachen der akuten Dyspnoe

Kardiovaskuläre Ursachen:

- akutes Koronarsyndrom
- akute Linksherzinsuffizienz
- Perikardtamponade
- akute Mitralsuffizienz
- Lungenembolie
- Rhythmusstörungen

Respiratorische Ursachen:

- Angioödem, Laryngitis, Vocal Cord Dysfunction
- Pneumothorax
- Bronchospasmus/Asthma
- Aspiration, Fremdkörper
- Pleuritis/Erguss, Pneumonie
- exazerbierte COPD