

# Atemnot-Syndrome

**Dr. med. Susanne Roller**

Palliativstation St. Johannes von Gott, Krankenhaus Barmherzige Brüder

Solange wir leben, atmen wir. Solange wir atmen, leben wir. Die Angst vor dem Ersticken ist die häufigste Angst Sterbender, ihrer Angehörigen und der behandelnden Ärzte! Ca. 50% aller Tumorpatienten leiden im Verlauf ihrer Erkrankung unter Atemnot.

Aufgabe der Palliativbegleitung ist

- Sofortige Therapie (s.u.)
- Aufklärung über physische und psychische Ursachen der Atemnot
- Linderung der Angst durch Garantie einer 24-Stunden-Erreichbarkeit
- Sinnvolle individuelle Diagnostik : Anamnese, Auskultation, bei gegebener Konsequenz auch Labor (Hb) und bildgebende Verfahren (Sonographie)
- Vorausschauende Therapieplanung im Sinne einer **Bedarfsmedikation**, z. B.
  - Lorazepam (Tavor expidet) 1 - 2 mg s.l.
  - Morphin 5 - 10 mg s.c. (bzw. 20% - 50% der Tagesdosis)

## Symptomorientierte Therapie der Atemnot in der Palliativsituation

Ursache	Steroide	Opiate	Sedativa	Physikalisch
Obstruktion und Atelektase durch Tumor	++	++	++	+ (Atemtherapie)
Pleuraerguß	+	+	+	+++ (Punktion)
Lymphangiosis	+++	+++	+++	++ (Lagerung)
Obere Einflusstauung	+++	+	+	+++ (Radiatio)
ALS		+	+++	+++
Pneumonie		++	++	+++

Substanz	Dauertherapie	Atemnotattacke
<b>Opiate</b>		
Morphin	oral: retardiert (z.B. MST 10 - 30 mg/24h) oder Lösung (2,5 - 5 mg/4h) parenteral: 10 - 30 mg s.c. in Einzeldosen oder Spritzenpumpe	10 mg s.c., i.v. oder als supp bzw. 20 - 50 % der Tagesdosis
Hydrocodon	z.B. Dicodid 5 mg s.c.	nicht geeignet
<b>Tranquilizer</b>		
Lorazepam	z.B. Tavor 1,0 - 2,5 mg/8h s.l.	1,0 - 2,5 mg s.l.
Midazolam	z.B. Dormicum 10 - 30 mg/24 über Spritzenpumpe	2,5 - 5 mg s.c. oder i.v.
<b>Neuroleptika</b>		
Promethazin	z.B. Atosil 5- 5 - 10mg p.o. (Tropfen)	5 - 10 mg s.c.
<b>Steroide</b>		
Dexamethason	z.B. Fortecortin 4 - 8 mg/24 h	Nur geeignet bei akutem (tox.) Lungenödem

Eine palliative **Atemtherapie** ist immer indiziert. Sie hilft dem Patienten zur Selbsthilfe, nimmt Angst und entspannt. Auch Angehörige und betreuendes Personal profitieren von atemtherapeutischer Begleitung (z.B. Gruppenangebote).

**Sauerstoffgabe** ist bei einzelnen Patienten hilfreich. Die Gefahr des Atemstillstandes bei chronischer Hyperkapnie sowie die rasche psychische Gewöhnung („Nabelschnureffekt“) muss bedacht werden.

### Spezielle Atemnotsyndrome

#### **Akute Pneumonie**

Eine Pneumonie kann die „erwünschte Komplikation“ im Sterben sein. Die Indikation zur systemischen Antibiose muss daher streng gestellt werden. Symptomatisch stehen Sekretreduktion und Linderung der Atemnot im Vordergrund.

#### **Husten**

Husten kann quälendes Symptom mit großer Einschränkung der Lebensqualität sein. Die Ursachen sind vielfältig und oft unbeeinflussbar. Therapiemöglichkeiten:

- Zentral wirkende Antitussiva: Codein, Dihydrocodein, Hydrocodon
- Bei Hypersekretion: Anticholinergika oral oder subkutan (N – Butylscopolamin, Scopolamin, Glycopyrronium)
- Versuch mit Dexamethason 16 mg/d p.o. über 5 Tage, dann Reduktion
- Sekretolyse nur, wenn Abhusten gewährleistet.

#### **Hämoptoe**

Besteht die Gefahr einer Hämoptoe (Tumorlokalisation, Gerinnungsstörung), muss diese vorausschauend thematisiert werden, ohne Ängste zu vermehren. Ein Therapieplan (Bereitstellen der Bedarfmedikation) muss erstellt werden. Eine 24-Stunden-Erreichbarkeit eines Palliativteams ist unerlässlich.

#### **Rasselatmung**

In den letzten Lebensstunden kommt es häufig zu Sekretansammlungen im Bronchialsystem, die der Patient wegen zunehmender Schwäche immer weniger abhusten kann. Dies führt zu Rasseln, Pfeifen, Brummen u.a. Atemgeräuschen. Der Kranke leidet i.d.R. nicht unter Atemnot. Dafür leiden die Angehörigen!

- Vorbeugen ist besser als Behandeln!
  - Infusionen absetzen im Sinne einer palliativen Dehydrierung
  - N-Butylscopolamin 0,1 - 0,3 mg s.c. als (wiederholte) Einzeldosis
  - Scopolamin (Scopoderm TTS<sup>®</sup>)
  - Glycopyrronium (Robinul<sup>®</sup>) 400 µg s.c. Einzeldosis, max. 1200 µg/24 h
- Abaugen ist meist ohne Effekt, belastet jedoch Patient (und Angehörige).

#### **Palliative Sedierung**

Ultima Ratio einer nicht beherrschbaren, quälenden Atemnot ist - nach Rücksprache mit dem Patienten - die palliative Sedierung, d. h. bedarfsgesteuerte intermittierende oder kontinuierliche Gabe von Sedativa (z. B. Midazolam, Lorazepam) unter Fortführung anderer symptomorientierter Therapien. Ziel ist die Symptomkontrolle, nicht das Herbeiführen des Todes. Die Indikation zur palliativen Sedierung muss regelmäßig überprüft und dokumentiert werden.