

Die akute Atemnot aus der Sicht des Pneumologen
Sebastian Gallenberger (48.Bayer. Internistenkongress am 8.11.2009)

Die Atemnot stellt nach dem Husten eines der häufigsten und wichtigsten Symptome von pulmonalen Erkrankungen bzw. Funktionsstörungen dar. Das Leitsymptom Dyspnoe ist genau so bedeutsam bei kardialen Erkrankungen und kann auch Ausdruck muskulärer, neurologischer, hämatologischer, endokriner oder psychischer Störungen sein. Einzelberichte gibt es aus allen medizinischen Disziplinen.

Atemnot ist ein sehr subjektiv empfundenes Gefühl, das nicht immer objektivierbar ist, und am ehesten als Ausdruck einer inadäquat verstärkten Atemarbeit interpretiert werden kann. Die Empfindung Atemnot ist ein komplexes Phänomen, verursacht vor allem durch die Stimulation verschiedener Mechanorezeptoren in den oberen Atemwegen, den Lungen und der Brustwand und die Aktivität von Chemorezeptoren für O₂ und CO₂ im Glomus caroticum, Aortenbogen und im Hirnstamm. Eine Graduierung versucht man mit der Borg-Dyspnoe-Skala oder den der NYHA angepassten Skalen der ATS oder MRC. Objektive Messwerte, wie z.B. die Blutgase, zeigen nur eine schwache Korrelation zur subjektiven Wertung.

Der Patient, der mit akuter Atemnot in die Praxis oder Klinik kommt, ist meist ein Notfallpatient, bei dem zuerst lebensbedrohliche Ursachen ausgeschlossen werden müssen und damit primär die Frage beantwortet werden muss, ob eine akute kardiale oder respiratorische Insuffizienz, Kreislaufinstabilität oder Vigilanzstörung vorliegen. In einer prospektiven Studie einer Notfallambulanz waren bei älteren Patienten mit akuter Atemnot und respiratorischer Beeinträchtigung als häufigste Diagnosen die dekompensierte Herzinsuffizienz, Pneumonien, exacerbierter COPD, Lungenembolie und Asthmaanfall beschrieben worden. Andere häufigere kardiale Ursachen sind Myokardinfarkt, Arrhythmie, instabiles Koronarsyndrom und Perikarderguss während von pulmonaler Seite an die Aspiration, Pneumothorax, Pleuraerguss, Lungenödem und ARDS, Bronchiolitis und interstitielle Lungenerkrankung zu denken ist. Immer abzugrenzen ist eine psychogene Genese im Rahmen einer Panikattacke bzw. eines Hyperventilationssyndroms. Seltener sind ein Angioödem oder anaphylaktische Reaktionen, Stimmbandspasmen („vocalcord dysfunction“), Lungenblutungen, neuromuskuläre Störungen, toxische oder metabolische Ursachen wie z.B. eine Ketoazidose oder Traumafolgen.

Bereits die Anamnese engt die Differentialdiagnose erheblich ein, wenn bekannte Vorerkrankungen auf eine akute Exacerbation hinweisen oder bestimmte triggernde Faktoren vorliegen wie z.B. eine Allergenexposition oder eine Noncompliance der Dauermedikation eine kardiale oder respiratorische Dekompensation erklärt. Zusätzliche Symptome, wie Fieber und Husten machen eine Infektion wahrscheinlich. Ein vorausgegangenes Trauma könnte einen Pneumothorax oder eine Lungenkontusion verursacht haben. Trauma, Immobilität und insbesondere eine Tumorerkrankung sind Risikofaktoren für das Auftreten von Lungenembolien.

Der klinische Aspekt und die kurz orientierende körperliche Untersuchung liefern oft schon wegweisende Informationen für die differentialdiagnostische Einschätzung des Patienten mit akuter Atemnot. Dies sind die klinischen Zeichen der gestörten Atmung (z.B. Tachypnoe, Stridor, Distanzrasseln), der Herzinsuffizienz (z.B. Ödeme) und der respiratorischen Insuffizienz (z.B. Zyanose) ebenso wie Auskultation von Herz und Lunge im Seitenvergleich. Die Pulsoximetrie als orientierende Methode und sehr viel besser die Blutgasanalyse liefern die objektiven Informationen für die Einschätzung einer vitalen Gefährdung und die Notwendigkeit einer intensivmedizinischen Behandlung. Ein Abfall des pH Werts $< 7,30$ bei Hyperkapnie beweist die eingetretene respiratorische Dekompensation, bei der bereits eine künstliche Beatmung, in der Regel nicht-invasiv, indiziert sein kann.

Als technische Untersuchungsmethoden sind in der medizinischen Notfallambulanz EKG, Röntgen-Thorax-Aufnahme und Echokardiographie Standard und hat die Computertomographie als Angio-CT die Ventilations-Perfusionsszintigraphie in der Diagnostik der akuten Lungenembolie abgelöst. Die Sonographie kann schnell und einfach Pleuraergüsse diagnostizieren und auch pleuranahe pathologische Lungenbefunde erkennen, aber die röntgenologische Diagnostik in der Regel nicht ersetzen. Die hohe Aussagekraft der Lungenfunktion wird in der Notfalldiagnostik zuwenig genutzt und die exacerbierter COPD dadurch nicht immer erkannt. In der laborchemischen Diagnostik bei der akuten Atemnot haben sich in der Standarddiagnostik Troponin und BNP und D-Dimer als sensitiv und vor allem in ihrer negativ prädiktiven Aussage bewährt.

Eine schnelle, zweckgerichtete Diagnostik ist Voraussetzung für eine rasche, gezielte und erfolgreiche Therapie. Die Notfalltherapie wird detailliert in den Leitlinien der einzelnen Fachgesellschaften dargestellt.