

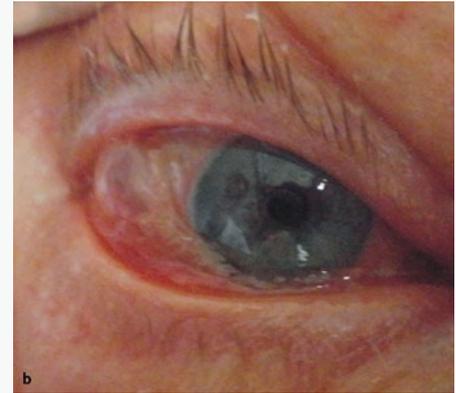
## Folgen einer COPD

**Gas ließ Lider schwellen**

Ein 70-jähriger COPD-Patient stellt sich mit Dyspnoe und Thoraxschmerzen vor. Wie es im Verlauf zu einer Augenschwellung gekommen ist und was dahinter steckte, lesen Sie in dieser Kasuistik.

Ein 70-jähriger mit fortgeschrittener COPD (Grad IV) und dilatativer Kardiomyopathie stellte sich mit plötzlich aufgetretener Dyspnoe und Thoraxschmerzen vor, berichten Rasmus Rivinius und Kollegen in der Zeitschrift „Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin“. Nach Erstversorgung erfolgte bei röntgenologisch gesichertem Spontanpneumothorax die Einlage einer Thoraxdrainage rechts. Ausgeprägte Pendelbewegungen der Wassersäule mit Luftblasen in Richtung des Sogs deuteten auf eine persistierende bronchopleurale Fistelung hin. Eine Antibiose mit Cefuroxim und Clarithromycin wurde bei Verdacht auf infektexazerbierte COPD eingeleitet.

**Augenlider schollen beidseitig an**  
Innerhalb von Stunden verschlechterte sich der Zustand des Patienten mit zunehmender Dyspnoe, steigenden Infektwerten und Anschwellung der Augenlider beidseits (**Abb. 1**). Die ophthalmologische Untersuchung zeigte den Befund eines orbitalen und subkonjunktivalen Emphysems.



**Abb. 1 a** Patient mehrere Stunden nach Thoraxdrainage, **b** geöffnetes rechtes Auge.

Eine Thorax- und Schädel-CT zeigte in der rechten Lunge bei einliegender Thoraxsaugdrainage einen ventralen Pneumothorax von etwa 2 cm sowie massive pulmonale, thorakale, zervikale, periorbitale und subkonjunktivale Weichteilemphyseme. Repositionierung der ersten Drainage sowie eine zweite Thoraxdrainage brachten die Entlastung – der Gasübertritt konnte von Seiten der Pleura ins Bindegewebe deutlich reduziert werden, sodass sich Weichteilemphysem und Pneumothorax

im Verlauf vollständig zurückbildeten. Weichteilemphyseme sind unphysiologisch erhöhte Gasansammlungen im Gewebe. Häufig finden sie sich im lockeren Bindegewebe, im Fettgewebe und in der Subkutis. Als Leitsymptom gilt das „Schneeballknirschen“ in Verbindung mit wegdrückbaren Schwellungen der Haut.

(mg)

Rivinius R et al, Med Klin Intensivmed Notfmed 2012, 107:645–648

◦ Deutsche Gesellschaft für Schlafmedizin (DGSM) empfiehlt jedoch für alle Kraftfahrer mit einer Schlafapnoe und dadurch bedingten „ausgeprägten Vigilanzstörungen“ eine mindestens sechswöchige CPAP-Therapie. Erst wenn diese konsequent, das heißt jede Nacht über mindestens vier Stunden, angewendet wurde und eine abschließende Anamnese, ein „Maintenance-of-Wakefulness-Test“ sowie Aufmerksamkeitstests keine Auffälligkeiten mehr zeigen, könne man den Fahrer wieder guten Gewissens am Verkehr teilnehmen lassen.

Nicht nur Berufsfahrer laufen jedoch Gefahr, während der sechswöchigen Therapie, in der sie nicht am Straßenverkehr

teilnehmen dürfen, ihren Job zu verlieren. Prof. Orth schlägt daher eine vorgezogene Beurteilung bereits nach zwei bis vier Wochen vor (**s. Infobox**). Dieses Vorgehen war in einer Simulatorstudie nicht mit erhöhten Unfallraten gegenüber Gesunden verbunden.

### Wer übermüdet einen Unfall baut, ist „grob fahrlässig“

Grundsätzlich ist jeder Verkehrsteilnehmer selbst verpflichtet, seine Eignung zur Teilnahme am Straßenverkehr zu prüfen; das sieht der Paragraph 2 der Fahrerlaubnisverordnung (FeV) vor. „Ein schläfrigkeitbedingter Unfall“, so Orth und Kotterba, „gilt als grobe Fahrlässigkeit und

wird mit einer Ordnungsstrafe geahndet“. Wird dabei eine Straftat festgestellt, zahlt im Fall einer bekannten Schlafapnoe keine Haftpflichtversicherung; der Patient kann nicht nur zu einer Geldstrafe verdonnert werden, sondern schlimmstenfalls sogar ins Kitchen wandern. (Elke Oberhofer)

Orth M und Kotterba S, Gesundheitliche Auswirkungen der obstruktiven Schlafapnoe. HNO 2012, 60: 308–312  
S3-Leitlinie „Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen“. AWMF-Register Nr. 063/001

Seifert I, Fahrtauglichkeit bei Patienten mit obstruktivem Schlafapnoesyndrom vor und nach 14 Tagen CPAP-Therapie im Vergleich zu Gesunden. Inaugural-Dissertation, Ruhr-Universität Bochum 2011. [www-brs.ub.ruhr-uni-bochum.de/net/html/HSS/Diss/SeifertIngmar/diss.pdf](http://www-brs.ub.ruhr-uni-bochum.de/net/html/HSS/Diss/SeifertIngmar/diss.pdf)