

COPD: Dyspnoe ist das am häufigsten von COPD-Patienten berichtete Symptom, hinzu kommen Husten und Auswurf. Zur Sicherung der Diagnose ist eine Lungenfunktionsuntersuchung notwendig (FEV1/FVC nach Bronchodilatation < 0,70). Als Exazerbation gilt eine akute Verschlechterung der respiratorischen Symptome, die eine Intensivierung der Therapie erforderlich macht.

Pneumonie: Insbesondere bei alten Patienten ist Luftnot neben Husten das führende Symptom einer ambulant erworbenen Pneumonie, seltener bestehen Pleuraschmerzen und Fieber. Klinische Befunde wie verminderte Atemexkursionen, Klopfeschalldämpfung, bronchiales Atemgeräusch und ohrnahe inspiratorische Rasselgeräusche sind manchmal schwer feststellbar. Zumindest bei stationärer Aufnahme werden daher auch Röntgenthorax und Labordiagnostik gefordert.

Interstitielle Lungenerkrankungen: Die heterogene Gruppe von Krankheitsbildern mit Entzündung und/oder Fibrose des Lungengparenchyms (z. B. idiopathische Lungenfibrose, exogen-allergische Alveolitis) macht sich durch chronische Dyspnoe und nichtproduktiven Husten bemerkbar. Typisch sind inspiratorische feinblasige Rasselgeräusche. Die Diagnose wird mittels hochauflösender CT gestellt.

Lungenembolie: Der Schweregrad der akuten Dyspnoe ist abhängig von Emboluslokalisation und Ausmaß des Gefäßverschlusses. Die Wahrscheinlichkeit einer Lungenembolie kann anhand von klinischen Variablen, z. B. mit dem Wells-Score für Lungenembolie, abgeschätzt werden. Nur bei niedriger und mittlerer klinischer Wahrscheinlichkeit sollte ein D-Dimer-Test das weitere Vorgehen leiten. Ansonsten ist eine sofortige CT angezeigt.

Pulmonale Hypertonie: Nahezu alle betroffenen Patienten berichten über Belastungsluftnot; trotzdem wird an diese Diagnose zu selten gedacht. Häufig ist sie die Folge einer Linksherzerkrankung.

Pleuraerguss: Die Ausprägung korreliert meistens mit der Dyspnoesympptomatik; stabile oder langsam sich vergrößernde Ergüsse sind aber oft asymptomatisch.

Pneumothorax: Klinische Zeichen sind eine verminderte Atemexkursion und ein abgeschwächtes Atemgeräusch der betroffenen Thoraxhälfte. Bis zu 2% der Patienten entwickeln einen u. U. lebensbedrohlichen Spannungspneumothorax. Ein sekundärer Spontanpneumothorax tritt häufig infolge eines Lungenemphysems auf.

Kardiale Erkrankungen

Herzinsuffizienz (HF): Dyspnoe ist das Kardinalsymptom bei HF. Häufiger als eine HF mit eingeschränkter Ejektionsfraktion (HFREF) steckt eine Insuffizienz mit erhaltener linksventrikulärer EF (HFPEF) dahinter. Erstere wird mittels Echokardiografie, Letztere dopplersonografisch diagnostiziert.

KHK: Typisches Symptom sind Stenokardien, nicht die Dyspnoe. Bei Diabetikern sowie bei ausgedehnter Myokardischämie kann Luftnot aber das führende Symptom sein. Bei KHK-Patienten ist außerdem an die Möglichkeit einer durch P2Y12-Inhibitoren induzierten Dyspnoe zu denken.

Klappenfehler: Valvuläre Dyspnoe wird typischerweise durch eine höhergradige Aortenstenose oder Mitralsuffizienz verursacht.

Sonstige Ursachen

Neben kardialen und pulmonalen Erkrankungen können auch viele andere Erkrankungen Luftnot hervorrufen. Das Spektrum reicht von Anämien über HNO-Ursachen (z. B. Obstruktionen der oberen Luftwege, Vocal Cord Dysfunktion) bis hin zu neuromuskulären Erkrankungen (z. B. Myasthenia gravis) und Panikstörungen. Daneben können auch Übergewicht und Bewegungsmangel für Atemnot sorgen. Generell gilt für die Dyspnoeabklärung: Man kann Läuse und Flöhe haben. So kommt z. B. bei vielen COPD-Patienten eine kardiale Problematik dazu. Und selbst leichte Formen von COPD, Herzinsuffizienz und Anämie können, wenn sie gemeinsam auftreten, eventuell noch zusammen mit Adipositas, ausreichen, um eine schwere Dyspnoe auszulösen.

Dr. Beate Schumacher

Ewert R, Gläser S. Internist 2015;56:865–71

Niedermeyer J. Internist 2015;56:882–9

Simonis G et al. Internist 2015;56:890–9

Francke S et al. Internist 2015;56:900–6

Jeder Zehnte stirbt am Rauchen

Weltweit raucht jeder vierte Mann und jede zwanzigste Frau täglich. 2015 war jeder 10. Todesfall auf das Rauchen zurückzuführen. Diese Zahlen nennt eine internationale Expertengruppe im Fachmagazin „The Lancet“. Die gute Nachricht: Der Anteil der täglichen Raucher an der weltweiten Gesamtbevölkerung schrumpft. Er ist demnach zwischen 1990 und 2015 um fast ein Drittel auf 15,3% zurückgegangen.

Reitsma, Marissa B et al. The Lancet 2017, Online 05 April 2017, doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30819-X

Obst und Gemüse schützen vor COPD

In einer schwedische Analyse errechneten Forscher für Raucher, die $\geq 5,3$ Portionen Obst und Gemüse/Tag zu sich nahmen, ein um 40% niedrigeres COPD-Risiko gegenüber solchen, die weniger als zwei Portionen der bunten Kost/Tag verzehrten. Der Vorteil der Ex-Raucher lag bei 34%. Als besonders effektiv erwiesen sich Äpfel, Birnen, grünes Blattgemüse und Paprikaschoten.

Kaluza J et al. Thorax 2017, online 22. Februar; doi: 10.1136/thoraxjnl-2015-207851

Mehr Herzversagen nach Pneumonie

In einer Kohortenstudie wurden 4988 Patienten mit ambulant erworbener Pneumonie (CAP) zehn Jahre auf das Auftreten einer Herzinsuffizienz nachbeobachtet. Jedem Patienten wurden bis zu fünf Kontrollpersonen ohne CAP gegenübergestellt. Das Risiko, nach CAP eine Herzschwäche zu entwickeln, war um 61% erhöht. Die Risikozunahme war dabei bereits innerhalb von einem Jahr und sogar schon nach 90 Tagen zu erkennen (+86 bzw. +52%).

Eurich Dean T et al. BMJ 2017; 356:j413