

Atemnot am Lebensende

Steffen Eychmüller, Christoph Cina

Atemnot ist eine subjektive äusserst unangenehme und belastende Wahrnehmung des Atems und eines der bedrohlichsten Symptome, welches ganz besonders im Kontext des Lebensendes existentielle Ängste nicht nur beim betroffenen Patienten, sondern auch bei seinen Angehörigen und bei den professionellen Helfern auslöst.

Die Bedeutung von Atemnot am Lebensende

Atemnot ist das häufigste aller belastenden Symptome am Lebensende. 70% aller Patientinnen und Patienten leiden in den letzten 6 Wochen ihres Lebens an Atemnot. 10–70% der Patienten mit Tumorerkrankungen, 60–95% der Patienten mit kardio-respiratorischen Erkrankungen wie chronischer Herzinsuffizienz oder chronisch-obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) und nahezu alle Patienten mit amyotropher Lateralsklerose (ALS) sind betroffen.

Die Ursachen der Atemnot

Zwischen Atemnot und Sauerstoff im Blut besteht nur bedingt ein Zusammenhang. Durch Angst verursachte unökonomische Atemarbeit spielt eine wesentliche Rolle. Führende Ursache der Atemnot ist meistens die Kombination aus allgemeiner Muskelschwäche bei kachektischen Patienten, welche zusätzlich durch Infekte begünstigt werden. Eine Anämie oder Hypalbuminämie verbunden mit Pleuraergüssen kann die klinische Situation akzentuieren. Vorbestehende Organinsuffizienzen wie Herz- und Niereninsuffizienz dürfen nicht ausser Acht gelassen werden.

Cave: Die alleinige Behandlung dieser Organinsuffizienzen (bspw. Diuretikagabe) führt meist nicht zu einer symptomatischen Besserung.

Prävention

Atemnotsituationen sind voraussehbar und können vermieden werden. Wie? Durch Vermeidung von Volumenüberlastung durch eine reduzierte Flüssigkeitszufuhr, bevorzugt auf subkutanem Applikationsweg. Durch frühzeitige Schulung von Patient und An-

gehörigen (sog. «5-Punkte-Plan» von der Einnahme einer atemerleichternden Sitzhaltung bis zur Medikamenten-Selbstapplikation) kann Angst und Panik vermieden werden. Durch physiotherapeutische Instruktion in Lippenbremse und Ökonomisierung der Atmung und durch die rechtzeitige Umverordnung von Herz- und Niereninsuffizienz-Medikation auf parenterale/subkutane Applikation bei zunehmender Schluckschwäche und Apathie können die präventiven Massnahmen komplettiert werden.

Behandlungsziele

Atemnot bedeutet nicht nur eine massive Einschränkung der Lebensqualität des Patienten sondern auch eine erhebliche Belastung für alle Beteiligten. Das Hauptziel ist die Vermeidung von Angst und Panik, was wiederum zu einer deutlich ökonomischeren Atemarbeit führt. Grauenhaft erlebte Atemnot-Situationen sind bei den Angehörigen häufig Auslöser einer pathologischen Trauer, bzw. Gründe für angstvolle Szenarien bezüglich des eigenen Sterbens.

Ökonomisierung der Atemarbeit

Durch die Verabreichung von Morphin (Dosis: 5 mg p.o. oder 2,5 mg s.c./i.v. oder: 10–16% der Opioid-Tagesdosis) wird eine geringere Atemfrequenz und eine deutliche Reduktion der Stress-Situation erreicht. D.h. ein gewisses Ausmass Atemdepression ist therapeutisch erwünscht! Diese Massnahme kann max. alle 20 Min. wiederholt werden (siehe auch Notfallplan).

Eine *geeignete Körperhaltung* mit Aufsitzen und Abstützen der Arme auf Oberschenkel oder Tischrand (Einsatz der Atemhilfsmuskulatur!) erleichtert die Atmung. (sog. Kutschersitz, wenngleich nach Aussagen eines Seminarteilnehmers Kutscher eigentlich nicht so vornübergebeugt sitzen.)

Komfort-Maximierung

Durch Triggerung der Mechanorezeptoren des Nervus Trigemini und Maxillaris durch Luftstrom wie z.B. bei Verwendung eines Handventilators oder Öffnen der Fenster (Durchzug) entsteht eine subjektive Linderung der Atemnot. Hingegen besteht keine Evidenz für die Verabreichung von Sauerstoff in dieser Situation durch eine Nasenbrille, insbesondere in Anbetracht der dann dominierenden Mundatmung. Trotzdem geht von der «Nasenbrille» mit Sauerstoff ein psychologisch anxiolytischer Effekt für alle Beteiligten aus, der vielleicht nicht evidence- aber experience-based ist, und somit auch in Zukunft Bestand haben dürfte (ganz besonders bei Kulturen, wo das «Machen» im Zentrum steht).

Durch das Stützen des Rückens und atemerleichternde Einreibungen kann der Komfort des Patienten weiter gesteigert werden.

Die Anwesenheit einer Ruhe bewahrenden Person und die Minimierung von zusätzlichen Reizen wie Reden sind hilfreich.

Reduktion der Angst

Angst löst beim Patienten eine Stressreaktion aus. Dadurch kommt es zu einer Überflutung des Körpers mit Stresshormonen mit entsprechendem Anstieg von Blutdruck, Puls und Atemfrequenz. Stressreduktion durch Patienten- und Angehörigen-Training steht deshalb im Zentrum der Therapie. Benzodiazepine haben keine klare Wirkung auf Intensität der Atemnot, aber wohl auf das Leiden/Coping. Sie wirken beruhigend und führen zu einer deutlichen Stressreduktion.

Achtung: Temesta®-Expidet® ist eine Schmelz- und keine Sublingualtablette und muss deshalb geschluckt werden, um resorbiert zu werden. Dormicum® 1 mg maximal alle 20 Min. kann sowohl nasal (über Zerstäuber) wie auch parenteral zusammen mit Morphium verabreicht werden.

Notfallplan

Das Erstellen eines Notfallplanes und die sorgfältige Instruktion von Patient und Angehörigen sind wesentliche Elemente einer guten Palliation.

- Hilfe annehmen! Anwesenheit einer Ruhe bewahrenden Person
 - Aufsitzen und Arme abstützen
 - Fenster auf oder Ventilator oder Sauerstoff nehmen
 - Kurzwirksames Morphium nehmen mit Temesta®
- Falls diese Massnahmen nicht erfolgreich sein sollten, muss das weitere Vorgehen logistisch klar geregelt sein: Woher kommt rund um die Uhr zusätzlich medizinische Hilfe in Absprache mit dem Hausarzt? Wird eine Notfallhospitalisation trotz schlechtem AZ erwogen, wenn ja wo, und wie sind die KollegInnen dort vorinformiert? Soll zuhause / im Pflegeheim eine palliative Sedierung gemäss Verordnungsplan durch ein spezialisiertes Palliative Care Team bei fortbestehender Atemnot Anwendung finden?

Rasselatmung in der Sterbephase

Die Rasselatmung kommt durch tracheales Sekret, das bei muskulärer Schwäche und fehlendem Hustenstoss bei häufig bewusstseinsgetrübten, sterbenden Patienten nicht abgehustet werden kann, zustande.

Für Angehörige aber auch Teammitglieder wird die hörbare Atmung mit «Ersticken» in Zusammenhang gebracht und als sehr belastend empfunden. Die Rasselatmung löst Angst und damit Stress aus.

Ziel der Massnahmen

Stressreduktion beim Patienten und bei den Angehörigen. Verhinderung der komplexen Trauer.

Nicht medikamentöse Therapie

Insbesondere im Spitalsetting Vermeidung der intravenösen Volumenüberlastung (max. 500 ml/24 h). Lagerung in leichter Seitenlage, häufige Umlagerung, möglichst nicht absaugen, da die mechanische Irritation zu vermehrter Sekretbildung führen kann.

Medikamentöse Therapie

Flüssigkeit reduzieren ($\frac{1}{2}$ l/24 h), Buscopan® s.c./i.v. 10–20 mg/4 h oder 60–100 mg/24 h als Dauerinfusion, Versuch mit Lasix 20–40 mg s.c. oder i.v. falls der Patient nicht genügend anspricht!

Korrespondenz:
Dr. med. Christoph Cina
MediZentrum Messen AG
Hauptstrasse 16
3254 Messen
ccina[at]hin.ch