Handout Kränzlifortbildung Privatklinik Obach 8.11.2012

Dr. med. M. Kaufmann, Facharzt f. Pneumologie FMH

Lungenpraxis Stadtgarten, Werkhofstr. 4, 4500 Solothurn

manfred.kaufmann@hin.ch

**Therapie der Dyspnoe bei fortgeschrittener COPD**

Art der Richtlinie: Information

Ziel: adäquate Behandlung der Atemnot bei fortgeschrittener COPD.

Grundlagen:

Dyspnoe ist Kardinalsymptom bei COPD, bei praktisch allen COPD-Patienten im letzten Lebensjahr vorhanden. Dyspnoe ist im letzten Lebensabschnitt bei COPD nicht selten untertherapiert. Regelmässiges Erfassen des Schweregrades der Dyspnoe ist wichtig. Für Dyspnoe-Therapie mit Morphium liegen sehr gute Daten vor, v.a. bezüglich Wirksamkeit und Sicherheit. Gegen Dyspnoe wirksame Dosis liegt oft unterhalb derjenigen in der Schmerztherapie.

Konventionelle, etablierte Dyspnoetheapie bei fortgeschrittener COPD :

* solide Diagnostik der COPD, mögliche andere Dyspnoeursachen im Rahmen der Komorbiditäten suchen (v.a. LE, kardial)
* maximale broncho-dilatatorische und antiinflammatorische Therapie (gemäss GOLD Richtlinien)
* Heimsauerstoff-Therapie v.a. bei Ruhehypoxämie (gemäss Richtlinien SGP)
* nicht-pharmakologische Massnahmen: pulm. Rehab, Lippenbremse, Gehhilfen, CPAP bei Hyperkapnie)
* in speziellen Fällen chirurgische Therapie (Lungenvolumen Reduktion, Lungentransplantation)

Bei Dyspnoe in Ruhe oder minimaler Aktivität trotz optimaler COPD-Standardtherapie eine ergänzende Opioidtherapie erwägen. Vorschlag eines Therapieprotokolls zur Einleitung der Dyspnoetherapie mit Opioiden (modifiziert von COPD-Guidelines Canadian Thoracic Society 2011):

* Initial oral schnellwirkendes Morphin, langsam eintitrieren über wöchentliche Intervalle über 4-6wo. Start: 0.5mg po 2xd, steigern zu 0.5mg 4stündlich während 1 Woche. Falls toleriert: Morphin 1mg po 4stdl, wöchentlich steigern um 1mg bis Wirkung eintritt oder inakzeptable NW limitierend sind.
* Falls wirksam und gut toleriert, Wechsel auf Retardpräparat (z.B. MST ret) mit ½ der Tages-Dosis des schnellwirksamen Morphins, schnellwirksame Reserve belassen.
* Bei bereits vorinstallierter Morphiumtherapie (Schmerztherapie) Dosis individuell erhöhen
* Cave Opioidpflaster: bequem aber störanfällig (Schwitzen), Fentanyl führt ev. zu unerwünschter muskulärer Versteifung des Thorax
* Bei zusätzlicher Angstkomponente Kombination mit Benzodiazepin (zB Lorazepam)
* Obstipationsprophylaxe bei Morphiumtherapie obligat: Konsistenzproblem (harter Stuhl): osmotische Laxantien steigern (zB Transipeg), Transitproblem: Peristaltik anregen (zB. Laxoberon).Instruktion für Selbsttitrierung (durch Patient / Angehörige) der Laxantien
* Nausea (therapieresistent auf übliche Antiemetika): 1. Wechsel auf äquipotente Dosis orales Hydromorphin (1mg Hydromorphin = 5mg Morphin). 2. Falls keine Besserung Beginn mit tiefdosiertem Haldol
* Regelmässiges Erfassen und dokumentieren der Dyspnoe (Fragebogen)
* Überprüfung des Effektes und möglicher Nebenwirkungen
* Kommunikation des palliativen Therapiekonzeptes an Patient und Angehörige

Referenzen:

* Managing dyspnea in patients with advanced COPD: A Canadian Thoracic Society clinical practice guideline: Marciniuk D et al. Can Respir J Vol 18 No 2, 2011
* ACCP Consensus Statement on the Management of Dyspnea in Patients with advanced Lung or Heart Disease CHEST 2010;137(3):674-691
* Bigorio-Empfehlungen: www.palliative.ch