

Therapie der akuten Exazerbation

Ca. 50% der Patienten mit Bronchiektasen-Krankheit weisen ≥ 2 Exazerbationen / Jahr auf, ca. ein Drittel macht mindestens eine hospitalisationspflichtige Exazerbation durch. Akute Exazerbationen sind assoziiert mit verminderter Lebensqualität, Lungenfunktionsverlust und verminderter Lebenserwartung.

COPD nach Anthonisen (2/3 Kriterien)	Bronchiektasen-Krankheit (3/6 Kriterien)
Zunahme der Dyspnoe	Zunahme der Dyspnoe
Zunahme der Sputummenge	Zunahme der Sputummenge
Zunahme der Sputumpurulenz	Zunahme der Sputumpurulenz
	Husten
	Müdigkeit/Malaise
	Hämoptysen

ACHTUNG: Die Zeichen einer akuten Exazerbation (im Vergleich zur COPD) sind in Tabelle 1 (links) wiedergegeben.

Der Schweregrad der Exazerbation (und damit die Indikation zur Hospitalisation) wird analog der Maßgaben von GOLD 2023 für die Exazerbation der COPD bestimmt.

Regelmäßige Evaluation

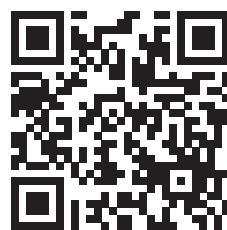
Patienten mit Bronchiektasen sollten regelmäßig (mindestens einmal jährlich) hinsichtlich des klinischen Verlaufs, der Exazerbationsrate, der Lungenfunktion, der Funktionalität sowie der Komorbidität reevaluiert werden. Sputumuntersuchungen auf pyogene Bakterien, Mykobakterien und Pilze sollten angelegt werden. Ziel ist die Überprüfung und weitere Adjustierung des Therapieplans.

Hinweis auf weitere Literatur: Santiago Ewig, Infektionen der oberen und unteren Atemwege, Deutscher-Ärzte-Verlag, Köln 2023

Thoraxzentrum Ruhrgebiet

Das Thoraxzentrum Ruhrgebiet in Herne-Eickel und Bochum ist eine fachübergreifende Einrichtung für die medizinische Diagnostik und Behandlung von Erkrankungen der Lunge, der Brustwand, des Pleuraraumes sowie des Zwerchfells und des Mittelfellraumes. Unser umfassendes Behandlungsspektrum in den Fachbereichen Thoraxchirurgie, Pneumologie und Internistische Onkologie stellt die optimale medizinische Versorgung unserer Patientinnen und Patienten sicher. Im Vordergrund unserer medizinischen und pflegerischen Arbeit steht der Anspruch, den größtmöglichen Behandlungserfolg zu erzielen.

Weitere Informationen:
thoraxzentrum-ruhrgebiet.de



Dr. med. Dipl. Oec. Erich Hecker
Chefarzt der Klinik für Thoraxchirurgie

Hordeler Straße 7-9
44651 Herne
Telefon 02323 4989-2212
E-Mail thoraxchirurgie@evk-herne.de



Prof. Dr. med. Santiago Ewig
Chefarzt der Klinik für Pneumologie und Infektiologie

Hordeler Straße 7-9, 44651 Herne
Telefon 02323 4989-2454
E-Mail pneumologie@evk-herne.de

Impressum

Herausgeber
Thoraxzentrum Ruhrgebiet
Hordeler Str. 7 – 9, 44651 Herne
Fon 02323 4989-2212
Fax 02323 4989-2229
info@evkhg-herne.de
www.thoraxzentrum-ruhrgebiet.de

Redaktion
Prof. Dr. med. Santiago Ewig
Dr. med. Erich Hecker

Gestaltung
Unternehmenskommunikation
ZED gGmbH

Fotos
Volker Beushausen, privat

ThoraxNews

Ausgabe 06

August 2023



Thoraxzentrum Ruhrgebiet

Zentrum für Pneumologie & Thoraxchirurgie



Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

Bronchiektasen sind häufig! Und sie werden häufig nicht erkannt bzw. unzureichend behandelt!

Allerdings hat sich das klinische Bild gewandelt. Sauerbruch hat vor einem Jahrhundert in seinem „Lehrbuch der Thorakalen Chirurgie“ das Krankheitsbild eindrucksvoll in einer Zeichnung festgehalten: sie zeigt mehrere Zentimeter im Durchmesser messende zentrale Bronchiektasen. Im Zuge der Einführung wirksamer antibakterieller Therapien nahm zwischenzeitlich die Häufigkeit der früher vorherrschenden schweren post-infektiösen Bronchiektasen mit „maulvollem Sputum“ deutlich ab. Aber sie sind deshalb nicht verschwunden, vielmehr präsentieren sie sich klinisch und bildgebend diskreter. Doch ist die mit einer Bronchiektasen-Krankheit assoziierte Morbidität, Einschränkung der Lebensqualität sowie Letalität weiterhin beträchtlich.

Wir möchten als Thoraxzentrum mit Ihnen dazu beitragen, die Patientinnen und Patienten mit Bronchiektasen-Krankheit gut zu versorgen. Dies kann durch enge Abstimmung und Zusammenarbeit gelingen!

Diagnose

Die Diagnose von Bronchiektasen erfolgt heute über die CT des Thorax. Diese erlaubt ihre Identifikation, Beschreibung ihrer Lage und Morphologie, trägt zur Schweregradbestimmung bei und gibt Hinweise auf ihre Ätiologie. Dabei sind sowohl transversale als auch sagittale Rekonstruktionen zu beachten. Direkte Zeichen sind die bronchiale Dilatation, indirekte Zeichen die Bronchialwandverdickung, die mukoide Impaktation sowie eine begleitende Bronchiolitis. Ein typisches CT mit Bronchiektasen zeigt Abbildung 1.

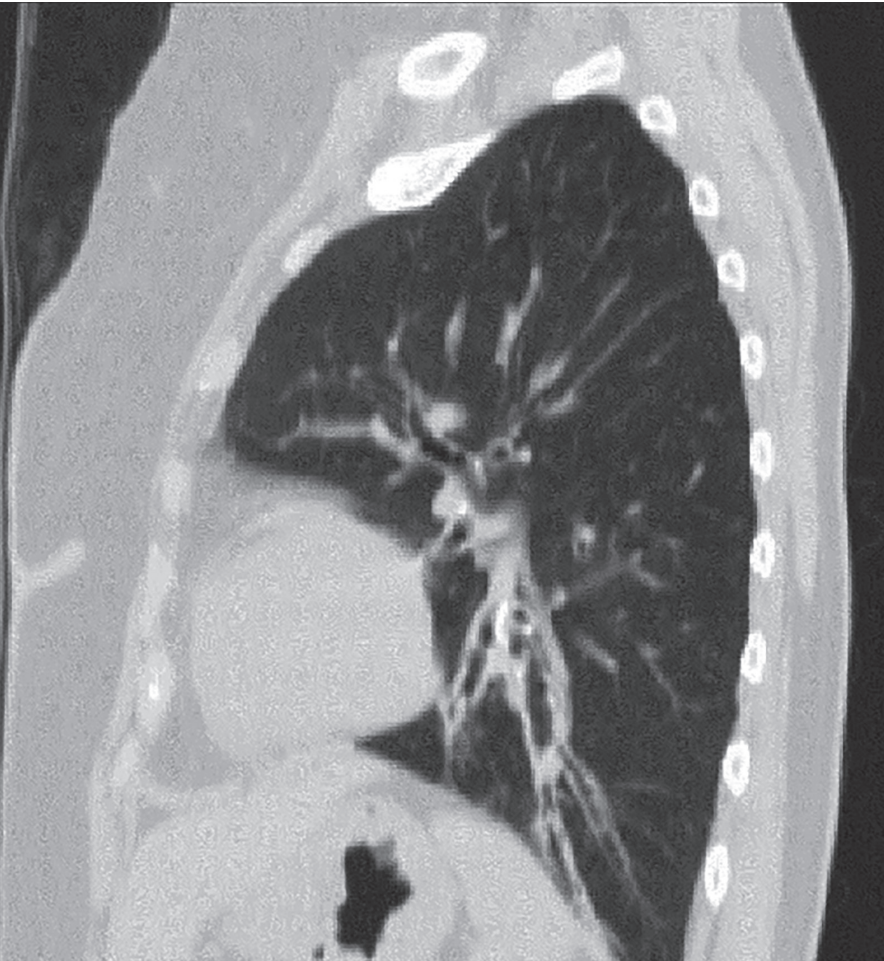


Abbildung 1: Patientin mit ausgedehnten Bronchiektasen im linken Unterlappen, aber auch im Oberlappen, CT des Thorax, sagittale Rekonstruktion. Deutliche Wandverdickungen. Bronchiektasen, die bis an den Pleurarand reichen.

Ätiologie

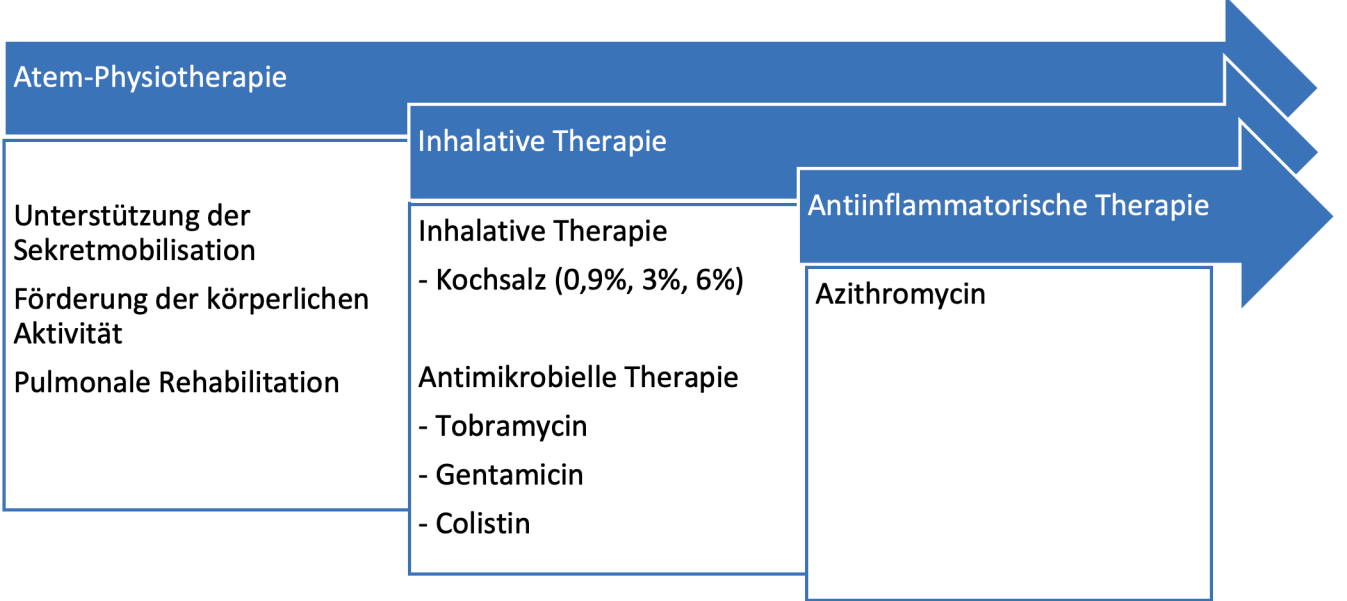
Nach die Diagnose ist die Klärung der Ätiologie erforderlich. Am häufigsten dürften Bronchiektasen bei obstruktiven Atemwegs-erkrankungen sein. Postinfektiöse und infektiöse Ursachen bleiben bedeutsam; zu letzteren gehört die nichttuberkulöse Myko-bakteriose (NTM). Aber auch Bronchiektasen bei (bislang unentdeckten) Immundefekt-Syndromen sowie autoimmunem bzw. chro-nisch-entzündlichen Erkrankungen, bei chronischer Aspiration sowie bei allergischer bronchopulmonaler Aspergillose sind relevant. Schließlich werden auch im Erwachsenenalter immer noch Fälle hereditärer Erkrankungen wie die primäre Ziliendyskinesie (PCD) und die zystische Fibrose (CF) diagnostiziert. Um die Ätiologie zu klären, ist ein Satz von Untersuchungen erforderlich, die z.T. nur in der Klinik vorgehalten werden können.

Bestimmung der Aktivität sowie des Schweregrades

Der nächste Schritt besteht in der Bestimmung der Aktivität (nur bei (zumindest zeitweise) symptomatischen Bronchiektasen spre-chen wir von einer Bronchiektasen-Krankheit) und des Schweregrades. Dazu sind einige Scores etabliert, der Komorbidität und des sich daraus ergebenden Risikos. Dieses bestimmt die erforderliche Therapie bzw. die notwendige Therapieintensität.

Therapie der Bronchiektasen-Krankheit

Die Therapie umfasst drei Dimensionen (siehe Abbildung unten).



Zentral ist die Sicherstellung der Sekretmobilisation. Die Atem- und Physiotherapie sollte sowohl im Krankenhaus als auch ambu-lant erfolgen. Die wichtigsten Optionen sind dabei:

- die „Aktiver Zyklus Atemtechnik“ (ACBT)
- manuelle Techniken
- Lagerungstherapie
- Anwendung des positiven endexpiratorischen Drucks (PEP) bzw. des oszillierenden endexpiratorischen Drucks (OPEP)

Ein wesentliches Hilfsmittel dabei sind Aerosolinhalationsgeräte für die unteren Atemwege sowie Atemtherapiegeräte zur Unter-stützung der Schleimlösung/-elimination. Unsere Atem- und Physiotherapeutinnen und -therapeuten sind auf diese Techniken spezialisiert. Im ambulanten Bereich sollte diese Therapie fortgeführt werden. Dies ist möglich über die KG-Atemtherapie oder die KG-Muko aus dem Heilmittelkatalog. Die antiinflammatorische Therapie mit Azithromycin ist bei chronischer Kolonisation bzw. rezidivierenden Exazerbationen durch P. aeruginosa eine gute Option.

ACHTUNG: Patientinnen und Patienten mit P. aeruginosa weisen ein dreifach erhöhtes Letalitätsrisiko, ein siebenfach erhöhtes Risiko der Hospitalisation sowie im Mittel eine zusätzliche Exazerbation pro Jahr auf. Aktuell werden Substanzen entwickelt, die antiinflammatorisch wirksam sind und somit Aktivität und Progress der Erkrankung reduzieren sollen.

ACHTUNG: Bei Patientinnen und Patienten in hinreichendem Allgemeinzustand mit einseitigen, auf wenige Areale der Lunge re-duzierte Bronchiektasen, die konservativ nicht beherrscht werden können, ist eine thoraxchirurgische Resektion immer noch eine wichtige Option. Die interdisziplinäre Festlegung des optimalen Therapiemodus schließt daher die Thoraxchirurgie mit ein.