

LEBEN MIT LUNGENHOCHDRUCK

Luftnot und Ermüdung sowie Brustenge oder Brustschmerzen bei Belastung, vorzeitige Erschöpfung, Kollaps, Beinödeme, blaue Lippen – all dies können Zeichen einer seltenen und schwerwiegenden Erkrankung, dem arteriellen Lungenhochdruck, sein. Da Lungenhochdruck immer noch erst relativ spät erkannt wird, sollte man bei unklarer Dyspnoe auch daran denken.

Die genannten Beschwerden entstehen dadurch, dass durch die verengten Lungengefäße nur unter sehr hohem Druck ausreichend viel Blut fließt. Die rechte Herzkammer kann diesen Druck nur begrenzt aufbauen. Die Pumpleistung sinkt und damit die Durchblutung und Sauerstoffversorgung der Organe. Es handelt sich dabei um ein schwerwiegendes Krankheitsbild, bei dem es auf Grund einer starken Verengung der präkapillären Lungengefäße zu einer fortschreitenden Belastung der rechten Herzkammer kommt, wobei die Ursachen vielfältig sein können. Einige der Krankheiten werden als PAH (pulmonal arterielle Hypertonie) zusammengefasst. Die Ursache der idiopathischen PAH (früher „primäre pulmonale Hypertonie – PPH“) ist dagegen definitionsgemäß unbekannt. Zur PAH gehören auch durch Appetitzügler, Lebererkrankungen, Bindegeweberkrankungen, HIV-Infektionen und angeborene Herzfehler ausgelöste Erkrankungen. Eine schwere pulmonale Hypertonie wird außerdem beobachtet bei Linksherzerkrankungen, chronisch obstruktiver Bronchitis (COPD), chronisch

thromboembolischen Erkrankungen und anderen Lungenerkrankungen (zum Beispiel Lungenfibrose), die mit einem Sauerstoffmangel einhergehen, sowie einigen sehr seltenen anderen Erkrankungen. Von der idiopathischen PAH sind Frauen etwa doppelt so häufig betroffen wie Männer. Die Krankheit, deren Ursachen vererbt werden können, tritt in jedem Alter auf, am häufigsten aber zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr. Bei anderen Formen der PAH wird eine genetische Disposition angenommen. Immunologische Besonderheiten sind häufig nachweisbar, wobei Appetitzügler das Risiko erhöhen.

Chronifizierung und Rechtsherzversagen drohen

Die Diagnose erfolgt durch Echokardiographie als Suchtest und Verlaufskontrolle und zum Ausschluss von primärer Herzmuskel- oder -klappenerkrankungen und angeborener Fehlbildungen, durch EKG als Suchtest und zur Kontrolle auf Herzrhythmusstörungen, durch Röntgenbild der Lunge zum Ausschluss von Lungenprozessen und zur Ver-

laufskontrolle der Herzgröße, durch Lungenfunktion zum Ausschluss von Lungenerkrankungen, durch Blutgasanalyse zur Überprüfung der Indikation zur Sauerstofftherapie und durch Rechtsherzkatheter zur Messung von Blutfluss und Druck der Lungengefäße. Dabei ist die Prüfung der Effekte von gefäßerweiternden Mitteln möglich.

Seltene Krankheiten sind schwer zu diagnostizieren

PH-Patienten führen die unspezifischen Beschwerden meist auf eine mangelnde Kondition zurück. Auch Ärzten fällt die Diagnose schwer, da sie in der Praxis nur selten mit dem Krankheitsbild konfrontiert werden. Endgültig diagnostiziert wird eine seltene Krankheit wie der Lungenhochdruck häufig erst in besonders spezialisierten Klinikzentren oder Praxen, in denen die Ärzte nicht nur über entsprechende Erfahrungen mit der Krankheit verfügen, sondern auch spezielle Diagnoseverfahren zur Verfügung stehen.

Die Therapie erfolgt durch Sauerstoffgabe, Marcumar, Prostacycline,

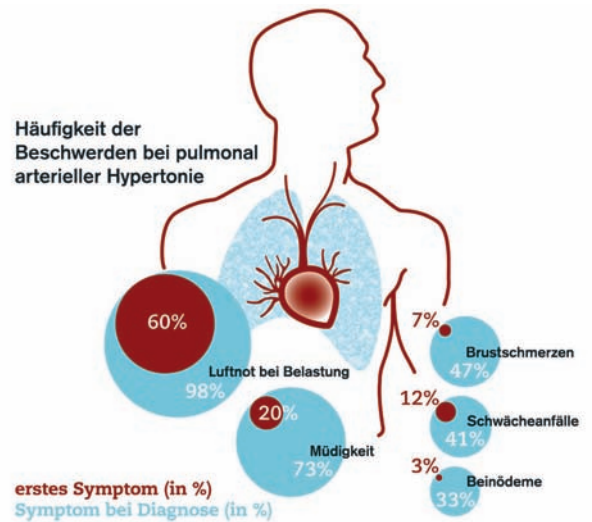


Kalziumantagonisten (nur bei zirka fünf Prozent der Patienten langfristig wirksam), inhalative Prostanoid, Prostacycline, Endothelin-Rezeptor-Antagonisten, Phosphodiesterase-5-Hemmstoffe.

tung kann im Einzelfall jedoch sinnvoll sein. Klinische Erfahrungen sprechen dafür, dass wohl der Einsatz von Kombinationen der verschiedenen Wirkstoffe ratsam ist. Weitere Wirkstoffe werden derzeit in klinischen Studien an PH-spezialisierten Zentren untersucht.

Eine körperliche Schonung wird für die Erhaltung der Herzfunktion nach wie vor empfohlen, da bei schwerer Belastung Ohnmachtsanfälle oder sogar der Tod eintreten können. Ein kontrolliertes körperliches Training unter fachkundiger Anlei-

Gerhard Vollmar
pulmonale hypertension e.v.
Landesverband Bayern



Nach Olschewski, H. et al: Diagnostik und Therapie der chronischen pulmonalen Hypertonie (Original: Rich et al. 1987), (Pneumologie 2006, 60:7-49), Graphik: pulmonale hypertension e.v., www.phev.de Illustration: www.rastrfront.de

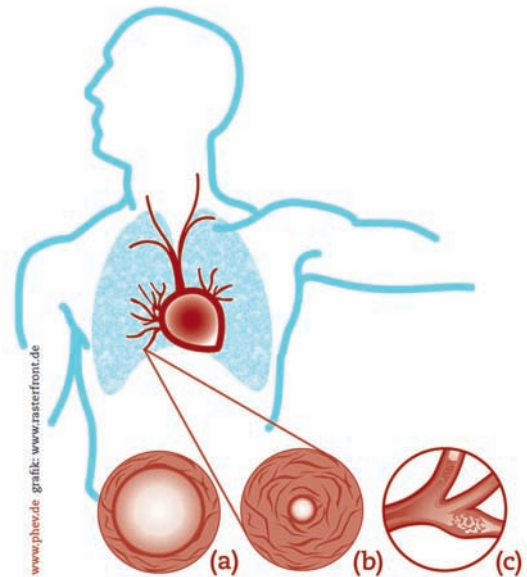
Rat und Hilfe in Bayern

Der Landesverband des Vereins pulmonale hypertension e.v. (ph e.v.) informiert über Symptome und Möglichkeiten der Diagnostik und Therapie und vermittelt Kontakte zu spezialisierten Ärzten und Kliniken. Er gibt Rat und Hilfe bei Fragen zur sozialen Versorgung, Schule, Ausbildung und Beruf. Er fördert – zusammen mit betreuenden Ärzten und unterstützt durch Freunde, Mitglieder und Förderer – die medizinische Forschung zu diesem Krankheitsbild. Der Verein veranstaltet Seminare und organisiert bundesweite und regionale Patiententreffen mit Angehörigen.

Der Öffentlichkeitsarbeit kommt dabei eine zentrale Bedeutung zu. Der ph e.v. ist bundesweit tätig und pflegt internationale Kontakte zu PH-Organisationen.

Kontakt:

Gerhard Vollmar
Leiter des Landesverbandes Bayern im ph e.v.
Josef-Maria-Lutz-Straße 16
85276 Pfaffenhofen
Telefon: 0 84 41 / 26 11
Fax: 0 84 41 / 2 76 25 30
E-Mail: bayern@phev.de
Internet: www.phev.de



(a) Normale Lungenarterie im Durchschnitt.
(b) In den Lungenarterien wird in späteren Stadien der pulmonalen Hypertonie der Gefäßdurchmesser durch Gewebewucherungen („Remodelling“) eingeengt.
(c) Längsschnitt mit krankhaften Veränderungen (Ablagerungen, Wucherungen, Verdickungen). Das Blut kann immer schwerer durchgepumpt werden.