

Erkrankung positiv beeinflusst. Speziell zu erlernende Atemtechniken mit besonderen Ein- und Ausatemmanövern (z. B. autogene Drainage) in Verbindung mit gezielter Lagerung und Druck auf den Brustkorb, aber auch der Einsatz von Hilfsmitteln erleichtern das Lösen und Entfernen des Sekretes aus den erweiterten Bronchien. Zu diesen Hilfsmitteln zählen Geräte, die in den Atemwegen Schwingungen erzeugen, z. B. RCCorner®, VRP1®, Gelomuc®, acapella® u. a. Auch einfache Hilfsmittel wie ein in Länge und Durchmesser angepasstes Strohhalmstück können die Entfernung des Sekretes unterstützen.



Abb. 2: Corner®
© D. Pfeiffer-Kascha

Notwendig ist die kontinuierliche Fortsetzung der Therapie.

Die Gefahr, im Laufe der Jahre und Jahrzehnte immer mehr an Lungenfunktion zu verlieren und zuletzt durch Rechtsherzbelastung und verminderten Sauerstoffgehalt im Blut immer weniger körperlich belastbar zu werden, hat sich dank der konsequenten medikamentösen und nicht-medikamentösen Therapie deutlich vermindert.

Nicht zu unterschätzen: Körperliche Aktivität unterstützt den körpereigenen Reinigungsmechanismus der Atemwege!

Chirurgische Therapie:

Eine operative Entfernung der betroffenen Lungenabschnitte ist nur möglich, wenn die Bronchiectasen auf einen umschriebenen Lungenabschnitt begrenzt sind. Für die weitaus meisten Patienten kommt eine chirurgische Therapie nicht in Frage, weil die Bronchiectasen mehrere Lungenteile betreffen oder trotz Entfernung des betroffenen Lungenabschnittes wieder auftreten können.

Wo erhalten Sie weitere Informationen?

Deutsche Atemwegsliga e. V.
Raiffeisenstraße 38 • 33175 Bad Lippspringe
Telefon (0 52 52) 93 36 15
Telefax (0 52 52) 93 36 16
eMail: kontakt@atemwegsliga.de
Internet: atemwegsliga.de

 facebook.com/atemwegsliga.de

 twitter.com/atemwegsliga

 youtube.com/user/atemwegsliga

DEUTSCHE
ATEMWEGLIGA e. V.



Titelbild © pix4U - fotolia.com

Stand: 2015



Informationsblatt



Deutsche Atemwegsliga e. V.

Was bedeutet der Begriff „Bronchiektasie?“

Der Name leitet sich vom griechischen éktasis = Erweiterung ab und bedeutet daher wörtlich „Bronchialerweiterung“. Bronchiektasen können zylinderförmig, sackförmig (zystisch) oder spindelförmig (varikös) sein, betroffen sind meist die mittleren und kleinen Bronchien. (Abb. 1)

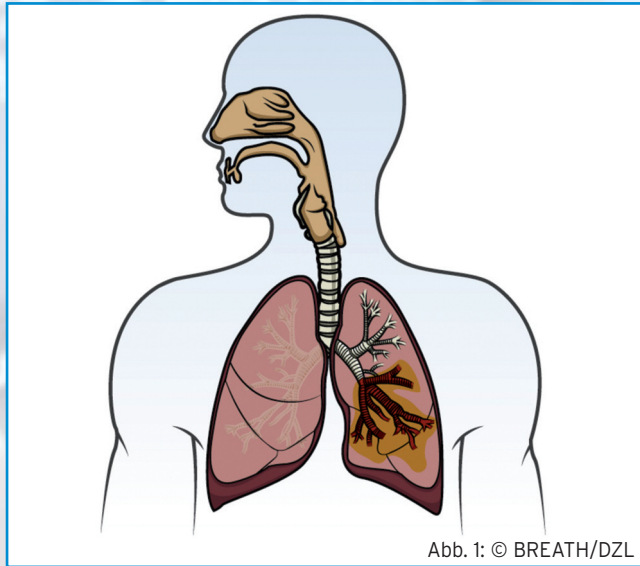


Abb. 1: © BREATH/DZL

Mögliche Ursachen der Entstehung von Bronchiektasen:

Bronchiektasen entstehen im Rahmen eines Teufelskreises aus Infektion, Entzündung und herabgesetztem Transport des Bronchialsekrets in den Atemwegen, der dann zu teilweise „sackartig“ erweiterten und sekretgefüllten Atemwegen („Bronchiektasen“) führt. Hierdurch entstehen ständige Infektionsherde in diesen dauerhaft geschädigten, kaum noch etwas zur Lungenfunktion beitragenden Atemwegen.

Es gibt eine angeborene, sehr seltene Form, die auf einer Entwicklungsstörung der Lunge beruht. Im letzten Jahrhundert entstanden Bronchiektasen meist infolge von Tuberkulose, Keuchhusten-, Masern- und Grippeinfektionen im Kindesalter. Seit der flächen-

deckenden Einführung potenter Antibiotika und regelmäßiger Schutzimpfungen sind Bronchiektasen aufgrund schwerer Infektionen (auch Bronchiektasen postinfektiöser Ursache genannt) in ihrer Häufigkeit deutlich zurückgegangen. Bronchiektasen können auch in Folge von Erbkrankheiten, wie der zystischen Fibrose (CF, auch Mukoviszidose genannt), der primären ciliären Dyskinesie (PCD) oder aufgrund von Defekten des Immunsystems entstehen. Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) und in sehr seltenen Fällen auch ein langjähriges schweres Asthma bronchiale können ebenfalls in fortgeschrittenen Stadien zu Bronchiektasen führen. Allerdings bleibt die Ursache der Bronchiektasen trotz intensiver Abklärungen bei ca. einem Drittel der Patienten unklar. Dies ist weltweit die häufigste Form von Bronchiektasen, die dann auch als „idiopathische Bronchiektasen“ bezeichnet werden.

Was sind die Folgen der Bronchialerweiterung?

Die Bronchialerweiterung führt dazu, dass der physiologische Sekrettransport durch die Flimmerhärchen in den Atemwegen gestört ist und das Bronchialsekret wie in einem Syphon an den tiefsten Stellen liegen bleibt. Das nicht abtransportierte Sekret kann von Bakterien besiedelt werden. Oft schwellt jahrelang eine lokale Entzündung vor sich hin, die sämtliche Wandschichten der Bronchien und später auch das umliegende Lungengewebe erfasst. Am Ende kommt es um die Bronchien herum zur Bindegewebsneubildung und zu narbigen Verziehungen der Bronchien, die den Sekrettransport noch zusätzlich behindern. Manche Patienten husten Tag für Tag große Mengen eines gelb-grünen Sputums aus, das manchmal auch blutig sein kann. Zunehmender Husten ist oft ein Zeichen der aufgeflackerten Infektion. Aber auch trockener Husten kann auf Bronchiektasen hinweisen.

Was untersucht der Arzt?

Wenn die Bronchiektasen ausgedehnt sind, hört der Arzt Rasselgeräusche über der Lunge, verursacht

durch Turbulenzen in den sekretgefüllten Atemwegen. Die einfache Röntgenaufnahme der Lunge zeigt nur in schweren Fällen Veränderungen. Um die Bronchiektasen exakt erfassen zu können, ist heute die hoch auflösende Computertomographie der Lunge (HRCT) die zuverlässigste und den Patienten am wenigsten beeinträchtigende diagnostische Methode.

Häufig findet der Röntgenarzt als Zufallsbefund eine leichtgradige Erweiterung der Bronchien, die er ebenfalls Bronchiektasen nennt. Die klinische Symptomatik (Husten, viel Auswurf) kann dabei vollständig fehlen. Die Bedeutung solcher Befunde für den Patienten bleibt unklar.

Wie können Bronchiektasen behandelt werden?

Behandlung mit Medikamenten:

Das Hauptproblem ist die zunehmende bakterielle Hohlraumbesiedelung der Bronchien mit Bakterien, die oft schlecht auf Antibiotika ansprechen.

Regelmäßige Inhalationen mit isotoner bzw. hypertonen Kochsalzlösung und/oder die Inhalation von Sekretolytika (schleimlösenden Medikamenten) verringern die Gefahr einer Keimbefallung. Eine bakteriologische Untersuchung des Auswurfs und eine gezielte, ausreichend hoch dosierte Behandlung mit Antibiotika sind dann notwendig, wenn die Hohlrauminfektion auf die umliegenden Lungenabschnitte übergreift und dort eine Art Lungenentzündung erzeugt. Diese geht häufig mit Nachtschweiß, vermehrtem Hustenreiz, mitunter Bluthusten (Hämoptysen), eventuell auch mit Fieber und Unwohlsein einher und führt zu einer allmählichen Verschlechterung der Lungenfunktion. Oft hilft nur eine intravenöse Behandlung mit Antibiotika über mindestens zwei Wochen. Auch inhalativ verabreichte Antibiotika können wirksam sein.

Nicht-medikamentöse Therapie:

Die Atemphysiotherapie ist ein wesentlicher Baustein in der Behandlung der Bronchiektasie, der den Umgang des Patienten mit seiner chronischen