

Zeitschrift: Palliative.ch : Zeitschrift der schweizerischen Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung = revue de la Société suisse de médecine et de soins palliatifs = rivista della Società svizzera di medicina e cure palliative

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung

Band: - (2005)

Heft: 4: Dyspnoe = Dyspnée = Dyspnea

Artikel: Atemnot und Sedation - ein Bericht aus der Praxis = Dyspnée et sédation - cas clinique = Dispnea e sedazione - caso clinico

Autor: Eychmüller, Steffen

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1091917>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 25.04.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Dr. M. Beauverd, Dr. C. Mazzocato

Il posto degli oppioidi nella presa a carico sintomatica della dispnea

(Riassunto)

La dispnea è un sintomo frequente e devastante nel paziente in fine di vita. I suoi meccanismi fisiopatologici sono complessi e conosciuti solo in parte. L'eziologia è di frequente multifattoriale. Se i trattamenti causali sono sempre da prendere in considerazione quando sia possibile, nell'evoluzione della malattia può presentarsi il momento in cui essi diventano insufficienti e inappropriati. A questo punto, gli oppioidi, in particolare la morfina, rappresentano uno dei pilastri della cura sintomatica della dispnea. I loro meccanismi d'azione non sono conosciuti. Sono state avanzate numerose ipotesi, quale ad esempio la diminuita percezione centrale del soffocamento. All'inizio, gli studi che provavano gli effetti positivi della morfina o di molecole apparentate sulla dispnea sono stati fatti in pazienti affetti da pneumopatie croniche. Dopo gli anni Novanta, studi clinici randomizzati e in doppio cieco han-

no mostrato effetti simili della morfina somministrata sottocute in pazienti affetti da cancro in stadio avanzato, senza alterazione clinicamente significativa della funzione respiratoria di questi. Diversi studi hanno anche riportato gli effetti degli oppioidi sotto forma nebulizzata in pazienti affetti da pneumopatie croniche o da cancro. I risultati sono contraddittori e non consentono attualmente di raccomandare questa via di somministrazione. Una metanalisi recente conferma questi diversi risultati. Sussistono ancora molti interrogativi, tra l'altro sull'efficacia dell'impiego a lungo termine di morfina a lenta cessione per via orale, su relazioni dose-risposta, modalità di somministrazione e fattori predittivi di un buon risultato come pure sui benefici ottenibili con altri oppioidi quali il metadone e il fentanyl. In assenza di dati più precisi si raccomanda l'impiego della morfina con modalità simili a quelle in uso nel trattamento antalgico, per via orale o sottocutanea, però a dosi inferiori tenuto conto di un margine terapeutico più ridotto. La morfina per via endovenosa è riservata alle cure sintomatiche di una dispnea terminale severa e refrattaria a ogni altro trattamento.

Die 55-jährige Konzertflötistin bekommt kaum noch Luft. Ihr Brustkrebs hat vor allem in der Lunge Metastasen abgesiedelt, seit ca. 4 Wochen wird ihr Aktionsradius immer kleiner. Mit Sauerstoff von der Lungenliga ging es bisher zuhause. Sie wohnt jedoch alleine, ihr einziger Sohn lebt und arbeitet 100 Kilometer entfernt, von ihrem Ehemann ist sie seit 20 Jahren geschieden.

Dr. Steffen Eychmüller

Atemnot und Sedation – ein Bericht aus der Praxis



Dr. Steffen Eychmüller

Sie kommt zu uns auf die Palliativstation mit der Bitte, doch möglichst rasch wieder nach Hause zurückkehren zu können – obwohl sie weiss, dass die Umgebung ihres Hauses zwar sehr idyllisch, aber auch sehr einsam und abgelegen ist. Das soziale Umfeld ist «mager»: neben dem Sohn gibt es wenige nachbarschaftliche Kontakte, ein paar Freunde aus den Musikerzeiten früher, die allerdings grösstenteils im Ausland leben.

Sie ist es gewohnt, alleine durchs Leben zu gehen, die Dinge selbst anzupacken. Und so möchte sie auch die letzte Lebensphase möglichst selbstständig bewältigen. Dass sie bald sterben wird, daran zweifelt sie nicht. Aber jetzt hat sie Angst, jedes Mal erneut, wenn die akute Atemnot kommt. Trotz aller Vorbereitung kommt es zur Todesangst.

Was «sedierte» bei Dyspnoe?

Beruhigung ist wichtig, und beruhigend sind sicherlich nicht nur Medikamente. Wir instruieren die Flötistin im Selbstmanagement. Kommt eine Krise im Spital, steht die Pflegeperson zwar am Bett, verhält sich aber eher passiv. Die Patientin selbst soll das Vorgehen erlernen. Gelingt es, solch eine Krise selbst zu meistern, dann schwinden die Ängste vor der nächsten Attacke.

Das Vorgehen ist einfach und «strikt»:

1. Hilfsperson beiziehen:

bei unserer Patientin wird ein Notrufsystem installiert, und überraschenderweise erklären sich einige bisher eher entfernte Nachbarn als Hilfspersonen bereit (und werden von der örtlichen Spitex instruiert).

2. Für die Atemnot beste Körperposition einnehmen:

bei ihr ist das Vornüberbeugen mit den Ellenbogen abgestützt auf einen hohen Tisch am Bettrand sitzend die günstigste Position, um die Atemnot-Attacke durchzustehen.

3. Sauerstoff oder Ventilator einschalten:

die Sauerstoffgabe bringt ihr subjektiv wesentlich mehr Erleichterung als der Tisch-Ventilator. Wir organisieren einen Konzentrator über die örtliche Lungenliga. Dabei ist die Nasenbrille für sie keine Option (in der Stress-Situation ist diese Installation ohne eine anwesende Person schwierig), sondern eine Maske, die sie sich selbst vor Mund und Nase hält.

4. Morphine:

Da sie bei der Atemnot-Attacke zusätzlich immer unter massivem Husten leidet, versuchen wir verschiedene Medikamente, die einerseits den Hustenreiz und die Atemnot bessern, aber auch im Notfall rasch und zuverlässig appliziert werden können. Das neue orale Fentanyl (Actiq®), welches wir zum Zeitpunkt dieser Geschichte nur über Schleimwege ergattern konnten, stellt sich als beste Option heraus. Sie steckt sich diesen «Lollypop» in den Mund, in der anderen Hand hält sie die Maske.

5. Anxiolyse/ Sedation:

Als «Notnagel» bei fehlender Besserung liegt das Lorazepam als Sublingual-Tablette (Temesta expidet®) auf dem Nachttisch. Erste Versuche auf der Station zeigten bei 1 mg keinen Effekt, wohl aber bei 2,5 mg. Sie leidet allerdings unter dem «Filmriss», der sich durch Lorazepam bei ihr ergibt, und stellt fest, dass sie diese Massnahme nur bei fehlender Besserung durch die vorgenannten Schritte anwenden möchte.

Wir besprechen, welche weitere Eskalation für den Fall einer fortbestehenden Atemnot möglich ist: Anzahl der Wiederholung insbesondere von Schritt 4 und 5, in welchem zeitlichen Abstand (ungefähre Angabe, da im Krisenfall das Befolgen einer Uhr wohl unrealistisch und auch sinnlos ist), und welche weitere Fachpersonen alarmiert werden (Spitex, Hausarzt etc.; Vorbereitung einer Karte mit Telefonnummern am Bett für die herbeigeeilte Hilfsperson).

Unsere Einstellung zur Sedation bei Atemnot

Diese Geschichte zeigt exemplarisch eine Erfahrung, die wir immer wieder bei der Behandlung der Dyspnoe machen: ist ein klares und einfaches Vorgehen installiert, welches unabhängig vom Ort die Betreuung durch die Patienten selbst oder durch die unmittelbar am Ort vorhandene Betreuungsperson ermöglicht, dann ist eine medikamentöse Sedation eher selten. Voraussetzung ist allerdings, dass uns der Erkrankungsverlauf die Zeit lässt, und der kognitive Zustand des Patienten überhaupt erlaubt, ein solches Krisenmanagement einzuüben.

Für nahezu alle Patienten ist alleine die Möglichkeit einer Sedation beruhigend, umso mehr, wenn sie den Effekt bereits einmal positiv erlebt haben. Allerdings gilt ganz klar:

Nie eine medikamentöse Anxiolyse/Sedation OHNE Opiode.

Haben wir die Zeit, dann besprechen wir mit den Patienten und den Angehörigen auch die Massnahme einer kontinuierlichen Opioid- und Anxiolytika-Gabe. Hierbei kommt dann das Gespräch auch auf die Themen Abschied und Vorplanung der pflegerischen und ärztlichen Massnahmen, wenn der Patient nicht mehr bei Bewusstsein ist. Häufig wird hierzu eine Patientenverfügung verfasst, die

auch die pflegerischen Massnahmen in der Sterbephase beinhaltet.

Die kontinuierliche Gabe der Benzodiazepine erfolgt bei uns überwiegend mit Midazolam (Dormicum®) subcutan nach einem klaren Protokoll (Vorbedingungen, Vorinformation und Vorbereitung des Patienten und der Angehörigen, Stammlösung, Startdosis und Dosisanpassung, Kriterien zur Steigerung und zur Dosisverminderung).

Die Gabe von Benzodiazepinen bei Atemnot ist nicht «evidence-based». Für die Patienten ist sie neben den vorgeschalteten Massnahmen (Schritt 1-4) aber beruhigend – als «palliative Sedation», d.h. als gezielte bewusstseins-verändernde Therapie. «Wenn es dann einmal ganz schlimm wird, kann ich mich in den Schlaf versenken lassen» – dies beruhigte auch die schwerkranke Flötistin.

Die Sedierung bei Atemnot kommt häufig gar nicht zur Anwendung. Ausnahmen sind sehr rasch progrediente Leiden, die eine Adaptation auf dem nächst niedrigen Sauerstoff-Level gar nicht zulassen. Beispiele hierfür sind sehr rasch progrediente maligne Pleuraergüsse, rezidivierende Lungenembolien (trotz Antikoagulation oder wo eine Antikoagulation kontraindiziert ist) und bei kardial bedingter, eher akuter Dyspnoe (bspw. maligner Pericard-Erguss).

Eher selten ist die palliative Sedation bei Atemnot infolge der muskulären Erschöpfung. Hier scheint die Atemnot für die Patienten eher im «Schatten» der natürlichen Bewusstseinsminderung abzulaufen infolge der langsam progredienten Hypoxämie mit schrittweiser cerebraler Minderperfusion.

Wir glauben, dass ein frühzeitiger Kontakt zur Palliative Care und nur damit die Möglichkeit eines schrittweisen Trainings für Atemnot-Krisen inklusive der umfassenden Planung und Instruktion des Hilfskonzepts durch Angehörige, Freunde und Fachpersonen die beste Anxiolyse für diese existentiell bedrohliche Krise darstellt.

Die schwerkranke Flötistin verstarb drei Wochen nach dem Aufenthalt bei uns zuhause, ohne dass eine kontinuierliche Anxiolyse/Sedation zur Anwendung kam. Die sublinguale Einnahme von Lorazepam zur Nacht wurde allerdings von ihr wegen der deutlichen Verminderung der Angst vor der Nacht (und der Atemnot) in Anspruch genommen.

Literatur

- Thomas JR, von Gunten Ch F: Clinical management of dyspnoea. Lancet Oncology Vol 3, 2002: 223-28
- Wein S: Sedation in the imminently dying patient. Oncology 2000, 14: 585-92

Korrespondenz

Dr. Steffen Eychmüller
Palliativstation
Kantonsspital St. Gallen
9007 St.Gallen
Tel. 071 494 26 66
Steffen.eychmüller@kssg.ch

Dr Steffen Eychmüller

Dyspnée et sédation – cas clinique

Il s'agit d'une patiente de 55 ans, flûtiste professionnelle, qui souffre d'une dyspnée majeure sur métastases pulmonaires d'un cancer du sein. Elle consulte notre service de soins palliatifs avec l'objectif de rentrer chez elle aussi rapidement que possible. Nous lui enseignons à prendre en charge elle-même sa dyspnée d'une manière aussi simple que rigoureuse:

1. Demander de l'aide autour d'elle

Nous faisons installer pour notre patiente un système d'alarme. À sa surprise, des voisins avec lesquels elle n'avait eu jusqu'alors que des relations assez distantes sont prêts à fonctionner comme répondants; c'est l'équipe locale de soins à domicile qui les forme à ce rôle.

2. Position d'inconfort minimal

Pour notre patiente, la meilleure position lors d'une attaque de suffocation est de se tenir assise au bord de son lit, penchée en avant, les coudes appuyés sur une table assez haute.

3. Enclencher l'oxygène ou le ventilateur

Subjectivement, l'oxygène la soulage beaucoup mieux que le ventilateur portatif. La Ligue pulmonaire locale met à sa disposition un concentrateur d'oxygène. Aux lunettes nasales, qu'en cas de stress il est trop difficile

de mettre toute seule, elle préfère un masque qu'elle peut tenir elle-même devant sa bouche et son nez.

4. Opiacés

C'est la nouvelle forme de fentanyl par voie orale (Actiq®), qu'à l'époque nous n'avons pu obtenir que par des voies détournées, qui s'est révélée la meilleure option. Notre patiente prend la sucette de fentanyl dans la bouche en tenant son masque de l'autre main.

5. Sédation-anxiolyse

Au cas où les mesures ci-dessus resteraient insuffisantes, notre patiente dispose sur sa table de nuit d'un comprimé sublingual de lorazépam (Temesta expidet®).

La prescription de benzodiazépines pour dyspnée n'est pas evidence based. Mais – à titre de complément aux mesures précédentes – elle tranquillise les patients et agit comme «sédation palliative», c'est-à-dire comme un traitement influençant l'état de conscience. «Si la situation devient vraiment insupportable, j'ai de quoi me faire dormir»: une possibilité rassurante pour notre patiente, qui est décédée chez elle trois semaines après son passage chez nous. Elle n'as pas eu besoin de sédation anxiolytique continue, mais la prise de lorazépam au coucher lui a permis de faire face à l'appréhension de la nuit à venir (et de la dyspnée elle-même).

Dr. Steffen Eychmüller

Dispnea e sedazione – caso clinico

Ad una flautista professionista manca quasi completamente l'aria; ha un cancro al seno con metastasi polmonari. Viene in consultazione nel nostro servizio di cure palliative e desidera poter rientrare a casa il più presto possibile. Le insegniamo come può gestire la sua situazione. Il procedimento è semplice e «stretto»:

1. Domandare l'assistenza di una persona

Le proponiamo di installare un sistema di allarme. È sorpresa di constatare che dei vicini, coi quali ha dei rapporti superficiali, siano disposti ad aiutarla. Essi vengono istruiti da parte dell'équipe di cure a domicilio.

2. Assumere la posizione più adatta

Per la nostra paziente, la posizione migliore in caso di un attacco di soffocamento è di chinarsi in avanti appoggiando i gomiti su un tavolo abbastanza alto posizionato accanto al suo letto.

3. Inserire l'ossigeno o il ventilatore

Soggettivamente l'ossigeno le dà più sollievo che il ventilatore da tavolo. La lega polmonare locale le mette a disposizione un concentratore. Gli occhiali nasali non sono una buona soluzione perché in una situazione di stress è troppo difficile posizzarli senza l'aiuto di

un'altra persona. È preferibile una maschera che lei stessa possa tenere davanti alla bocca ed al naso.

4. Morfina

Il nuovo Fentanyl orale (Actiq®), che a quel momento abbiamo potuto ottenere per vie traverse, si è rivelato essere l'opzione migliore. La nostra paziente prende questo «succhiotto» in bocca e tiene la sua maschera con l'altra mano.

5. Ansiolisi / sedazione

Se questo non fosse sufficiente, sul suo comodino c'è una compressa sublinguale di Lorazepam (Temesta expidet®).

La prescrizione di benzodiazepine in casi di dispnea non è «evidence based». Ma – accanto alle misure sopradescritte – tranquillizza i pazienti e agisce come «sedazione palliativa», cioè come terapia che mira a influenzare lo stato di coscienza. «Se la situazione dovesse diventare insostenibile, ho la possibilità di addormentarmi.» Questa opportunità ha assicurato anche la nostra flautista.

Questa paziente è deceduta a casa sua tre settimane dopo la nostra consulenza. Non ha avuto bisogno di una sedazione ansiolitica continua, ma ha assunto il Lorazepam la notte e questo ha diminuito notevolmente l'apprensione per le ore notturne.