

36-jähriger Mann mit Thoraxschmerz

36-Year-Old Man with Chest Pain

Ute Schnell

Zusammenfassung: Hintergrund: Thoraxschmerz gehört mit 1,5 % aller durch Symptome bedingten Patientenkontakte zu den häufigen Beratungsursachen in der hausärztlichen Praxis

Fallbericht: Es wird über den Fall eines 36-jährigen Mannes berichtet, der sich mit den Symptomen Husten, Fieber und Halsschmerzen seiner Hausärztin vorstellte. Erst die Verlaufsbeobachtung ermöglichte die Feststellung einer Änderung des Beschwerdebildes.

Schlussfolgerungen: Durch systematisches Vorgehen entsprechend der DEGAM-Leitlinie „Brustschmerz“ konnte im Verlauf eine seltene aber abwendbar gefährliche Beschwerdeursache aufgedeckt werden: akute Perimyokarditis. Diskutiert werden an diesem Fall Schlussfolgerungen für die hausärztliche Arbeitsweise anhand der Leitlinienempfehlungen.

Schlüsselwörter: DEGAM Leitlinie Brustschmerz; Perimyokarditis; Verlaufsbeobachtung

Summary: Background: With 1,5 % of all symptomatic patient contacts chest pain is a frequent reason for encounter in family medicine

Case report: A 36-year-old man introduced himself with the symptoms of cough, fever and sore throat at his family doctor's surgery. Only the follow-up study allowed the detection of a change in the symptom profile.

Conclusions: A systematic approach, based on the DEGAM guideline "chest pain" could uncover a rare but preventable dangerous cause: acute perimyocarditis. Family physicians' procedures in daily practice based on the guideline recommendations are discussed.

Keywords: DEGAM Guideline Chest Pain; Perimyokarditis, Follow up Study

Hintergrund

Thoraxschmerz ist in der allgemeinmedizinischen Praxis ein häufiger Beratungsanlass. Mit 1,5 % aller durch Symptome bedingten Patientenkontakte gehört er zu den häufigen Beratungsursachen in der hausärztlichen Praxis [1]. Die Differenzialdiagnose umfasst multiple Ursachen. Neben Erkrankungen im Bereich des Herz-Kreislaufsystems selbst, wie akuter Myokardinfarkt, Myokarditis, Perikarditis, Aortendissektion, Kardiomyopathien, Vitien und hypertonen Krisen kommen auch viele andere Ursachen wie respiratorische Infekte, psychosomatische Erkrankungen, Erkrankungen des Bauchraumes und des Bewegungsapparates ursächlich in Frage. Schwerwiegende Ursachen des Thoraxschmerzes sind mit ca. 15 % eher die Ausnahme. Eine zunächst scheinbar

„harmlose“ Symptomatik kann aber in der Verlaufsbeobachtung eine Änderung erfahren, die den behandelnden Arzt dazu zwingt, seine diagnostischen und therapeutischen Festlegungen zu überdenken. Auf den Beratungsanlass bezogene Leitlinienempfehlungen und das Handlungskonzept der programmierten Diagnostik nach Robert Braun sind wertvolle Hilfen in der Allgemeinmedizin, um abwendbar gefährliche Verläufe rechtzeitig zu erkennen [2–4].

Fallbericht

Ein 36-jähriger bislang gesunder Patient stellte sich an einem Freitag erstmalig in der hausärztlichen Sprechstunde vor. Er beklagte Hals-, Brust- und Gliederschmerzen, Fieber bis 39 °C und ausgeprägtes allgemeines

Krankheitsgefühl. Bei der klinischen Untersuchung imponierten Rachenrötung, eitrig belegte Tonsillen sowie tastbare Halslymphknoten. Lunge und Herz boten keinen pathologischen Auskultationsbefund. Bei bekannter Penicillinallergie und Therapieversagen von Erythromycin bei einer früheren Erkrankung wurde die Behandlung mit Moxifloxacin 1 x 400 mg und Paracetamol 3 x 500 bis 3 x 1000 mg begonnen.

Am Montagmorgen stellte sich der Patient erneut in der Sprechstunde vor. Er berichtete, dass es ihm seit dem Wochenende schlechter gehe. Seit dem Vortag habe er Husten und Schmerzen im Brustkorb beim Atmen. Da er sehr beunruhigt war, habe er am Sonntag den Bereitschaftsarzt konsultiert, der ihm Acetylcystein zum Schleimlösen verordnete. In der letzten Nacht seien die Schmerzen beim

Klinische Diagnose der Perikarditis

Brustschmerz mit Verstärkung beim Einatmen, Liegen, Husten
Verbesserung des Schmerzes beim Sitzen mit vorgebeugtem Oberkörper
Perikarditisches Reiben auskultierbar
EKG-Veränderungen mit unspezifischer konkaver ST-Hebung
Atemnot
Leistungsminderung/Müdigkeit
Häufig nach viralem/bakteriellem Infekt

Tabelle 1 Klinische Symptome der Perikarditis nach Brugger

Atmen aber viel stärker geworden. Er habe nicht liegen können und musste die Nacht im Sitzen verbringen. Auch beim Husten hätten sich die Schmerzen verstärkt. Sie werden mit Stärke 9–10 auf der 10-stufigen Visuellen Analogskala angegeben. Bei der erneuten körperlichen Untersuchung imponierte nun neben einem reduzierten Allgemeinzustand ein deutlich geröteter Rachenring mit einer Schleimstraße an der Rachenhinterwand. Lunge und Herz waren auskultatorisch unauffällig. Der Blutdruck betrug 140/80 mmHg, die Körpertemperatur war mit 37,2 °C unauffällig und die Sauerstoffsättigung mit 98 % normal. Der qualitative Troponin T Schnelltest war negativ. Erst das angefertigte EKG zeigte deutliche Veränderungen und gab Hinweise auf die Ursache der Beschwerden. Unter der Verdachtsdiagnose „akute Perikarditis“ wurde der Patient aus der Praxis direkt mit Notarztwagen ins Krankenhaus überwiesen.

Dort konnte der Verdacht bestätigt werden.

Schlussfolgerungen

Die vordringliche hausärztliche Aufgabe beim akuten Brustschmerz heißt Risikostratifizierung. Hausärzte kennen ihre Patienten in der Regel über einen langen Zeitraum und haben Kenntnis über vorangegangene Erkrankungen, das individuelle Risiko und die psychosoziale Situation. Das erleichtert die Einordnung neu aufgetretener Symptome. Weitere wichtige Hilfsmittel im Niedrigprävalenz-Bereich der Allgemeinmedizin sind die differenzierte Anamnese und die körperliche Untersuchung [2–5]. Psychische, soziale und somatische Gesichtspunkte sind von Beginn an in die ärztlichen Überlegungen einzubeziehen [6]. Die klinische Wahrscheinlichkeit des Vorliegens einer koronaren Herzkrankheit

(KHK) kann nach dem Marburger Herzscore bestimmt werden. Weitere Untersuchungen wie Labortests und EKG können das Beratungsergebnis stützen, schließen aber bei negativem Befund das Vorliegen einer kardialen Ursache der Beschwerden und eines abwendbar gefährlichen Verlaufes nicht sicher aus. Ein positiver Troponin-Test hat eine hohe Sensitivität, seine Aussagekraft wird aber durch den verzögerten Spiegelanstieg (erst zirka sechs Stunden nach dem initialen Schmerzereignis) in der Frühphase der Beschwerden beeinträchtigt [7]. Ein qualitativer Troponin-T-Schnelltest, wie er in der hausärztlichen Praxis durchgeführt werden kann, zeigt zudem nicht selten falsch negative Ergebnisse an, wie auch im vorliegenden Fall. Auch mit dem EKG lässt sich eine kardiale Genese der Beschwerden nur bestätigen, bei normalem Befund aber nicht ausschließen. Ein wichtiges Hilfsmittel zur Risikoabschätzung und Handlungsplanung sind deshalb die Leitlinien [3–5].

Die akute Perikarditis ist mit 2,7 Fällen pro 100000 Einwohner die häufigste Perikardierkrankung [8]. Die häufigste Ursache sind virale Entzündungen. Autoimmunerkrankungen und Neoplasien spielen eine geringe Rolle. In letzter Zeit wird aber auch bakteriellen Infektionen (Staphylokokken, Pneumokokken, Streptokokken) ein Zusammenhang mit der Entstehung von Peri- und/oder Myokarditiden zugeschrieben [9]. Vielfach bleibt die Perikarditis unerkannt, weil die voraus-

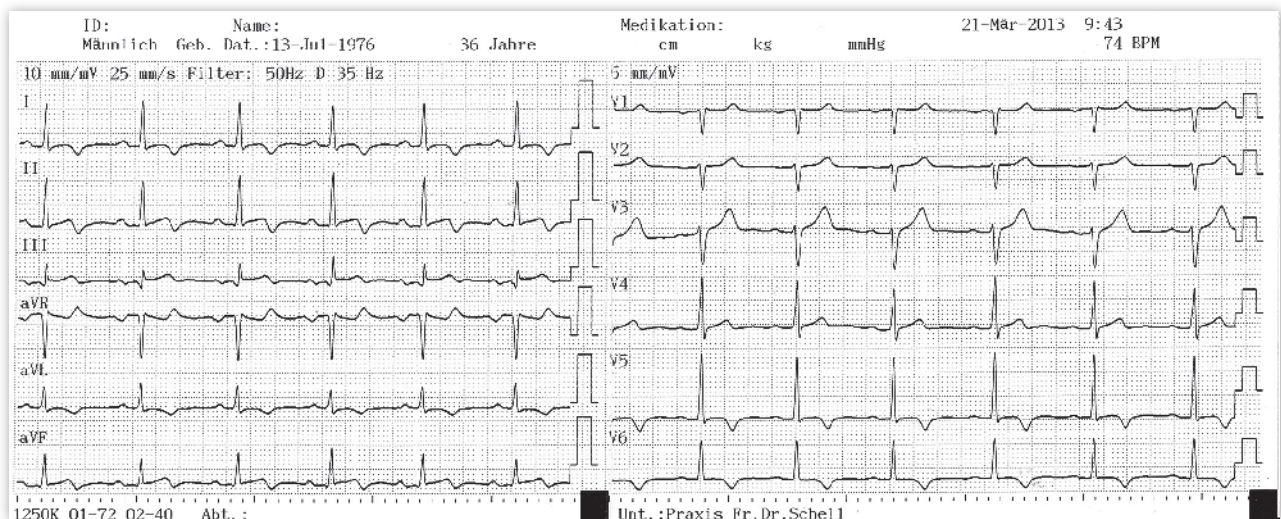


Abbildung 1 EKG mit typischen konkaven ST-Hebungen, die in den Ableitungen I-III, aVR, aVF und V1-V3 zu sehen sind.

Dr. med. Ute Schnell ...



... ist Fachärztin für Allgemeinmedizin, Sportmedizin, Naturheilverfahren, Palliativmedizin, niedergelassen in einer hausärztlichen Einzelpraxis in Bad Dürrenberg/Sachsen-Anhalt sowie Stellvertretende Sektionsleiterin der Sektion Allgemeinmedizin der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.

gehende Infektion mitunter nur eine blande Symptomatik verursacht und/oder die typischen Symptome der Perikardentzündung fehlgedeutet werden. Die Therapie, die aus körperlicher Ruhe, Herz-Kreislauf-Überwachung, Schmerzmittelgabe und ggf. antibiotischer Behandlung bei bakterieller Ursache besteht, soll Schäden am Herzen wie Perikarderguss und kardiogenen Schock in der Frühphase der Erkrankung vermeiden und einen Übergang ins chronische Stadium verhindern. Die klinische Diagnose der akuten Perikarditis stützt sich auf das Leitsymptom des pleuritischen, scharfen und retrosternal lokalisierten atemabhängigen Brustschmerzes. Beim Aufsetzen und Vorbeugen kommt es typischerweise zu einer Symptomverbesserung. Bei der Auskultation finden sich oft Reibegeräusche über dem Herzen. Allgemeine Entzündungszeichen wie Fieber, Husten und Abgeschlagenheit treten nicht selten auf (s. Tab. 1). Typische EKG-Veränderungen sind beson-

ders bei Patienten mit infektiöser Perikarditis zu beobachten: Diffuse ST-Hebungen in fast allen Ableitungen, die nach oben konkav verlaufen (s. auch Abb.1), im Gegensatz zu den ST-Hebungen beim akuten Myokardinfarkt, die nach oben konvex verlaufen [9–11]. Im Labor können erhöhte Entzündungswerte (CRP, Leukozytose und Blutsenkungsgeschwindigkeit), aber auch Änderungen der Enzymaktivität der Herzenzyme (CK, CKMB, GOT, LDH, Troponin) die Diagnose erhärten. Diese Parameter stehen aber in der Hausarztpraxis meist erst nach Stunden zur Verfügung und sind kein eindeutiges diagnostisches Zeichen für eine Perimyokarditis. Die Möglichkeit der Echokardiografie und damit auch die Erkennung eines Perikardergusses steht in Hausarztpraxen selten zur Verfügung. Im Thorax-Röntgenbild sind oft nur größere Ergussmengen sichtbar und auch dieses Untersuchungsergebnis ist nicht sofort verfügbar.

Damit bleiben in der hausärztlichen Praxis nur drei diagnostische Möglichkeiten, einen akuten Thoraxschmerz zu differenzieren und insbesondere die akute Perikarditis zu identifizieren: Die genaue Anamnese, die gründliche körperliche Untersuchung und ergänzend das EKG. Dass die beschriebenen Möglichkeiten ausreichen, um eine hinreichende Verdachtsdiagnose zu stellen und entsprechende Maßnahmen einzuleiten, zeigt das Fallbeispiel.

Das leitliniengerechte Vorgehen mit ausführlicher Anamnese, gründlicher körperlicher Untersuchung und Anfertigung eines einfachen Ruhe-EKGs, sowie die zeitnahe Kontrolle bei nicht abschließend geklärten Beschwerden sind in den meisten Fällen ausreichend, um abwendbar gefährliche Verläufe zu identifizieren und auch seltene Erkrankungen wie die Perimyokarditis rechtzeitig zu erkennen.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Ute Schnell
Sektion Allgemeinmedizin
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Magdeburger Str. 18
0345 Halle, Sachsen-Anhalt
ute.schnell@medizin.uni-halle.de

Literatur

1. Sönnichsen A, Donner-Banzhoff N. Thoraxschmerzen – hausärztliches Dilemma zwischen Fehl- und Überdiagnostik. *Z Allg Med* 2006; 82: 233–234
2. Schuchert A, Hamm CW, Scholz J, Wimmer S, Goldmann B, Meinertz T. Prehospital testing for troponin T in patients with suspected acute myocardial infarction. *Am Heart J* 1999, 138: 45–48
3. Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische KHK. *Dtsch Arztebl* 2006; 103: A-2968/B-2584/C-2484
4. Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische KHK. *Dtsch Arztebl* 2006; 103: A-2968/B-2584/C-2484
5. DEGAM Leitlinie „Brustschmerz“ – <http://www.degam.de/leitlinien-51.html> (letzter Zugriff 12.10.2014)
6. Pözl G, Lorscheid-Köhler A, Mussner-Seeber C, Gunschl M, Frick M. Medikamentöse Therapie der Perikarditis – Bedeutung von Colchicin. *J Cardiology* 2011; 18: 30–34
7. Brugger P. Perikarditis Diagnostik und Therapie. *Promed* 5/2003, S. 32–36
8. Börger HH. EKG-Information. Darmstadt: Heidelberg, Steinkopf Verlag, 1987
9. Rauscha F. EKG-Beispiel: Perikarditis. *J Cardiology* 2002; 9: 455