

Differenzialdiagnose des unklaren Brustschmerzes

Im Praxisalltag gilt es, die im Jahresverlauf relativ wenigen Fälle zu erkennen, in denen der akute Thoraxschmerz eine vital bedrohliche Ursache hat.

von Martina Levartz

Eine Reihe differenzialdiagnostischer Überlegungen sind anzustellen, wenn ein Patient mit Brustschmerzen in die Klinik oder Praxis kommt. Fatal ist, wenn dabei z.B. ein Infarkt, eine Aortendissektion oder Lungenembolie übersehen wird. Dies kann für den Patienten tödlich enden. In seiner 44. Fortbildungsveranstaltung in Zusammenarbeit mit der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler beschäftigte sich das IQN kürzlich in Düsseldorf mit dem Thema der Differenzialdiagnose des unklaren Brustschmerzes.

1 Wichtige (lebensbedrohliche) Differenzialdiagnosen beim akuten Thoraxschmerz

- Akuter Myokardinfarkt: NSTEMI-STEMI
- akutes Aortenaneurysma, Aortendissektion
- Lungenembolie
- Spontan- bzw. Spannungspneumothorax
- Spontanfraktur im Bereich der BWS
- Neurologische Erkrankung mit der Gefahr des sich entwickelnden Querschnitts
- Perikarditis/Pleuritis (hier Präsentation der Symptomatik gravierender als der Grad der Gefährdung)

Vortestwahrscheinlichkeit und prognostische Auswirkungen

Bei der differenzialdiagnostischen Abklärung des Brustschmerzes sollten dem diagnostischen Entscheidungsprozess zwei Grundüberlegungen vorangestellt werden, empfiehlt Professor Dr. Reinhard Griebenow, Oberarzt der Med. Klinik II in Köln-Merheim. Das sind:

- mit welcher Wahrscheinlichkeit liegt welche Erkrankung vor? (Vortestwahrscheinlichkeit)
- welche prognostische Auswirkung auf das Wohlbefinden/das Leben des Patienten haben diese?

Möglicherweise letal verlaufende Erkrankungen wie ein akutes Koronarsyndrom oder eine Lungenembolie müssen beim Vorliegen einer entsprechenden Wahrscheinlichkeit konsequent und zeitnah abgeklärt werden. Griebenow wies auf die von der Fachgesellschaft entwickelten Kriterien hin, anhand derer die Wahrscheinlichkeit des Vorliegens eines Koronarsyndroms eingeschätzt werden kann (siehe auch Kasten 2 oben rechts).

Bei einer Vortestwahrscheinlichkeit von mehr als 90 Prozent erfolgt die zeitnahe Durchführung einer Koronarangiographie. Bei einer Vortestwahrscheinlichkeit um 10 Prozent sollen zur weiterführenden Diagnostik Belastungs-EKG/Echokardiographie/Stresszintigramm oder Stress-MRT durchgeführt werden. Zeigen sich in den weiterführenden Untersuchungen Hinweise auf das Vorliegen einer KHK erfolgt eine Koronarangiographie. Bei einer Vortestwahrscheinlichkeit von unter 10 Prozent ist die weitere differenzialdiagnostische Abklärung notwendig.

Die Wahrscheinlichkeit des Vorliegens einer koronaren Herzkrankheit hängt – neben der Symptomatik – deutlich vom Geschlecht und Alter ab. Sowohl die klassischen Beschwerden der Angina pectoris – retrosternale Schmerzen mit Ausstrahlung in den linken Arm – als auch Oberbauchbeschwerden, Schmerzausstrahlung in Hals, Unterkiefer oder Rückenschmerzen (insbesondere bei vorliegendem Hinterwandin-

2 Um das Vorliegen einer Angina pectoris einschätzen zu können, hat die Europäische Gesellschaft für Kardiologie 2006 folgende Einteilung vorgeschlagen:

Typische Angina pectoris
Alle Kriterien müssen erfüllt sein:

- Retrosternale Beschwerden charakteristischer Ausprägung
- ausgelöst durch körperliche oder psychische Belastung
- Rückgang der Beschwerden durch körperliche Ruhe und/oder nach Einnahme eines kurz wirksamen Nitrats

Atypische Angina pectoris
• zwei der drei genannten Kriterien sind erfüllt.

nicht kardialer Schmerz
• nur eines oder keins der oben genannten Kriterien wird erfüllt.

farkt) lassen an eine KHK denken.

Klassische Auslöser für Angina pectoris sind:

- körperliche oder psychische Belastung
- Kälteexposition
- postprandial
- Blutdrucksteigerung

Zur Einschätzung der Wahrscheinlichkeit des Vorliegens einer Lungenembolie verwies Professor Griebenow auf die Wells-Kriterien (siehe Kasten 3 unten).

Beispiele aus der Gutachterkommission

Anhand einiger Beispiele aus Behandlungsfehlervorwürfen der Gutachterkommission zeigt Professor Dr. Peter Hanrath, Stellvertretendes Geschäftsführendes Kommissionsmitglied der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein, Fallstricke bei der Abklärung des akuten Brustschmerzes.

3 Wells-Score zur Abschätzung der klinischen Wahrscheinlichkeit einer Lungenembolie (nach Wells et al. 2000)

Klinische Befunde	Score
Klinische Zeichen/Symptome einer tiefen Venenthrombose	3
Alternative Diagnose unwahrscheinlicher als Lungenembolie	3
Herzfrequenz >100/min	1,5
Immobilisation (> 3 Tage) oder Operation (< 4 Wochen)	1,5
Anamnestisch Lungenembolie oder tiefe Venenthrombose	1,5
Hämoptysen	1
Malignom (therapiert innerhalb der letzten 6 Monate oder palliativ)	1
Summe:	
Score < 2:	Wahrscheinlichkeit für eine Lungenembolie gering
Score 3-6:	Wahrscheinlichkeit für eine Lungenembolie mittelgradig
Score > 6:	Wahrscheinlichkeit für eine Lungenembolie hoch

Kritisch ist beispielsweise, wenn ein Patient, der seit Jahren wegen COPD-Beschwerden in die Praxis kommt, sich mit leicht veränderter Beschwerdesymptomatik erneut vorstellt und über Wochen weiterhin auf COPD behandelt wird, ohne dass sich eine Besserung zeigt. Bei nicht eingetretener Besserung müssen weitere Differenzialdiagnosen in Betracht gezogen und abgeklärt werden. Im beschriebenen Fall hatte der Patient einen Herzinfarkt, der somit nicht rechtzeitig erkannt wurde. Es darf – so Hanrath – nicht zu lange an einer vorbekannten Diagnose festgehalten werden. Wenn trotz Therapieeinleitung sich keine Besserung zeigt, muss der Arzt seine Diagnose überdenken und den möglichen Differenzialdiagnosen konsequent nachgehen.

Auch andere bekannte Vorerkrankungen können den Arzt zunächst in die falsche diagnostische Richtung führen. So stellte sich ein Patient notfallmäßig im Krankenhaus vor wegen krampfartiger Schmerzen im Oberbauch mit Ausstrahlung in den Rücken und beide Arme. Unmittelbar vorausgegangen waren Krankenhausaufenthalte in chirurgischen Abteilungen wegen bekannter Zwerchfellhernie. Bei dem auf akutes Abdomen behandelten Patienten zeigte sich dann ein akuter Herzinfarkt. Es wurde – durch die nicht in Erwägung gezogene differenzialdiagnostische Überlegung – die koronare Herzkrankheit zu spät erkannt.

Professor Hanrath betonte die Wichtigkeit einer genauen und sorgfältigen Anamnese sowie der körperlichen Untersuchung mit schriftlicher Dokumentation aller erhobenen Befunde. Bei Verdacht auf akutes Koronarsyndrom muss binnen 10 Minuten nach klinischer Präsentation ein 12-Kanal-EKG geschrieben und beurteilt werden. Laboruntersuchungen (Troponin, D-Dimere, CRP usw.) und Bildgebung (Echo, Röntgen-Thorax, CT usw.) sind nach Wahrscheinlichkeit der Diagnose durchzuführen.

Weiterführende differenzialdiagnostische Untersuchungen durch einen Facharzt oder eine stationäre Einweisung sol-

len spätestens dann veranlasst werden, wenn die eingeleitete Therapie auf die zunächst angenommene Diagnose nicht anspricht und/oder die durchgeführten diagnostischen Maßnahmen zu keinem Ergebnis führen.

Orthopädische Ursachen für Brustschmerzen

Ein Großteil der Thoraxschmerzen mit orthopädischer Ursache kann durch klinische Untersuchung (Inspektion, Palpation, Bewegungsprüfung usw.) diagnostiziert werden, so Professor Dr. Dietmar König, Ärztlicher Direktor der LVR-Klinik für Orthopädie in Viersen. Ein häufiger Grund für das Auftreten akuter Brustschmerzen sei die Wirbelgelenksblockierung mit nach einer Bewegung plötzlich einsetzendem Schmerz, der bewegungs- und atemabhängig ist. Diagnostisch muss eine Röntgenuntersuchung der BWS in 2 Ebenen durchgeführt werden.

Die differenzialdiagnostisch bei der Symptomatik Brustschmerz oft angeführte Interkostalneuralgie ist anamnestisch durch Schmerzausstrahlung entlang der Interkostalnerven zu erfassen.

Bei einer Spondylodiscitis finden sich ein lokaler Klopfschmerz, Laborwertveränderungen (CRP, BSG), eine bekannte vorliegende Infektionserkrankung und ein typischer MRT-Befund. Der Bandscheibenprolaps der BWS ist insgesamt selten und zeigt segmentale Schmerzen, thorakale Myelopathien. Nur selten finden sich hier Schulter- oder Beckenbeschwerden oder kardiale oder abdominelle Symptome.

Bei der osteoporotischen Wirbelkörperfraktur zeigt sich ein lokaler Klopfschmerz, anamnestisch das Vorliegen eines oft geringfügigen Traumas und eine bekannte Osteoporose.

Professor König wies darauf hin, dass bei thorakalen Schmerzen immer auch die differenzialdiagnostischen Überlegungen Myokardinfarkt, Lungenembolie, Aortenaneurysma usw. in Betracht gezogen werden müssen. Insbesondere wenn sich nicht zügig auf die angesetzte Therapie eine zu erwartende Besserung zeigt, muss an das Vorliegen kardialer Erkrankungen, Lungenembolie usw. gedacht und zeitnah abgeklärt werden.

Juristischer Anspruch und Praxisalltag

Die Schwierigkeit des Arztes in der Praxis sei, genau die im Jahresverlauf relativ

wenigen Fälle zu erkennen, in denen der akute Thoraxschmerz eine vital bedrohliche Ursache hat, so der in Düsseldorf niedergelassene Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. Carsten König. Hier müsse der niedergelassene Arzt ein hohes persönliches Risiko auf sich nehmen, zumal er auch für eine eventuelle Fehldiagnose hafte.

Auch ein Arzt darf irren!?

Ein Behandlungsfehler kann auch ein Diagnosefehler sein. Ein solcher kann liegen

- in der Verkennung oder unzureichenden Auswertung von Krankheitssymptomen
- in der ungenügenden Abklärung von Verdachtsdiagnosen
- in Verstößen gegen die Pflicht zur Erhebung gebotener Befunde

Bei Fehldiagnosen wird unterschieden zwischen „vertretbaren Fehlinterpretationen“ und „unvertretbaren Fehlinterpretationen“ (wie z. B. Fehler bei der diagnostischen Untersuchung oder Nichterhebung von notwendigen Kontrollbefunden). In diesen Fällen liegt ein sogenannter einfacher Behandlungsfehler vor, wie Dr. Beate Weber von der Geschäftsstelle der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein erklärte.

Bei einem „fulminanten Irrtum“ wie zum Beispiel der Deutung der Erkrankung in unvertretbarer Weise, Unterlassung elementarer (Kontroll-) Untersuchungen oder „unverständlichem“ diagnostischem Vorgehen liegt ein grober Behandlungsfehler mit Umkehr der Beweislast vor.

Zu den Diagnosepflichten des Arztes gehört die Anamnese und Befunderhebung sowie die Dokumentationspflicht. Eine Arbeitsdiagnose muss konsequent abgeklärt werden und eine Sicherungsaufklärung erfolgen. Kontrollbefunde im Laufe der Behandlung – insbesondere bei Nichtansprechen der Therapie – sind notwendig, um hier differenzialdiagnostisch weiterführende Diagnostik zeitnah durchführen zu können.

Die Diagnosestellung hat im Rahmen einer Stufendiagnostik zu erfolgen. Mündlich übermittelte „(Normal-)Befunde“ des Patienten sind zu hinterfragen, wenn diese nicht ins Bild passen.

Dr. med. Martina Levartz, MPH, ist Geschäftsführerin des Instituts für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN)

4 Haftung auch bei Non-Compliance des Patienten?

Der Arzt muss auf mögliche Folgen einer Nichtbehandlung hinweisen. Nimmt ein Patient einen ärztlichen Rat nicht an, muss der Arzt auf mögliche schwerwiegende Folgen der Nicht-Behandlung hinweisen (BGH-Urteil, nach Ärzte Zeitung vom 28.07.09)