

Knifflige Fälle interdisziplinär diskutiert

Thoraxschmerz: Harte diagnostische Knacknuss in Praxis und Spital

BASEL – Mit Thoraxschmerzen sind Grundversorger im Praxisalltag sehr häufig konfrontiert. Nicht selten erweist sich dieses Leitsymptom als harte diagnostische Knacknuss. Auch im Spital stellt die Abklärung von Thoraxschmerzen oft eine anspruchsvolle Herausforderung dar. Im Rahmen der 71. Jahresversammlung der Schweizerischen Gesellschaft für Innere Medizin konfrontierte Professor Dr. Klaus Neftel, ehemals Medizinische Klinik des Zieglerspitals, Bern, fünf Experten des Kantonsspitals Basel, die verschiedene ärztliche Fachbereiche vertraten, mit vier realen Fällen aus Praxis und Spital. Leitsymptom bildete

dabei der Thoraxschmerz. Am *Satellitensymposium* der Firma AstraZeneca nahmen neben praktizierenden Spezialärzten für Innere Medizin auch zahlreiche im Spital tätige Ärzte teil. Mit Hilfe eines elektronischen Abstimmungssystems konnte das Publikum seine ärztliche Meinung direkt einfließen lassen, sodass sich eine spannende Diskussion zu vier kniffligen Fallbeispielen entwickelte. Welcher Experte verfügt Ihrer Meinung nach bei den vier Fällen über den Schlüssel zur Lösung des diagnostischen Rätsels? Entscheiden Sie selbst!



Akute atemabhängige Thoraxschmerzen mitten in der Nacht

Immer an Lungenembolie denken!

Auch nichtkardiale Thoraxschmerzen können Ausdruck sehr gefährlicher Erkrankungen, etwa einer Lungenembolie, sein. Dies betonte Professor Dr. André Perruchoud, Kantonsspital Basel, bei der Diskussion des Fallbeispiels eines 60-jährigen Mannes, der wiederholt Attacken massiver, atemabhängiger Thoraxschmerzen erlitt. Was steckte dahinter? Nehmen Sie die Herausforderung an und lösen Sie das diagnostische Rätsel!

Massive akute Thoraxschmerzen, die in Schulter und Rücken ausstrahlten, weckten nachts einen 60-jährigen Mann mitten aus dem Schlaf.

Sehr heftige, atemabhängige Thoraxschmerzen raubten ihm wiederholt den Schlaf

Fast unerträglich wurden die Brustschmerzen beim Abliegen und bei tiefer Inspiration. Es wurde eine Antibiotikabehandlung eingeleitet, welche die Schmerzen aber nicht völlig beseitigte. Als der Patient eine Woche später nachts ein noch heftigeres Schmerzrezidiv erlitt, wurde er in ein Spital eingewiesen.

Anamnese: Pneumonie, Husten, Thoraxschmerzen

Die persönliche Anamnese ergab, dass beim Patienten vor fünf Monaten eine Pneumonie ambulant behandelt worden war. Seither litt er intermittierend an einem Husten, der teilweise produktiv

war. Überdies spürte er wiederholt nicht sehr starke Thoraxschmerzen, die meistens auf der rechten Seite begannen und sich anschliessend über den gesamten Thorax ausbreiteten.

Trotz umfangreicher Abklärung ...

Das EKG, die Ergometrie und das Thoraxröntgenbild ergaben Normalbefunde, ebenso die Blutkulturen, die Sputumbakteriologie und die Serologie (Coxsackie, Chlamydien, Mykoplasmen, antinukleäre Antikörper, Rheumafaktor, c- und p-ANCA=antineutrophile cytoplasmatische Antikörper). Das CRP war mit 117 mg/l deutlich erhöht (normal bis 5), das Troponin T negativ, die Kreatinkinase mit 252 U/l etwas erhöht (normal bis 100). Ausserdem bestand eine ausgeprägte Dysproteinämie vom Alphatyp mit einem Gesamtprotein von 57,3 g/l.

... keine stichhaltige Diagnose

Es wurde eine chronische Sinusitis

vermutet und mit Cotrimoxazol behandelt. Doch unter dieser Therapie traten nun erhöhte Temperaturen bis 38,0°C auf mit Ruhepuls bis 100 pro Minute. Erneut kam es zu einem schweren Schmerzrezidiv, und der Patient wurde nun im Zieglerspital, Bern, hospitalisiert. Dort war es möglich, die Diagnose innerhalb von fünf Minuten zu stellen.

Diagnostische Überlegungen des Pneumologen

62 % der Symposiumsteilnehmer waren der Ansicht, dass dieser Fallbericht ins Fachgebiet des Lungenspezialisten gehört. Prof. Perruchoud legte seine diagnostischen Überlegungen dar, die sich auf den Zeitpunkt der ersten Hospitalisation (vor der Einweisung ins Zieglerspital) beziehen:

- Eine koronare Herzkrankheit kann aufgrund der Klinik und der zusätzlichen Befunde mit grosser Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden.
- Dass der Schmerz atemabhängig ist, lässt an eine Pleuritis denken. Dass er auch lageabhängig ist und beim Aufsitzen nachlässt, deutet auf eine Pleuroperikarditis hin. Ein Perikarderguss kann echokardiographisch erfasst werden.

- Zudem regte Prof. Perruchoud an, unbedingt eine Lungenembolie auszuschliessen, da es sich dabei um eine lebensgefährliche Erkrankung handelt.
- Ein D-Dimer-Test stellt den ersten Abklärungsschritt in dieser Richtung dar. Wenn der D-Dimer-Wert normal ist, fällt die Lungenembolie als mögliche Ursache der Thoraxschmerzen mit grosser Wahrscheinlichkeit weg.
- Nicht nur bei einem Infekt, sondern auch bei einer Lungenembolie kann der CRP-Wert erhöht sein.

Ein Reiben schaffte Klarheit

Als der Patient im Zieglerspital auskultiert wurde, fiel ein ausgeprägtes Perikardreiben auf, sodass sogleich die Diagnose Perikarditis gestellt werden konnte. In der Echokardiographie war ein kleiner Perikarderguss nachweisbar. Es bestand keine Konstriktion, und die Auswurfraction war gut (60 %). Der Patient sprach klinisch sehr rasch auf eine Antibiotikatherapie mit Clarithromycin an. Eine Woche später war echokardiographisch kein Perikarderguss mehr nachweisbar. Serologisch konnte kein Erreger nachgewiesen werden.

Ein fast schon medizinhistorischer Fall

Experten an der Nase herumgeführt

In einer bereits älteren, kniffligen Fallbeschreibung standen starke, lang dauernde retrosternale Schmerzen ohne EKG-Zeichen eines Infarktes im Zentrum der Beschwerden. Weitere Rollen spielten ein Mitralklappenprolaps, eine Rhythmusstörung, eine Hypertonie und psychische Störungen. Die wiederkehrenden Thoraxschmerzen stellten für die behandelnden Ärzte eine echte diagnostische Knacknuss dar, bis schliesslich eine zufällige Begegnung auf dem Spitalkorridor die Lösung des Rätsels brachte.

Erkrankung im Oktober 1987:

Verdacht auf akuten Myokardinfarkt

Ein 68-jähriger Mann spürte beim Aufstehen ein starkes retrosternales Druckgefühl, begleitet von Nausea und



Professor Dr. Matthias Pfisterer

Schwindel. Der benachrichtigte Hausarzt gab Nitroglyzerin, das aber nur langsam eine Besserung bewirkte. Der Patient wurde mit Verdacht auf akuten Myokardinfarkt hospitalisiert. Das EKG und das Labor ergaben im Spital aber keinen Anhaltspunkt für einen Infarkt. Echokardiographisch wurde ein Mitralklappenprolaps festgestellt. Bei der Ergometrie war die Leistungsfähigkeit vermindert, es traten aber keine Ischämiezeichen auf. Nach der Belastung mach-

ten sich längere Bigemiephasen im EKG bemerkbar (bis zwei Minuten Dauer).

Anamnese: Depression, Angststörung, Hypertonie

Der Patient war zwölf Jahre zuvor wegen einer Depression und Angststörung hospitalisiert worden. Er erhielt in der Folge immer wieder antidepressive Behandlungen mit insgesamt acht Wirkstoffen. Sechs Monate vor der Hospitalisation wegen Thoraxschmerz war Nasenbluten aufgetreten. Auf der Notfallstation des Inselspitals wurden Blutdruckwerte bis 260/130 mmHg gemessen. Der Patient nahm in der Folge einen Betablocker und einen Kalziumantagonisten ein.

Erkrankung im April und Dezember 1989:

Heftige präkordiale Schmerzen ohne Herzinfarkt

Zweimal kam es zu praktisch identischen Episoden mit starken präkordialen Schmerzen, die den Verdacht auf einen Myokardinfarkt lenkten. Nachdem die Schmerzen auf zwei Kapseln Nitroglyzerin und ein Benzodiazepin (2,5 mg Lorazepam) nicht angesprochen hatten, wurde

der Patient Mal für Mal ins Spital überwiesen. Doch beide Hospitalisierungen ergaben sowohl im EKG als auch im Labor keine Anhaltspunkte für einen Infarkt.

Welcher Experte verfügt Ihrer Meinung nach über den Schlüssel zu diesem Fall?

Zur Auswahl stehen:

- Kardiologe
- Pneumologe
- Psychosomatiker
- Gastroenterologe
- Onkologe

Wählen Sie! Mehr als die Hälfte der Zuhörer (59 %) entschied sich in Basel für den Kardiologen, knapp ein Viertel (24 %) für den Gastroenterologen und 12 % versprachen sich die Lösung vom Psychosomatiker.

Ein Fall für den Kardiologen?

Aus kardiologischer Sicht entdeckte **Professor Dr. Matthias Pfisterer**, Kantonsspital Basel, in der Fallschilderung drei wichtige diagnostische Hinweise:

- Es handelt sich nicht um typische Angina-pectoris-Anfälle, sondern um Schmerzattacken, die in Ruhe auftreten. Eine koronare Herzkrankheit (Infarkt) wurde klinisch weitgehend ausgeschlossen.
- Im Frühling 1987 wurde eine exzessive Hypertonie entdeckt. Die Schmerzsymptomatik und die Rhythmusstörungen könnten Ausdruck hypertensiver Krisen sein. Entsprechend wäre es zweckmässig, die Hypertoniefährte weiter zu verfolgen und hypertensive Endorganschäden zu suchen. Allerdings ist anzunehmen, dass die Hypertonie durch die antihypertensive Therapie unter Kontrolle gebracht wurde.
- Druckartige Brustschmerzen und selbst schwerwiegende Rhythmusstörungen passen zum Mitralklappenprolapsyndrom.

Ein Fall für den Gastroenterologen?

Dr. Lukas Degen, Kantonsspital Basel, wies darauf hin, dass präkordiale Schmerzen gelegentlich durch einen diffusen Ösophagusspasmus ausgelöst werden, dann aber meistens gut auf Nitroglyzerin ansprechen.

Ein Fall für den Psychosomatiker?

Die Fallbeschreibung erinnerte den Pneumologen **Professor Dr. André Perruchoud**, Kantonsspital Basel, an die Panikstörung, mit der er häufig auch bei Asthmatikern konfrontiert ist. „Manche Leute haben Läuse und Flöhe“, sagte der Psychosomatikexperte **Professor Dr. Alexander Kiss**, Kantonsspital Basel. Neben einer Panikstörung kann durchaus zugleich eine koronare Herzkrankheit oder eine Hypertonie vorlie-

gen. So bestand beim Patienten sicher auch eine Hypertonie, denn Panikpatienten haben während der Attacke keine derart hohen Blutdruckwerte.

Eine aufschlussreiche Begegnung auf dem Spitalkorridor

Am Morgen des zweiten Hospitalisationstages traf **Professor Dr. Klaus Neftel** den Patienten leicht verwirrt, mit schwe-



Professor Dr. André Perruchoud

rer Ataxie auf dem Abteilungsgang. Der Patient hatte eingenässt und stützte sich an der Wand. Welches Medikament vermochte diesen Zustand von Ataxie und Verwirrung innerhalb von weniger als einer Stunde vollständig zu beheben? Nicht ein Antihypertensivum, wie ein Drittel des Publikums vermutete, sondern zweimal 2,5 mg Lorazepam. Des Rätsels Lösung: Es lag eine schwere Benzodiazepin-Abhängigkeit vor, wahrscheinlich seit weit mehr als zehn Jahren. Die Hospitalisation hatte die Entzugssymptomatik ausgelöst. Vor der Hospitalisation nahm der Patient täglich mehrmals Triazolam und mehr als 10 mg Lorazepam ein. Der stationäre Entzug gelang innerhalb von sechs Wochen. Es blieben aber schwere agoraphobische Zustände zurück (z.B. beim Überqueren von Strassen oder beim Tramfahren), die eine langwierige, schrittweise Dekonditionierung (verhaltenstherapeutisches Expositionstraining) erforderlich machten.

Take-Home-Message zur Panikstörung aus psychosomatischer Sicht

(nach Prof. Dr. A. Kiss)

- ▶ Panikstörung mit Agoraphobie ist bei Patienten mit Thoraxschmerzen häufig.
- ▶ Patienten können zugleich an koronarer Herzkrankheit und Panikstörung leiden.
- ▶ Bei Patienten mit Panikstörung kommt Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch häufig vor.
- ▶ Es lohnt sich, die Patienten genau zu explorieren und mit ihnen eine tragfähige Beziehung aufzubauen. Das erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass Patienten dem Arzt etwas bislang Verschwiegene (z.B. Medikamentenmissbrauch) mitteilen.

Take-Home-Message zum chronisch-rezidivierenden Thoraxschmerz aus kardiologischer Sicht

(nach Prof. Dr. M. Pfisterer)

- ▶ Achten Sie bei der Symptomatik auf vier zentrale Kriterien.
- ▶ Bei klassischer Angina pectoris sind drei bis vier dieser Kriterien erfüllt.
- ▶ Bei atypischer Angina pectoris sind zwei Kriterien erfüllt (eines der erfüllten Kriterien ist meistens die Auslösung durch Belastung).
- ▶ Bei unklarem Thoraxschmerz ist nur ein Kriterium erfüllt.
- ▶ Bei nichtischämischen Schmerz ist keines der vier Kriterien erfüllt.

Erstes Kriterium:

Körperliche Belastung, Kälte oder psychischer Stress wirken als auslösende Faktoren. Der Schmerz erzwingt einen Stopp und verschwindet darauf prompt wieder.

Zweites Kriterium:

Viszeraler Schmerztyp (Druck, Engegefühl, Brennen, kein Stechen).

Drittes Kriterium:

Retrosternal lokalisierter Schmerz, manchmal mit Ausstrahlung in Arme, Oberbauch oder Hals. Ausstrahlung kommt auf beiden Seiten vor, vom Bauchnabel bis zum Unterkiefer. Als Angina-pectoris-Äquivalent kann Zahnweh auftreten (fast immer im Unterkiefer).

Viertes Kriterium:

Schmerzdauer bis 15 Minuten

Nichtkardialer Thoraxschmerz

Reflux, gestörte Ösophagusmotilität oder Tumor?

Nichtkardiale Thoraxschmerzen werden häufig durch eine gastroösophageale Refluxkrankheit oder Motilitätsstörungen des Ösophagus verursacht. Nur selten ist ein Tumor für Thoraxschmerzen verantwortlich. Wie wichtig es ist, die Anamnese vollständig zu erheben und die gründliche Abklärung nicht auf die lange Bank zu schieben, verdeutlicht ein eindrückliches Fallbeispiel.

Seit drei Monaten spürte eine 57-jährige, verheiratete Krankenschwester hauptsächlich nachts und gelegentlich auch postprandial brennende Schmerzen an der unteren Thoraxapertur und im Epigastrium.

Brennende Schmerzen an der unteren Thoraxapertur

Dazu kamen manchmal Blähgefühl und Luftaufstossen. Eine Dysphagie bestand nicht. Unter der Behandlung mit dem selektiven Protonenpumpenblocker Esomeprazol besserten sich die Schmerzen, sie verschwanden aber nicht vollständig. Die persönliche Anamnese war unergiebig (Appendektomie, Tonsillektomie, medikamentös behandelte arterielle Hypertonie).

Folgende Laboruntersuchungen des Blutes ergaben normale Werte: Hämoglobin, Leukozytenzahl, Quick, Leberwerte, Kreatinin, Elektrolyte (Natrium, Kalium, Kalzium, Phosphat), Protein, Kazinoembryonales Antigen.

Der Wert des karzinomassoziierten Antigens CA 19-9 lag mit 273,9 U/l etwas über der Norm, wie dies nicht nur bei Tumoren, sondern auch bei entzündlichen Erkrankungen vorkommt.

Der Wert des karzinomassoziierten Antigens CA 19-9 lag mit 273,9 U/l etwas über der Norm, wie dies nicht nur bei Tumoren, sondern auch bei entzündlichen Erkrankungen vorkommt.

Hartnäckige Beschwerden machten den Gastroenterologen stutzig

Eine grosse Mehrheit der Symposiumsteilnehmer (87 %) hielt bei dieser Fallbeschreibung den Gastroenterologen für den zuständigen Experten. **Dr. Lukas Degen**, Kantonsspital Basel, übernahm den Ball. Dass die Beschwerden der Patientin durch die Behandlung mit dem Protonenpumpenblocker zwar gebessert wurden, aber nicht völlig verschwanden, machte den Experten hellhörig. „Da muss man weiter suchen“, sagte er und schlug eine Gastroskopie vor. Obschon die Laborwerte normal waren und Hinweise auf eine relevante chronische Blutung fehlten (keine Anämie vorhanden), drängte sich die weitere Abklärung auf. Erstaunt war Dr. Degen darüber, dass die beiden Tumormarker bestimmt wurden, die in der Primärdiagnostik kaum hilfreich sind.

Stark belastete Familienanamnese

Vor der Gastroskopie erhob der beigezogene Gastroenterologe die Familienanamnese und stiess auf eine ausserordentlich grosse Belastung mit Karzinomen:

- Vater starb 64-jährig an Ösophaguskarzinom
- Grossvater väterlicherseits: Ösophaguskarzinom
- Grossmutter väterlicherseits: Magenkarzinom
- ein Onkel väterlicherseits: Ösophaguskarzinom
- drei Onkel väterlicherseits: Lungenkarzinom
- Bruder: gesund

Die Krankenschwester erwähnte ihre massive familiäre Krebsbelastung nicht von sich aus. Auch bei medizinisch ausgebildeten Personen kommt Verleugnung im Umgang mit familiären Belas-

Take-Home-Message zu nichtkardialen Thoraxschmerzen und Sodbrennen aus gastroenterologischer Sicht

(nach Dr. L. Degen)

Drei Diagnosegruppen kommen in Betracht:

1. Gastroösophageale Refluxkrankheit

- ▶ NERD (Non-Erosive Reflux Disease). Mehr als die Hälfte der Patienten, die wegen Sodbrennen endoskopiert werden, weisen keine entzündlichen Veränderungen der Ösophagusschleimhaut auf. Gleichwohl besteht eine Refluxkrankheit.
- ▶ Refluxösophagitis
- ▶ Barrett-Ösophagus

2. Motilitätsstörungen des Ösophagus

- ▶ Nussknacker-Ösophagus (manometrische Kontraktionen mit zu hoher Amplitude und oft zu langer Dauer, peristaltische Propulsion der Kontraktionen und Erschlaffung des unteren Ösophagussphinkters normal)
- ▶ diffuser Ösophagusspasmus (manometrisch simultane Kontraktionen ohne Propulsion)

3. Funktionelle Ösophagusbeschwerden

- ▶ Schmerz mit Säurereflux assoziiert: hypersensitiver Ösophagus. Normale Refluxepisoden lösen tagsüber Schmerzen aus.
- ▶ Schmerz ohne Beziehung zum Säurereflux: „Reizösophagus“ wie beim Reizdarmsyndrom (erniedrigte Reizschwelle von Rezeptoren oder Reizverarbeitungsstörung im ZNS)

Wann sind weitere Abklärungen (z.B. Endoskopie) erforderlich?

1. Wenn Alarmzeichen vorhanden sind:

- ▶ Schluckschmerzen (Odynophagie)
- ▶ erschwertes Schlucken (Dysphagie)
- ▶ Erbrechen
- ▶ unerklärbarer Gewichtsverlust
- ▶ Beginn der Symptome nach dem 45. Geburtstag
- ▶ Anämie

2. Wenn die Beschwerden nicht gut auf die Behandlung ansprechen.

3. Bei spastischen Schmerzen

(bei der Abklärung nach Motilitätsveränderungen suchen)

Therapievorschläge

- ▶ Protonenpumpenblocker hoch dosiert während ein bis zwei Monaten. Wirksam bei Refluxkrankheit und säureassoziiertem hypersensitivem Ösophagus. Gute Wirkung bereits in der ersten Woche bei mehr als 75 %.
- ▶ Spasmolytika (Nitrate, Kalziumantagonisten, Anticholinergika) zur Behandlung von Motilitätsstörungen des Ösophagus. Wirksamkeit nicht dokumentiert.
- ▶ Antidepressiva (Trizyklika, selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer) in niedriger Dosierung bei funktionellen Ösophagusbeschwerden
- ▶ Entspannungsübungen bei funktionellen Ösophagusbeschwerden

tungen durchaus vor, gab der Psychosomatikexperte **Professor Dr. Alexander Kiss**, Kantonsspital Basel, zu bedenken.

Ösophago-Gastro-Duodenoskopie

Kleinkurvaturseits wurde in der Kardia ein ulzerierender Tumor ohne signifikante Stenosierung festgestellt. Er dehnte sich zungenförmig etwa 3 cm nach proximal in den Ösophagus aus. Die Magenkorpussschleimhaut erschien

bis in den Angulusbereich zirkulär massiv infiltriert und verdickt.

Fundus und Antrum erschienen makroskopisch normal.

Beurteilung der Tumorausdehnung und Behandlung

Die weiteren diagnostischen und therapeutischen Schritte wurden vom On-

Take-Home-Message zum Fallbericht aus onkologischer Sicht

(nach Dr. M. Pless)

- ▶ Hinter Thoraxschmerzen steckt nur selten ein Tumor.
- ▶ Tumoren verursachen nur sehr selten Thoraxschmerzen (denkbar bei Bronchuskarzinom mit Pleurabeteiligung, Skelettmetastasen, Ösophagus- oder Magenkarzinom).
- ▶ Alarmzeichen beachten! Gewichtsverlust ist beim Magenkarzinom in 60 % vorhanden.
- ▶ Familienanamnese beachten! Eine Beschreibung sämtlicher derzeit bekannter familiärer Tumorsyndrome ist in folgender Review-Arbeit zu finden: Lindor NW and Greene MH: „The concise handbook of family cancer syndromes“. Mayo Familial Cancer Program. *Journal of the National Cancer Institute* 1998; 90: 1039–1071.
- ▶ Tumormarker nicht in der Primärdiagnostik einsetzen! Tumormarker sind nicht genügend spezifisch und führen oft auf falsche Fährten. Nur selten ist ein hoher Wert von CA 19-9 beim Magenkarzinom zu finden. Tumormarker eignen sich zur Verlaufskontrolle nach Tumorbehandlungen.

Fortsetzung nächste Seite ►

22 Jahre nach dem Herzinfarkt

Notfall mit verborgener Ursache

Der Fallbericht eines Notfallpatienten mit zugleich kardiologischer und gastroenterologischer Anamnese zeigte die Grenzen von Abklärungsuntersuchungen auf.

Schweissausbruch und retrosternales Klemmen, das sich unter Nitroglyzerin nicht besserte, machten Anfang Mai 2002 die notfallmässige Hospitalisation eines 66-jährigen Mannes erforderlich.

Retrosternales Klemmen und Refluxsymptome

Zusätzlich spürte der Patient saures Aufstossen, wie er es schon seit mehreren Jahren von seiner gastroösophagealen Refluxkrankheit mit Hiatushernie kannte. Diesmal blieb aber die Einnahme des selektiven Protonenpumpenblockers Omeprazol ohne Erfolg. Überdies gab der Patient ein leichtes Schwächegefühl im linken Arm an, ohne dass neurologische Ausfälle feststellbar waren.

Anamnese, EKG, Thoraxröntgenbild

Vor 22 Jahren (1980) hatte der Patient einen inferoposterioren Myokardinfarkt erlitten. Anlässlich einer Koronarographie im Jahr 1994 wurde ein chronischer Verschluss der rechten Koronararterie mit guter Kollateralisation festgestellt. In den übrigen Koronararterien bestand eine Atheromatose ohne signifikante Stenose. Der Patient wies eine Reihe kardialer Risikofaktoren auf: Diabetes mellitus Typ 2, Hyperlipidämie, leichte arterielle Hypertonie, Adipositas, Status nach Nikotinkonsum.

Das Eintritts-EKG (Mai 2002) wurde vom Kardiologen **Professor Dr. Matthias Pfisterer** kurz kommentiert: Sinusrhythmus, schmaler QRS-Komplex, deutliche Q-Wellen inferior von genügender Breite, um den Status nach inferiorem Infarkt zu bestätigen, unauffällige Repolarisation.

Das Thoraxröntgenbild wurde vom Pneumologen Prof. Perruchoud kommentiert: leichte Kardiomegalie, keine

Zeichen von Linksherzinsuffizienz, unauffällige Hili, kein Infiltrat, keine Anhaltspunkte für einen Tumor.

Diagnostische Abklärung

Mit welcher Untersuchung kann Ihrer Meinung nach die Diagnose gestellt werden? Wählen Sie!

- Lungenzintigraphie
- Koronarographie
- Myokardszintigraphie
- Ösophago-Gastroskopie
- Computertomographie von Thorax und Abdomen
- keine der genannten Untersuchungen

Jeder vierte Symposiumsteilnehmer (27 %) entschied sich für die Koronarographie, 20 % für das CT von Thorax und Abdomen, 13 % für die Myokardszintigraphie und 5 % für die Ösophago-Gastroskopie.

Der Kardiologieexperte Prof. Pfisterer empfahl jedoch, die invasive Diagnostik vorerst zurückzustellen. Dass der Patient eine chronische koronare Herzkrankheit aufweist, ist bereits dokumentiert. Jetzt geht es darum zu erfahren, ob sich ein akutes koronares Geschehen abspielt. Im EKG sind keine akuten Veränderungen erkennbar.

In dieser Situation ist die Messung des Troponins zweckmässig. Wenn der Troponintest negativ ausfällt, ist eine erneute Bestimmung nach sechs Stunden angezeigt. Bei zweimalig negativen Testresultaten und bei unverändertem EKG ist die Wahrscheinlichkeit einer akuten koronaren Herzkrankheit sehr gering. Wenn zusätzlich in der Ergometrie keine Beschwerden auftreten, kann von einer guten kardialen Einjahresprognose ausgegangen werden.

Verlaufsbericht

Die Herzenzyme waren weder bei Eintritt noch im weiteren Verlauf erhöht. Wie bei einer instabilen Angina pectoris wurde der Patient mit einem niedermolekularen Heparin (Nadroparin) und



mit Clopidogrel behandelt. Nach 48 Stunden war der Patient anhaltend beschwerdefrei.

Die Echokardiographie ergab eine gute linksventrikuläre Funktion mit Auswurfraction von 55 bis 60 % und geringer globaler Hypokinesie.

Die Belastungs-EKG-Untersuchung war wegen inadäquaten Pulsanstiegs nicht konklusiv.

Koronarographie ja oder nein?

Halten Sie bei diesem Patienten eine Koronarographie für indiziert?

20 % der Symposiumsteilnehmer hielten an ihrem Vorschlag fest, eine Koronarographie durchzuführen, während 80 % diese Untersuchung nicht für indiziert erachteten.

Der Kardiologieexperte Prof. Pfisterer stellte klar, dass er sich in diesem Fall weniger für die anatomische Situation, die im Koronarogramm darstellbar ist, interessiert.

Vielmehr steht im Hinblick auf die Therapie die funktionelle Komponente, also ein objektiver Ischämienachweis, im Vordergrund. Weil in der Ergometrie keine optimale Belastung möglich war, könnte die Durchblutung mit einem bildgebenden Verfahren erfasst werden (z.B. Szintigraphie, Stressechokardiogra-

phie, neue MRI-Techniken zur Perfusionssdarstellung).

Dennoch wurde in Bern eine Koronarographie durchgeführt. Aber die Ursache der Beschwerden blieb völlig offen. Im Vergleich zur Voruntersuchung von 1994 wurde nämlich eine unveränderte koronare Eingefässerkrankung festgestellt. Es bestand ein chronischer, langstreckiger Verschluss der dominanten rechten Kranzarterie und eine gute Kollateralisierung von der linken Seite her. Im Bereich der linken Kranzarterie wurden nur Wandunregelmässigkeiten, aber keine signifikanten Stenosen gefunden.

Take-Home-Message zum Fallbericht aus psychosomatischer Sicht

(nach Prof. Dr. A. Kiss)

Wenn ein Patient wie im vorliegenden Fallbeispiel etliche kardiale Risikofaktoren aufweist, ist es entscheidend wichtig, dass sich der behandelnde Arzt Zeit für Beratungsgespräche nimmt. Wenn dadurch Verhaltensänderungen erreichbar sind, kann der Patient auf lange Sicht am meisten profitieren.

► Fortsetzung von Seite 3

kologieexperten **Dr. Miklós Pless**, Kantonsspital Basel, kommentiert. Drei Tage nach der Gastroskopie wurde eine abdominopelvine Computertomographie durchgeführt, die folgende Befunde ergab:

- eine Verdickung der Magenwand im Kardiabereich ventralseits über 2 cm
- grosse perigastrische Lymphknoten und kleinkurvaturseits vergrösserte Lymphknoten beim Truncus coeliacus und im Milzhilus

- keine Lebermetastasen und kein Aszites

Da zwar die regionalen Lymphknoten befallen waren, aber keine Peritonealkarzinose oder Fernmetastasen vorhanden waren, wurde drei Wochen später operiert (totale Gastrektomie, Omentektomie, Splenektomie, Resektion des distalen Ösophagus, radikale retroperitoneale Lymphadenektomie). Zusätzlich wurde eine Radio-Chemotherapie durchgeführt.

Die pathologische Schlussdiagnose lautete:

- wenig differenziertes siegelringzelliges Adenokarzinom des Magens (diffuser Typ nach Laurén)
- pT3 pN3 M0
- durchwächst alle Wandschichten und das regionäre Fettgewebe
- Serosadurchbrüche, Infiltration des Ösophagus, ausgedehnte Lymphangi-
osis/Hämangiosis carcinomatosa

Idee und Konzeption:
INTER MEDICAL
Urs Graf-Strasse 8
Postfach 368
4020 Basel

Autoren:
Alfred Lienhard, Winfried Powollik

Information:
AstraZeneca AG

Produktion:
Patricia Stachniss, Patrik Brunner

© Nachdruck – auch auszugsweise – nur mit schriftlicher Genehmigung

MT 34/03