

Nächtliche Differentialdiagnose von akuten Thoraxschmerzen

Daniel Sidler, Patricia Baud, Martin Brack, Hans-Peter Kohler

Klinik für Innere Medizin Tiefenau Ziegler, Spital Netz Bern

Fallbeschreibung

Eine 52-jährige Patientin stellte sich nachts auf unserer Notfallstation vor, nach einer Synkope auf der Toilette ohne längere Bewusstlosigkeit oder Amnesie. Zudem intermittierende rechtsseitige, brennende Hals- und Thoraxschmerzen seit den Abendstunden. Nach Angaben des anwesenden Ehemannes leide die Patientin seit Jahren an Schmerzempfindungen von vergleichbarer Qualität und Intensität mit jeweils spontaner Regredienz nach Stunden bis Tagen. Sie wurde diesbezüglich bereits mehrfach erfolglos abgeklärt und war wiederholt wegen einer schweren somatoformen Störung psychiatrisch hospitalisiert. Die psychischen Beschwerden hätten in den letzten Tagen aufgrund einer emotionalen Belastungssituation zugenommen. Die Anamnese bezüglich kardiovaskulärer Risikofaktoren war unergiebig.

Bei Eintritt war die Patientin kreislaufmässig stabil und kardiopulmonal kompensiert. Eine ausführliche Anamnese und gründliche klinische Untersuchung waren aufgrund der Unruhe und Unkooperativität initial nicht möglich. Einzige klinische Auffälligkeit waren signifikant seitendifferente Blutdruckwerte (links 150/70 mm Hg, rechts 92/59 mm Hg). Die Laborwerte waren durchwegs normal, insbesondere Hämoglobin, Kreatinin und Entzündungsparameter. Konventionell-radiologisch stellte sich eine Kardiomegalie mit verbreitertem

Mediastinalschatten und verstrichenem aortopulmonalem Fenster dar (Abb. 1 ). Nach Sedoanalgesie der stöhnenden und unkooperativen Patientin fand sich zusätzlich ein $\frac{3}{4}$ -Diastolikum im 2. ICR rechts. Die nachbestellten D-Dimere waren mit 20 mg/l massiv erhöht (Norm: $<0,5$ mg/l). Computertomographisch bestätigte sich der Verdacht einer Stanford-Typ-A-Aortendissektion (DeBakey I) bis in die Leistenarterien und Beteiligung der rechten A. carotis communis, der rechten Nierenarterie und der A. mesenterica inferior (Abb. 2 ). Mit Nitraten konnte der Blutdruck normalisiert werden; die Schmerzen waren mit Opiaten rasch kontrollierbar. Die Patientin wurde ins Universitätsspital verlegt und noch in derselben Nacht erfolgreich mittels Hemibogen- und Aortenklappenersatz operiert. Die abdominale Dissektion wurde konservativ behandelt; die mesenteriale Perfusion war zu keinem Zeitpunkt kompromittiert. Der intraoperative Befund lieferte keinen Hinweis für eine Aortendilatation oder eine bikuspidale Klappe. Eine Syphilis-Serologie war negativ.

Kommentar

Die Aortendissektion stellt eine seltene, aber wichtige Differentialdiagnose des akuten Thoraxschmerzes dar [1, 2]. Insbesondere die Stanford-Typ-A-Dissektion ist unbehandelt mit einer hohen Mortalität von 50% innert

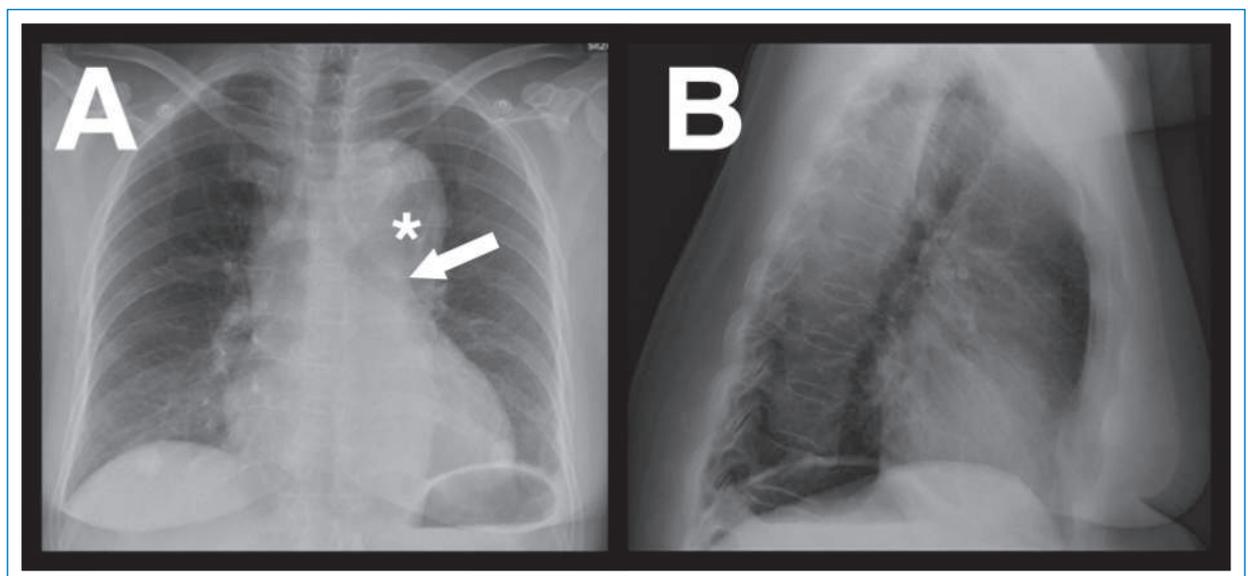


Abbildung 1

Thoraxröntgenbild in pa- (A) und ds-Projektion (B) mit Kardiomegalie, verbreitertem Mediastinalschatten und verstrichenem aortopulmonalem Fenster (*). Die Dissektionsmembran in der Aorta descendens lässt sich erahnen (Pfeil).

Die Autoren haben keine finanzielle Unterstützung und keine anderen Interessenskonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

zwei Tagen und 95% innert einem Monat assoziiert. Leider gilt sie aufgrund der variablen Präsentation als Chamäleon der Medizin und wird in fast 40% der Fälle verpasst; häufig mit fatalen Konsequenzen für den Patienten [3]. Klinische Befunde wie seitendifferente Blutdruckwerte, periphere Pulsdefizite oder neu aufgetretene kardiale Insuffizienzgeräusche sind als Einzelbefunde wenig sensitiv (Sensitivität: 31%, 15%, 32%) [4, 5]. Ebenfalls einen beschränkten Stellenwert haben konventionell-radiologische Befunde wie ein verbreitertes Mediastinum (Sensitivität 67%, Spezifität 61%) [6]. Sofern diese Befunde aber wie bei unserer Patientin in Kombination auftreten, sollten sie richtungweisend sein und unverzüglich zu weiteren diagnostischen Schritten führen. Die Diagnose der Stanford-Typ-A-Dissektion wird computertomographisch (Sensitivität 100%, Spezifität 98%) oder echokardiographisch (TTE: Sensitivität 78%, Spezifität 83%; TEE: Sensitivität 98%, Spezifität 95%) gestellt [4, 7]. Die Bestimmung der D-Dimere (Grenzwert: 0,5 mg/l) scheint zum Ausschluss der akuten Aortendissektion zudem hilfreich zu sein

(negativ prädiktiver Wert von 97,7%) [8, 9]. Trotzdem darf man sich natürlich nicht allein auf diesen Test abstützen.

Patienten mit somatoformen Störungen stellen eine Herausforderung in der hausärztlichen Praxis und auf Notfallstationen dar. Einerseits beanspruchen sie intensive diagnostische Ressourcen und generieren jährlich die 14fachen ambulanten und 6fachen stationären Kosten im Vergleich zum mittleren Patienten einer Krankenkasse [10]. Deshalb ist eine fokussierte und kostenbewusste Abklärung unerlässlich und einzig sinnvoll. Andererseits bergen diese Patienten für den behandelnden Arzt eine latente Gefahr, die Diagnose einer schwerwiegenden somatischen Erkrankung zu verpassen oder zu verzögern. Unter Einbezug der Patientengeschichte und der fehlenden Risikofaktoren suggerierten die Symptome unserer Patientin eine erneute Exazerbation ihrer psychiatrischen Erkrankung. Wohl nur dank den «bilderbuchmässigen» klinischen und radiologischen Befunden konnte die Diagnose der Aortendissektion gestellt werden.

Korrespondenz:

Dr. med. Daniel Sidler
Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin
Inselspital Bern
CH-3010 Bern
[daniel.sidler\[at\]jinsel.ch](mailto:daniel.sidler[at]jinsel.ch)

Literatur

- 1 Golledge J, Eagle KA. Acute aortic dissection. *Lancet*. 2008;372:55–66.
- 2 Thrumurthy SG, Karthikesalingam A, Patterson BO, Holt PJ, Thompson MM. The diagnosis and management of aortic dissection. *BMJ*. 2012;344:d8290.
- 3 Chua M, Ibrahim I, Neo X, Sorokin V, Shen L, Ooi SB. Acute aortic dissection in the ed: risk factors and predictors for missed diagnosis. *Am J Emerg Med*. 2012. [Epub ahead of print].
- 4 Hagan PG, Nienaber CA, Isselbacher EM, Bruckman D, Karavite DJ, Russman PL, et al. The international registry of acute aortic dissection (irad): new insights into an old disease. *JAMA*. 2000;283:897–903.
- 5 Klompas M. Does this patient have an acute thoracic aortic dissection? *JAMA*. 2002;287:2262–72.
- 6 Von Kodolitsch Y, Nienaber CA, Dieckmann C, Schwartz AG, Hofmann T, Brekenfeld C, et al. Chest radiography for the diagnosis of acute aortic syndrome. *Am J Med*. 2004;116:73–7.
- 7 Shiga T, Wajima Z, Apfel CC, Inoue T, Ohe Y. Diagnostic accuracy of transesophageal echocardiography, helical computed tomography, and magnetic resonance imaging for suspected thoracic aortic dissection: Systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med*. 2006;166:1350–6.
- 8 Trimarchi S, Sangiorgi G, Sang X, Rampoldi V, Suzuki T, Eagle KA, et al. In search of blood tests for thoracic aortic diseases. *Ann Thorac Surg*. 2010;90:1735–42.
- 9 Suzuki T, Distante A, Zizza A, Trimarchi S, Villani M, Salerno Uriarte JA, et al. Diagnosis of acute aortic dissection by d-dimer: The international registry of acute aortic dissection substudy on biomarkers (irad-bio) experience. *Circulation*. 2009;119:2702–7.
- 10 Smith RC. Somatization disorder: Defining its role in clinical medicine. *J Gen Intern Med*. 1991;6:168–75.

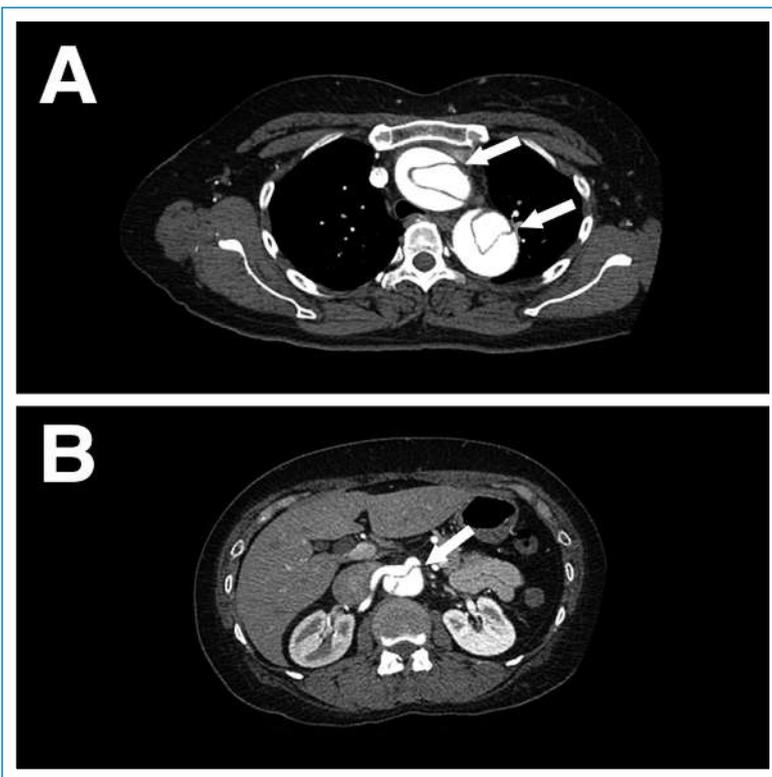


Abbildung 2

Thorakoabdominale Computertomographie mit arterieller Kontrastmittelphase. Darstellung der Dissektionsmembran in der Aorta ascendens und descendens auf Höhe BWK4 und LWK2 (Pfeile). Beide Lumen sind kontrastmittelgefüllt und perfundiert. Die Dissektion setzt sich in die rechte Nierenarterie fort und führt hier zu einer Minderperfusion mit verzögerter Kontrastmittelaufnahme.