

# Atemabhängiger Thoraxschmerz bei einem Tumorpatienten – eine klare Diagnose?

Sandro Bonetti<sup>a</sup>, Andreas Heiduk<sup>b</sup>, Claudia Piona<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Gemeinschaftspraxis Piona-Bonetti, Dongio

<sup>b</sup> Oberarzt Innere Medizin, Ospedale Regionale Bellinzona e Valli, Acquarossa

## Fallvorstellung

Ein 60-jähriger Patient entwickelt einen Tag vor seinen geplanten Ferien einen atemabhängigen Thoraxschmerz in der rechten Axillarlinie im Bereich der Lungenbasis ohne Fieber oder Husten. Es besteht keine Trauma-Anamnese. In der Vorgeschichte ist seit August 2011 eine akute lymphoblastische Leukämie bekannt, aktuell in Remission unter einer Erhaltungstherapie mit Low-dose-Methotrexat und Mercaptopurin.

Der Patient sucht abends vor seiner geplanten Abfahrt in die Ferien den Notarzt auf. Der Patient ist hämodynamisch stabil und afebril, jedoch tendenziell tachykard (97 bpm), mit leichter Hypoxämie ohne Dyspnoe (Sauerstoff-Sättigung in Raumluft 93%) und einem atemabhängigen Schmerz in der rechten Thoraxseite, der nicht durch Palpation hervorgerufen wird. Ein Pleurareiben ist nicht zu hören, die Lungen-Auskultation ist bis auf einige Krepitationen in der rechten Basis unauffällig.

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

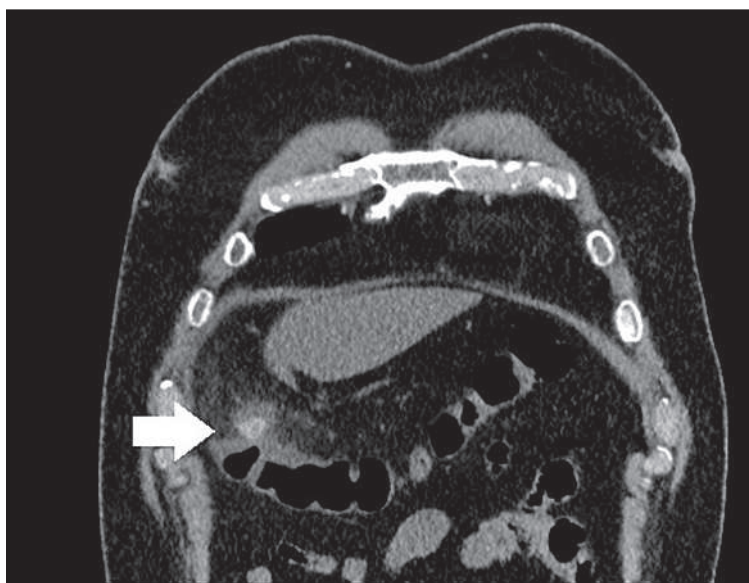
Laboranalytisch sind die Blut- und Urin-Untersuchungen bis auf ein erhöhtes CRP (105 mg/l) unauffällig. Ultrasonographisch kann man einen Pleuraerguss, Zeichen für einen Pneumothorax und eine Rippenfraktur ausschliessen, die rechte Niere, Leber und Gallenblase sind unauffällig.

Der Patient wird schliesslich zum Ausschluss einer basalen Pneumonie oder einer Lungenembolie in die Notfallstation des nahegelegenen Spitals eingewiesen. Nach dem revised Geneva-Score für Lungenembolie, der einen intermediären Score ergibt, wird demzufolge ein Thorax-CT veranlasst, mit Erweiterung der Untersuchung zum Oberbauch, da sich die Schmerzen bis unterhalb des rechten Rippenbogens ausbreiten. Eine Lungenembolie und eine Pneumonie werden ausgeschlossen. Jedoch zeigt sich als Ursache der Schmerzsymptomatik eine fokale Divertikulitis des proximalen Anteils des transversen Kolons; der Schmerz wird beim Inspirium durch den Druck der Leber auf den Darm hervorgerufen (Abb. 1 und 2).

Die Behandlung kann nach Verabreichung einer ersten parenteralen antibiotischen Therapie per os ambulant weitergeführt werden, der Patient darf am nächsten Tag in die Ferien fahren. Der Verlauf ist komplikationsfrei mit rascher Besserung.

## Kommentar

Bei einem atemabhängigen Thoraxschmerz mit pleuritischem Charakter geht der Gedanke des Internisten immer direkt zur Diagnose Lungenembolie. Es gehört eine



**Abbildung 1**

Koronale Rekonstruktion des CT-Thorax/Abdomen. Deutlich zu sehen (Pfeil) ist ein Kolon-Divertikel der rechten Flexur mit Kontrastmittel-Enhancement und perifokalem Ödem. Der entzündete Divertikel befindet sich unmittelbar unter der Leber.



**Abbildung 2**

Sagittale Rekonstruktion des CT-Thorax/Abdomen. Entzündeter Divertikel (Pfeil), wenige Zentimeter vom unteren Leberrand entfernt. Bei Inspirium kommt es zur Kompression der entzündeten Region mit atemabhängigem Schmerz.

gewisse Selbstdisziplin dazu, die Differentialdiagnose etwas zu erweitern und andere Ursachen einer pleuralen Reizung in Betracht zu ziehen, zum Beispiel Pneumonie, Pleuritis, Pleuraerguss oder Pneumothorax. Selten denkt man jedoch an eine intestinale Genese für einen atemabhängigen Schmerz.

Insbesondere bei immunsupprimierten Patienten sollte eine Divertikulitis mit atypischer Lokalisation bei Symptomen unklarer Genese im Oberbauch und im basalen

Thorax differentialdiagnostisch in Betracht gezogen und die Diagnostik dementsprechend erweitert werden.

---

**Korrespondenz:**

Dr. med. Sandro Bonetti  
Studio medico Piona-Bonetti  
Via Cantonale  
CH-6715 Dongio  
[sandro.bonetti\[at\]hin.ch](mailto:sandro.bonetti[at]hin.ch)