

4 Brustschmerz

Norbert Donner-Banzhoff, Uwe Popert, Martin Beyer, Wolfgang Rösberg, Ferdinand Gerlach

► Fallbeispiel

► **Fallbeispiel 1.** Während der Vormittagssprechstunde unterbricht mich eine meiner Helferinnen mitten in einer Beratung. Ihr alarmiertes Gesicht lässt einen triftigen Grund vermuten. Herr M., ein Nachbar, habe soeben angerufen. Seine Frau klagt seit etwa 10 Minuten über heftige Brustschmerzen.

Die 62-jährige, vor kurzem pensionierte Sekretärin kenne ich seit Jahren. Hartnäckige rezidivierende Lumbalgien waren der Anlass ihrer bisherigen Besuche. Außerdem bestand ein Hypertonus, von dessen Behandlungsbedürftigkeit ich sie nie recht überzeugen konnte. Ein akuter Brustschmerz, der sich nicht plausibel in die Vorgeschichte einfügen lässt – dies lässt mich zum Notfallkoffer greifen und im Laufschrift die Wohnung gegenüber der Praxis aufsuchen.

Beim Betreten der Wohnung reicht ein Blick durch die geöffnete Schlafzimmertür, um den Verdacht zu erhärten: Halb sitzend ringt die Patientin dort nach Luft. Ihre verspannte Mimik lässt erhebliche Schmerzen vermuten. Den Blick angstvoll zu nennen, wäre Über- und Untertreibung zugleich: Übertreibung, weil sich Angst meist lauter, expressiver darstellt – dieser Affekt aber ist leise, der Blick auf merkwürdige Weise nach innen gerichtet; Untertreibung, weil der Anblick auch ohne laute Töne unter die Haut geht und Bedrohlichkeit vermittelt.

Noch im Flur beauftrage ich deshalb meine Helferin, die Rettungsleitstelle zu benachrichtigen, und bin im nächsten Moment bei der Patientin. Der Notarztwagen trifft 10 Minuten später ein; die Diagnose eines ausgedehnten inferioren Infarkts ist elektrokardiographisch bereits gestellt. Die Behandlung in der Klinik verläuft ohne Komplikationen, drei Wochen später ist die Patientin wieder zu Hause.

► Fallbeispiel

► **Fallbeispiel 2.** Der 64-jährige Ingenieur klagt über einen stechenden ziehenden Schmerz in der linken Pectoralis-Region. Dieser verstärkt sich bei bestimmten Bewegungen des Armes, zu körperlicher oder seelischer Belastung besteht kein Zusammenhang. Er ist für sein Alter ausgesprochen sportlich; vor wenigen Wochen ist er von einer Kanu-Tour in Kanada zurückgekehrt. Vor allem seine Frau mache sich Sorgen, ob es nicht vom Herzen kommen könne. Einschlägige Risikofaktoren sind bei dem selbstbewussten Mann, der stolz auf seine beruflichen und sportlichen Erfolge ist, nicht bekannt. Die Untersuchung von Herz und Lunge erbringt keinen auffälligen Befund, der Blutdruck ist im Normbereich. Ich erkläre dem Patienten, dass die Art seiner Beschwerden völlig untypisch für einen kardialen Schmerz sei und eher für eine muskuläre Zerrung oder Überlastung spreche. Sicherheitshalber würden wir aber ein EKG schreiben, welches erwartungsgemäß unauffällig ist.

Wegen der für eine kardiale Ätiologie völlig untypischen Anamnese und der ausgesprochen guten körperlichen Belastbarkeit entscheide ich mich dazu, dem Patienten von einer weiterführenden Diagnostik abzuraten. Bei einer Veränderung oder Verstärkung der Symptomatik möge er sich wieder melden.

Einige Monate später berichtet er, dass die Beschwerden sich nach einigen Tagen gelegt hätten; inzwischen habe er eine weitere Extremtour hinter sich gebracht. Seit dieser Episode ist er, der zuvor verschiedene Ärzte konsultiert hatte, zu einem „treuen Patienten“ geworden, der mich als seinen Hausarzt akzeptiert. Diese vertrauensvolle Beziehung erleichtert die Behandlung eines Diabetes mellitus, der zwei Jahre später festgestellt wird.

4.1 Epidemiologie

Das Symptom „Brustschmerz“ ist in der Allgemeinpraxis relativ häufig, aber nur in weniger als 10% ist eine KHK die Ursache.

4.1 Epidemiologie

In 1,5% aller neuen (!) Beratungsanlässe der Allgemeinpraxis stehen Thoraxschmerzen im Mittelpunkt; damit ist dies ein relativ häufiges Problem. In weniger als 10% dieser Situationen ist eine koronare Herzkrankheit (KHK) die Ursache, ganz im Gegensatz zum Krankenhaus, wo der Anteil ernster kardialer Erkrankungen bei Personen mit Thoraxschmerz viermal so hoch ist. Diese differierenden Prävalenzen erfordern unterschiedliche, der jeweiligen Situation angepasste Vorgehensweisen.

4.2 Ätiologie – Differenzialdiagnose

4.2.1 Erkrankungen des Bewegungsapparates bzw. der Brustwand

Typisch sind die klare Lokalisierbarkeit des Schmerzes, die Abhängigkeit von Bewegungen und Atmung sowie der Druckschmerz bei der Palpation. Eine eindeutige anatomische Zuordnung ist oft nicht möglich.

Schmerzen am Knochen-Knorpel-Übergang werden als **Tietze-Syndrom** bezeichnet.

Auch Infrakturen der Rippen durch Hustenanfälle oder ein externes Trauma können Ursache eines lokalisierbaren Druckschmerzes sein. Ein durch Palpation reproduzierbarer Schmerz ist aller Wahrscheinlichkeit nach nicht kardial bedingt.

Die Diagnose erfolgt durch Anamnese und körperliche Untersuchung.

4.2.2 Ösophagus-Erkrankungen

Häufig und therapeutisch relevant ist die Ösophagitis, meist auf der Basis eines Reflux. Der Schmerz wird in der Sternalregion empfunden und oft als brennend beschrieben („Sodbrennen“). Er steht in Zusammenhang mit dem Essen bzw. mit bestimmten Nahrungsmitteln (v. a. süßen Speisen, Alkohol, Kaffee, Tee) und dem Nikotin. Stark saurer Geschmack im Mund ist typisch, beim Eindringen von Magensäure in die Trachea wird oft nächtlicher Husten geklagt. Die Diagnose erfolgt im Wesentlichen durch die Anamnese und die Wirksamkeit einer Anti-Reflux-Therapie; die Gastroskopie ist bei Sodbrennen oft unauffällig.

4.2.3 Syndrom der Pleurareizung

Auch dieser Schmerz ist punktuell lokalisierbar, stark abhängig von der Atmung und von Bewegungen (parietaler Schmerz!). Die Atmung des Patienten ist deshalb flach. Ein Pleurareiben ist nur selten auskultierbar; häufiger finden sich im fortgeschrittenen Stadium ein abgeschwächtes Atemgeräusch, eine Dämpfung und ein vermindertes Stimmfremitus durch die Ergussbildung.

Ätiologisch kommen **Entzündungen (Pleuropneumonien)** in Frage, welche durch die Begleitsymptome (Husten, Fieber, Allgemeinbeeinträchtigung bis hin zu Atemnot) gekennzeichnet sind.

Für einen **Lungeninfarkt (Embolie)** sprechen ein plötzlicher Beginn, das Fehlen von Infektzeichen, entsprechende Risikofaktoren (höheres Alter, Bettlägerigkeit, Malignom, operativer Eingriff bzw. Trauma der unteren Extremitäten) sowie klinische Zeichen einer tiefen Beinvenenthrombose. Bei jüngeren Menschen und/oder nach einem Thoraxtrauma ist ein Pneumothorax zu bedenken; hier finden sich einseitig ein hypersonorer Klopfeschall und ein vermindertes oder aufgehobenes Atemgeräusch.

4.2.4 Tracheitis, Bronchitis und Perikarditis

In der hausärztlichen Praxis werden retrosternale Schmerzen oft im Rahmen eines grippeähnlichen Infekts angegeben. Ursache ist in der Regel eine unspezifische Tracheitis/Bronchitis.

Eine starke Allgemeinbeeinträchtigung, Herzrhythmusstörungen oder Zeichen der Herzinsuffizienz erfordern jedoch eine Abklärung in Bezug auf entzündliche Erkrankungen des Herzens (EKG, ggf. Echokardiographie).

Der Schmerz einer **Perikarditis** wird überwiegend retrosternal lokalisiert, kann auch einen Herzinfarkt oder eine Pleuritis vortäuschen (bzw. mit Letzterer gleichzeitig auftreten). Er dauert länger und wird als weniger beängstigend empfunden als die Myokardischämie; er soll durch Liegen verstärkt werden.

4.2 Ätiologie – Differenzialdiagnose

4.2.1 Erkrankungen des Bewegungsapparates bzw. der Brustwand

Typisch sind die klare Lokalisierbarkeit des Schmerzes, die Abhängigkeit von Bewegungen und Atmung sowie der Druckschmerz bei der Palpation.

4.2.2 Ösophagus-Erkrankungen

Häufig und therapeutisch relevant ist die Ösophagitis, meist auf der Basis eines Reflux.

4.2.3 Syndrom der Pleurareizung

Der Schmerz ist punktuell lokalisierbar, stark abhängig von der Atmung und von Bewegungen (parietaler Schmerz!).

Für einen **Lungeninfarkt (Embolie)** sprechen ein plötzlicher Beginn, das Fehlen von Infektzeichen, entsprechende Risikofaktoren sowie klinische Zeichen einer tiefen Beinvenenthrombose.

4.2.4 Tracheitis, Bronchitis und Perikarditis

Retrosternale Schmerzen werden in der hausärztlichen Praxis oft bei grippeähnlichen Infekten angegeben (Tracheitis/Bronchitis) o. ä.

Starke Allgemeinbeeinträchtigung, Herzrhythmusstörungen oder Zeichen der Herzinsuffizienz erfordern jedoch eine Abklärung.

4.2.5 Dissektion eines thorakalen Aortenaneurysmas

Charakteristisch ist ein plötzlicher, reißender Schmerz und je nach Lokalisation Blutdruck- bzw. Pulsdifferenz oder neurologische Ausfälle.

4.2.6 Funktionelles Syndrom

Hier werden die Beschwerden eher im linken Thorax („Herzgegend“) lokalisiert, können durchaus in herztypischer Weise ausstrahlen und zeichnen sich ansonsten durch das Fehlen der zuvor genannten Charakteristika aus.

4.3 Abwendbar gefährliche Verläufe – „red flags“

Warnzeichen für eine bedrohliche Erkrankung siehe Tab. B-4.1.

Typische Symptome führen zu einer (Verdachts-)Diagnose mit Einordnung als prognostisch günstige oder als bedrohliche Erkrankung mit sofortigem Handlungsbedarf (Abb. B-4.1).

4.2.5 Dissektion eines thorakalen Aortenaneurysmas

Hier wird ein plötzlicher, reißender Schmerz beschrieben. Je nach Lokalisation finden sich eine Blutdruck- bzw. Pulsdifferenz oder neurologische Ausfälle. Ambulant ist die Unterscheidung dieser ausgesprochen seltenen Erkrankung vom akuten Koronarsyndrom kaum zu leisten.

4.2.6 Funktionelles Syndrom

Die Beschwerden sind hier eher im linken Thorax („Herzgegend“) lokalisiert, können durchaus in herztypischer Weise ausstrahlen und zeichnen sich ansonsten durch das Fehlen der zuvor genannten Charakteristika aus. Wichtigstes Kriterium in der Praxis ist die „erlebte Anamnese“: wenn der Allgemeinarzt von einem Patienten weiß, dass er zur Somatisierung neigt, wird er die aktuellen Beschwerden entsprechend gewichten – obwohl dies nie das einzige Kriterium sein darf. Funktionelle Syndrome sind oft mit Müdigkeit bzw. Erschöpfung wie auch mit Symptomen von Depression bzw. Angst assoziiert.

4.3 Abwendbar gefährliche Verläufe – „red flags“

Die in Tab. B-4.1 aufgeführten Symptome, Charakteristika und Befunde sollten als Warnzeichen für eine bedrohliche Erkrankung besonders ernst genommen werden.

Einzelne oder mehrere typische Symptome führen aus einer unklaren Situation „akuter Brustschmerz“ zu einer (Verdachts-)Diagnose mit Einordnung als prognostisch günstige Erkrankung oder als bedrohliche Erkrankung mit sofortigem Handlungsbedarf (Abb. B-4.1).

Wegen der Bedeutsamkeit einer ggf. übersehenen bedrohlichen Erkrankung ist bei neuen oder unklaren Symptomen die Einklassifizierung immer neu zu überdenken und ggf. zu korrigieren.

B-4.1 Warnzeichen

Organsystem/Region	Symptom/Befund	Wahrscheinliche Erkrankungen (Auswahl)
Schmerzcharakter	Engegefühl	KHK
	Schmerzausstrahlung in Hals, Kiefer, Schulter, Arm(e), Oberbauch	KHK
Atmung	Ruhedyspnoe	Linksherzinsuffizienz bis hin zum Lungenödem, Bronchialobstruktion, Lungenembolie, Pneumothorax, Pleuraerguss u. a.
	Tachypnoe (> 20/min)	
	Feuchte Rasselgeräusche	Lungenstauung, Infiltrat
Kreislauf	Einseitig fehlendes Atemgeräusch	Pleuraerguss, Pneumothorax, Atelektase
	Herzfrequenz < 40 oder > 100	Hypoxie, praktisch sämtliche ernstesten kardiopulmonalen Erkrankungen
Zentralnervensystem	Eintrübung	Schock, Hypoxie
Haut	Zyanose	Hypoxie (O ₂ -Sättigung < 90%) bei schwerer kardiopulmonaler Erkrankung
	Blässe	Schock, Anämie
Inanspruchnahmeverhalten	Mehrfache Konsultation wegen Beschwerden in mehreren Organsystemen ohne pathologische Befunde	Somatisierungsstörung

4.4 Diagnostisches Vorgehen

4.4.1 Basisdiagnostik

Anamnese

Arzt und Patient denken bei dem Symptom „Brustschmerz“ zunächst an das Herz als Ursache, vor allem an die Myokardischämie. Die Entscheidung, ob eine kardiale Ursache so wahrscheinlich ist, dass eine entsprechende Abklärung sinnvoll ist, beruht fast ausschließlich auf der Anamnese, da die körperliche Untersuchung meist wenig ergiebig ist und weiterführende Untersuchungen nur in einer Minderzahl von Fällen indiziert sind.

Ein ischämischer Brustschmerz wird meist retrosternal lokalisiert, Patienten beschreiben ihn als drückend, einengend, dumpf, manchmal auch brennend. Er kann in Hals, Kiefer, Arme, Rücken und Oberbauch ausstrahlen. Oft geht er mit Atemnot einher – eine Myokardischämie kann sich sogar ausschließlich als Atemnot äußern. Bei subakuten bzw. chronischen Präsentationen ist der Zusammenhang zu Belastungen (siehe Definition stabile Angina pectoris) ein charakteristisches Merkmal.

In akuten Situationen geht der ischämische Brustschmerz oft mit vegetativen Beschwerden (Schwitzen bzw. Kaltschweißigkeit, Übelkeit, Erbrechen) und dem Gefühl der Todesangst einher.

Atypische Präsentationen sind vor allem bei Frauen häufiger als bei Männern (Oberbauchbeschwerden, Atemnot, Übelkeit). Nicht zuletzt wegen der niedrigeren Prävalenz der KHK bei Frauen ist die weiterführende Diagnostik bei Frauen weniger aussagekräftig. Asymptomatische Myokardischämien kommen besonders bei Diabetikern vor.

► **Merke:** Der kardiale Schmerz ist ein viszeraler Schmerz: eher dumpf-drückend, nicht präzise lokalisierbar, von Bewegungen unabhängig. Eine Pleurareizung dagegen hat einen parietalen Schmerzcharakter: präzise lokalisierbar, verstärkt bzw. hervorgerufen durch Bewegung und Inspiration. Hier besteht eine Parallele zu abdominellen Erkrankungen.

Die bekannten Risikofaktoren der KHK helfen, die Vortest-Wahrscheinlichkeit für die Erkrankung einzugrenzen: Höheres Alter, männliches Geschlecht, bereits bekannte Gefäßerkrankungen, eine Familienanamnese von frühen Herzerkrankungen (z. B. manifeste KHK bei erst- oder zweitgradig verwandten Frauen < 65 oder Männern < 55 Jahren) machen jeweils eine KHK wahrscheinlicher, ebenso eine beim Patienten bereits bekannte Hypertonie, Fettstoffwechselstörung oder das Rauchen.

Immer ist der Patient nach seiner eigenen Einschätzung zu fragen. Besonders Patienten, die eine KHK-Symptomatik bereits erfahren haben, können bei der Differenzierung helfen. Auch kommen hier die vielleicht nicht spontan geäußerten Ängste und Befürchtungen zur Sprache. Zu jeder Anamnese gehören die psychosozialen Aspekte: familiäre, berufliche und weitere soziale Situation, Symptome von Depression und Angst. Selbst wenn eine organische Genese sehr wahrscheinlich erscheint, ist diese Dimension für ein umfassendes Verständnis des Patienten wichtig; im Falle einer Somatisierung öffnet ein solches Gespräch die Tür zu einer ätiologischen Abklärung und Behandlung. Den meisten Menschen sind Zusammenhänge von psychosozialem Befinden und körperlichen Symptomen geläufig; oft äußern Patienten solche Hypothesen spontan, wenn ihnen im Gespräch genügend Raum dazu gegeben wird.

Körperliche Untersuchung

Eine KHK bewirkt in der Regel keine charakteristischen klinischen Zeichen. In der **Akutsituation** kann eine **vegetative** (Schwitzen) oder **psychische** (sichtbare Todesangst, s. Fallbeispiel 1) **Beeinträchtigung** einen Hinweis geben. Konkrete Befunde ergeben sich bei Komplikationen des Myokardinfarktes, zum Beispiel

4.4 Diagnostisches Vorgehen

4.4.1 Basisdiagnostik

Anamnese

Beim Symptom „Brustschmerz“ wird zunächst an das Herz als Ursache gedacht.

Typischer kardialer Schmerz: retrosternal, drückend, einengend, dumpf, manchmal brennend, dazu Schwitzen (Kaltschweißigkeit), Übelkeit, Erbrechen; Todesangst; Atemnot.

Atypische Präsentationen (Oberbauchbeschwerden, Atemnot, Übelkeit) kommen bei Frauen häufiger vor.

◀ Merke

Zu bedenken sind: Alter, Geschlecht, bekannte manifeste Gefäßerkrankungen, Risikofaktoren, positive Familienanamnese für Herzerkrankungen. Diese Faktoren helfen, die Vortest-Wahrscheinlichkeit für die KHK einzugrenzen.

Immer ist der Patient nach seiner eigenen Einschätzung zu fragen. Besonders Patienten, die eine KHK-Symptomatik bereits erfahren haben, können bei der Differenzierung helfen.

Körperliche Untersuchung

Die **körperliche Untersuchung** ist wenig ergiebig für die Diagnose der KHK, aber sinnvoll zur Erkennung von Komplikationen und Differenzialdiagnosen (positive Hinweise oder Ausschluss).