

Lilli Herzig, Marc Müller

# Thoraxschmerzen in der hausärztlichen Praxis

Ein Beitrag vom KHM-Kongress 2014

## Problemstellung

Thoraxschmerzen gehören zu den häufigen Problemen in der hausärztlichen Praxis, auch wenn sie nur 2–5% der Konsultationen ausmachen. Zwar denkt man bei Thoraxschmerzen zuerst an kardiovaskuläre Erkrankungen, die allermeisten Thoraxschmerzen betreffen jedoch nicht das Herz: nur 7–15% der Thoraxschmerzen in der Hausarztpraxis sind, gemäss Studien [1], kardiovaskulären Ursprungs. Die Herausforderung besteht also darin, die eher seltenen ernsthaften Erkrankungen richtig zu diagnostizieren und von den vielen anderen, meist harmlosen Ursachen zu unterscheiden.

## Ziel des Seminars am KHM-Kongress

- Erarbeiten der verschiedenen Etappen des klinischen Vorgehens bei Thoraxschmerzen. Die Etappen werden anhand von Fallbeispielen illustriert.
- Aufbau, Nutzen und Grenzen klinischer Scores (Lausanne, Marburg) aufzeigen.

## Einleitung

Hausärzte stützen sich bei ihrem klinischen Vorgehen hauptsächlich auf die Klinik: Kenntnis des Patienten, Anamnese und Status, und neuerdings auch Scores. Technische Untersuchungen sind von zweitrangiger Bedeutung.

### Fallbeispiel

Mann, 1954, in gutem Allgemeinzustand, klagt seit einer Woche über retrosternale, drückende TS, die 5–10 Minuten dauern und mehrmals täglich auftreten. Es handelt sich um einen drückenden Schmerz, nicht ausstrahlend, verstärkt bei Anstrengung, aber auch im Sitzen und Liegen auftretend. Weitere Diagnose: HLA B27 positive ankylosierende Spondylarthritis und rezidivierende Uveitiden. Dauermedikation : Remicade®

### Kardiovaskuläre Risiko-Faktoren:

- Nichtraucher
- Wenig sportliche Betätigung (im Winter Ski)
- Kein Diabetes und keine arterielle Hypertonie
- Persönliche Anamnese für kardiovaskuläre Erkrankungen negativ
- Positive Familien-Anamnese: 2 Onkel mit Bypass, 1 Onkel an Infarkt verstorben
- 2002 normale Ergometrie (für eine Lebensversicherung)

### Status

- Körperlänge 169 cm, Gewicht 68 kg, BMI 24
- BD 122/76, Herzfrequenz 76
- Herz- und Gefässauskultation: o.B.
- Keine peripheren Ödeme

Hier wird sich jeder Hausarzt folgende Fragen stellen:

- Notfall – kein Notfall?
- Herz – oder nicht?
- Lausanne-Score / Marburg-Score? Anderer Score?
- Ernst – nicht ernst?
- Weitere Untersuchungen: ja / nein / welche?
- Überweisung an den Spezialisten?
- Therapie?
- Nachkontrollen?

In der lebhaften Diskussion und aufgrund verschiedener klinischer Erfahrungen der Teilnehmer schälten sich verschiedene Haltungen heraus, die vielleicht auch vom Praxisstandort abhängen, je nachdem, wie einfach ein Spezialist oder ein Spital erreichbar sind. Abschliessend werden der Lausanne- und der Marburg-Score diskutiert, die beide zum Schluss kommen, dass bei diesem Patienten aus folgenden Gründen ein hohes kardiovaskuläres Risiko besteht: positive Familien-Anamnese, «typische», durch Anstrengung verstärkte Thoraxschmerzen. Der Lausanne-Score ergibt 9 und der Marburg-Score 4 Punkte, bei beiden ergibt sich also ein erhöhtes Risiko. Trotzdem sind nicht alle Teilnehmer überzeugt von diesem erhöhten Risiko – was zeigt, dass ein Score allein für diagnostische Schritte nicht genügt!

Laborwerte und EKG sind normal, die Troponinwerte liegen  $<0,01$ . Erst nach weiterer Diskussion einigt man sich darauf, dass unmittelbar eine Koronarographie durchgeführt werden soll, jedoch keine Ergometrie, denn in einer scheinbar typischen Situation ist das Risiko eines falsch negativen Resultats viel zu hoch.

Die Koronarographie fällt normal aus und die Schmerzen verschwinden nach einer Therapie mit Esomeprazol (Nexium®)!

Somit lag trotz typischer Schmerzen und einem Lausanne-Score von 9 resp. Marburg-Score von 4 keine Koronarerkrankung vor! In Wirklichkeit hatte der Patient Informationen im Internet gesucht und sich vermutlich vor allem gemerkt, was anamnestisch für eine kardiovaskuläre Erkrankung spricht, und das beeinflusste das Vorgehen des Arztes.

**Tabelle 1**

Lausanne-Score: 0–5: tiefes Risiko / 6–8: mittleres Risiko / 9–12: hohes Risiko.

Kriterium	Punkte
Frau $\geq 65$ Jahre oder Mann $\geq 55$ Jahre	2
KV Risikofaktoren vorhanden	2
PA mit kardiovaskulärer Erkrankung	2
Verstärkung bei Anstrengung	1
Dauer 1–60 Min.	1
Schmerz bei Palpation nicht reproduzierbar	2
Lokalisation retrosternal	2

Tabelle 2

Marburg-Score: 0–1: geringe Wahrscheinlichkeit / 2–3: mittlere Wahrscheinlichkeit / 4–5: hohe Wahrscheinlichkeit.

Kriterium	Punkte
Frau $\geq 65$ Jahre oder Mann $\geq 55$ Jahre	1
PA mit Koronar-, peripherer Arterien- oder zerebrovaskulärer Erkrankung	1
Verstärkung bei Anstrengung	1
Schmerz bei Palpation nicht reproduzierbar	1
Patient vermutet kardiale Ursache	1

### Aufbau eines klinischen Score

Der Lausanne- und der Marburg-Score werden diskutiert und aufgezeigt, wie ein klinischer Score mit Hilfe zweier ähnlicher Studien aus der Hausarztmedizin aufgebaut wird, der TOPIC Studie (für Thoracic Pain In Community in Lausanne) und einer bei Hausärzten durchgeführten Studie in Marburg. In den beiden gleichzeitig unabhängig voneinander durchgeführten Studien wurden Daten zu Anamnese, Status und Laboruntersuchungen gesammelt (bei TOPIC 70 und in Marburg 90 Variablen). In beiden Studien wurde als Outcome das Vorliegen oder Fehlen einer kardiovaskulären Erkrankung definiert. Aufgrund der in der Literatur für eine kardiovaskuläre Erkrankung als massgeblich beschriebenen Variablen wurden in den beiden Studien die einzelnen Variablen uni- und multivariat analysiert, um die für einen klinischen Score geeigneten Variablen zu identifizieren. Anhand dieser in Frage kommenden Variablen wurde in jeder Studie ein eigener Score gebildet. Anschliessend wurden Schwellenwerte definiert, wobei es darum ging, einen Wert zu finden, unterhalb dessen «mit Sicherheit» keine kardiovaskuläre Erkrankung vorliegt, der also erlaubt, eine schwerwiegende Erkrankung auszuschliessen (hauptsächlich hohe Sensitivität wichtig). Zum Schluss wurde in jeder Studie eine interne Validierung des jeweiligen Score durchgeführt.

Speziell ist, dass im Anschluss daran bei beiden Scores eine externe Validierung (cross validation) anhand der Daten der anderen Studie durchgeführt werden konnte, womit Qualität und Sicherheit dieser Score erhöht werden konnten [2, 3]. Dieser Schritt ist eigentlich unerlässlich für die Validierung und wird trotzdem selten in externen Studiendaten durchgeführt. In der externen Validierung erwies sich der Marburg-Score als leicht robuster.

Ein solcher Score drückt lediglich unsere klinische Erfahrung in Zahlen aus, trotzdem macht er diese methodologisch solider und reproduzierbar! Ein Score allein genügt aber nicht für eine Diagnose, kann Wissen, Erfahrung und Kompetenz des Arztes nicht ersetzen, der viele weitere Elemente in seine Beurteilung und Haltung mit einbezieht, wie die Diskussion im Seminar ja gezeigt hat.

### Diagnostisches Vorgehen

Was wir tun: der erste Schritt ist derselbe wie im Spital; bei einem Thoraxschmerz versuchen wir, eine kardiovaskuläre Erkrankung und/oder eine andere Notfallsituation (Lungenembolie, Aneurysma, Pneumonie) auszuschliessen. Manchmal ist dieser erste Schritt so selbstverständlich, dass wir gar nicht realisieren, dass wir ihn tun! Hierauf versuchen wir, aufgrund von Anamnese, Status oder eines Score zu einer diagnostischen Hypothese für oder gegen eine ernste Erkrankung zu kommen. Hier hilft es uns, dass wir den Patienten kennen! Die Gesamtheit dieser Faktoren führt uns schliesslich zu einer Hypothese, die wir dann durch weitere Untersuchungen oder den Rat eines Spezialisten zu vertiefen suchen.

### Schlussfolgerung

Thoraxschmerzen treffen wir in der Hausarztmedizin häufig an. Sie sind eine diagnostische Herausforderung, denn sie können sowohl eine lebensbedrohliche Situation wie eine banale Erkrankung bedeuten. Die Symptome sind oft unspezifisch und lebensbedrohliche Notfallsituationen sind in der Hausarztmedizin nicht häufig. Das klinische Vorgehen erfolgt schrittweise, erster Eindruck (oft erstaunlich richtig), Anamnese, Status, klinische Score, sowie wissenschaftliche Kenntnisse und die Erfahrung leiten den Arzt bei der Wahl weiterer Untersuchungen, Diagnose und angemessener Behandlung.

Die diskutierten Scores wurden aufgrund der Erfahrung des Kliniklers hergeleitet; sind sie negativ, erlauben sie einen raschen Ausschluss einer ernsthaften Erkrankung (Koronaropathie), sind sie nicht negativ, lassen sie den Schluss auf eine solche jedoch nicht zu!

Der Arzt muss für seine Differentialdiagnose und die Bestimmung des weiteren Vorgehens alle klinischen Fakten berücksichtigen und darf sich nicht auf ein einzelnes Element verlassen.

### Literatur

- Verdon F, Herzig L, Burnand B, Bischoff T, Pecoud A, et al. Chest pain in daily practice: occurrence, causes and management. *Swiss Med Wkly.* 2008; 138(23-24):340–7.
- Gencer B, Vaucher P, Herzig L, Verdon F, Ruffieux C, et al. Ruling out coronary heart disease in primary care patients with chest pain: a clinical prediction score. *BMC medicine.* 2010;8:(9).
- Bosner S, Haasenritter J, Becker A, Karatolios K, Vaucher P, et al. Ruling out coronary artery disease in primary care: development and validation of a simple prediction rule. *CMAJ.* 2010;182(12):1295–300.

### Korrespondenz:

Dr med. Lilli Herzig  
Institut de Médecine Générale  
Rue du Bugnon 44  
1011 Lausanne  
lilli.herzig[at]hin.ch