Sportverletzung – Pneumonie – Synkope

Wie hing das zusammen?

Als ein Patient nach dem Besuch des Fitnessstudios über ziehende Wadenschmerzen klagt, wird zunächst eine Muskelfaserruptur vermutet. Wenige Tage später entwickelt der Patient Husten mit Fieber. Röntgenologisch wird eine Pneumonie nachgewiesen. Als es schließlich zu einem synkopalen Ereignis kommt, wird klar, dass die verschiedenen klinischen Ereignisse der letzten Tage in kausalem Zusammenhang miteinander standen.

Infiltrationen im rechten Lungenunterfeld mit Winkelverlegung.

— Zwei Tage nach dem Besuch des Fitnessstudios stellt sich ein 44-jähriger Patient beim Hausarzt vor und klagt über ziehende Schmerzen im Bereich der linken Wade. Klinisch erscheint die Wade druckschmerzhaft, ansonsten ergeben sich jedoch keine Auffälligkeiten. Bei Verdacht auf einen Muskelfaserriss wird eine topische Therapie mit einer NSAR-haltigen Salbe eingeleitet.

Plötzlich Husten und Fieber

Einige Tage später entwickelt der Patient Fieber bis 40 °C mit Husten und ziehenden, atemabhängigen, rechtsseitigen Thoraxschmerzen. Die Entzündungsparameter (CRP 24 mg/dl, Leukozyten 14 000/μl) sind deutlich erhöht und röntgenologisch findet sich

eine Infiltration im Bereich des rechten Lungenunterfeldes. Es wird eine antibiotische Therapie mit einem Amoxicillinpräparat eingeleitet.

Wegweisender EKG-Befund

Drei Tage später klagt der Patient plötzlich über eine starke thorakale Beklemmung mit Luftnot und wird synkopal. Das sofort abgeleitete EKG zeigt einen regelmäßigen Sinusrhythmus mit S1/QIII-Typ mit inkomplettem Rechtsschenkelblock und rechtspräcordial lokalisierten Repolarisationsstörungen vom Innenschichttyp.

Dieser Befund spricht eindeutig für eine akute Rechtsherzbelastung im Sinne einer Lungenembolie. Auch echokardiografisch zeigen sich die

Rechtsherzhöhlen deutlich vergrößert, und computertomografisch kann die Lungenembolie nachgewiesen werden. Bei hämodynamischer Stabilität wird keine Thrombolyse durchgeführt, jedoch eine sofortige Antikoagulation mit einem niedermolekularen Heparin in therapeutischer Dosierung überlappend mit Marcumar eingeleitet. Die Kompressionssonografie der Beine zeigt eine nicht mehr ganz frische Thrombose im Bereich der Vena poplitea links.

Zwei typische Fehldiagnosen

Dieser Fall zeigt exemplarisch zwei Fehldiagnosen, die sicherlich keine Rarität sind. So wird eine tiefe Beinvenenthrombose, wenn sie nicht mit einer ausgeprägten typischen Symptomatik einhergeht, häufig zunächst übersehen oder als Muskelfaserriss fehlinterpretiert. Um eine Thrombose bei unspezifischer Symptomatik nicht zu übersehen, empfiehlt sich zumindest die Bestimmung der D-Dimere und evtl. auch die Durchführung einer Kompressionssonografie.

Die zweite Fallgrube ist die Interpretation einer Pneumonie. In den meisten Fällen handelt es sich um eine primäre Pneumonie. Trotzdem sollte immer auch eine sekundäre Ursache diskutiert werden wie z.B. eine Aspirations- oder Infarktpneumonie. Insbesondere bei kleinen peripher gelegenen keilförmigen Verschattungen sollte immer an eine Lungenembolie gedacht werden. Die richtige pathogenetische Zuordnung der Pneumonie kann für betroffene Patienten lebensrettend sein.

Fabula docet

Auch bei unspezifischen Muskelschmerzen sollte immer an eine tiefe Beinvenenthrombose gedacht werden. Gleiches gilt für die Lungenembolie bei umschriebenen pneumonischen Infiltraten.

DR. MED. PETER STIEFELHAGEN ■