Starke Dyspnoe bei COPD-Patientin

EKG-Vergleich führte auf die richtige Spur

Als eine 72-jährige Patientin plötzlich eine starke Zunahme ihrer Dyspnoe verspürte, wurde zunächst an eine Exazerbation der bekannten COPD gedacht. Der Blick auf das EKG und ein Vergleich mit einem Vor-EKG ergaben jedoch eine ganz andere Diagnose.

Bei der Patientin war seit vielen Jahren eine leichte bis mittelschwere COPD bekannt, die zufriedenstellend mit der Kombination Beta-2-Sympathomimetikum plus topisches Steroid behandelt wurde. Plötzlich verspürte die Patientin eine starke Zunahme der Dyspnoe, die zur notfallmäßigen stationären Einweisung mit der Verdachtsdiagnose „exazerbierte COPD“ führte.

Klinischer Befund

Bei der Aufnahme bestand eine ausgeprägte Tachy- und Dyspnoe mit angelegter Lippenzyanose. Die Herzaktion war regelmäßig, leicht tachykard mit einer Frequenz um 100 Schläge/Minute, der Blutdruck betrug 150/90 mmHg. Die Herztöne waren rein, bei der Lungenauskultation fanden sich vereinzelt spastische Nebengeräusche. Die Beine waren bei der klinischen Untersuchung unauffällig. Die Blutgasanalyse ergab eine respiratorische Partialinsuffizienz und eine Hypoxämie mit einer Sauerstoffsättigung von 88%.

Neuer Lagetyp im EKG

Das EKG zeigte eine regelmäßige Sinustachykardie bei ausgeprägtem S1/QIII-Typ und in den Brustwandableitungen einen inkompletten Rechtsschenkelblock mit Repolarisationsstörungen in Form von präterminalen T-Negativierungen. In einem vor einigen Monaten abgeleiteten EKG hatte noch ein Linkstyp ohne Zeichen der Rechtsherzbelastung bestanden. Nun war die Diagnose klar: Es handelte sich um ein akutes Cor pulmonale bei Lungenembolie!

EKG: S1/QIII-Typ. Inkompletter Rechtsschenkelblock mit präterminalen T-Negativierungen in den Brustwandableitungen.

Die Diagnose wurde durch die Farbdopplerechokardiografie bestätigt, die eine starke Erweiterung der Rechtsherzhöhlen mit einer pulmonal-arteriellen Hypertonie zeigte. Außerdem war der D-Dimer-Test stark positiv. Bei der Kompressionssonografie der Beinvenen fand sich als Emboliequelle eine bis in den mittleren Oberschenkel reichende Thrombose des rechten Beins.

Komplikationsloser Verlauf

Nach Diagnosestellung wurde eine Antikoagulation zunächst mit einem niedermolekularen Heparin in therapeutischer Dosierung überlappend mit Marcumar eingeleitet. Außerdem wurde eine Kompressionstherapie durchgeführt. Der weitere Verlauf gestaltete sich komplikationslos. Hinweise für eine hereditäre Thrombophilie oder eine maligne Erkrankung ergaben sich nicht. Die Antikoagulation mit Marcumar sollte sechs Monate fortgeführt werden.

Heimtückisch und leicht zu übersehen

Die tiefe Beinvenenthrombose mit konsekutiver Lungenembolie ist eine heimtückische Erkrankung, zumal nicht immer Risikofaktoren (Immobilisation, maligne Erkrankung, diure-

tische Therapie, Herzinsuffizienz usw.) vorliegen. Hinzu kommt, dass die Symptome einer Lungenembolie – Dyspnoe, Tachypnoe, Husten, Hämoptysen, Thoraxschmerzen – sehr unspezifisch sind und durchaus auch bei anderen kardialen oder pulmonalen Erkrankungen auftreten können. Auch hinter manchen vermeintlichen Exazerbation einer COPD dürfte sich eine Lungenembolie verstecken.

Die Diagnose Lungenembolie ergibt sich aus der Klinik, den Zeichen der Rechtsherzbelastung im EKG und der neu aufgetretenen Vergrößerung der Rechtsherzhöhlen in der Farbdopplerechokardiografie. In Zweifelsfällen kann eine thorakale Computertomografie die Diagnose sichern.

DR. MED. PETER STIEFELHAGEN ■

Fabula docet

Auch bei bekannter COPD sollte eine plötzliche Zunahme der Dyspnoe immer an eine Lungenembolie denken lassen. Zur weiteren Diagnostik sind ein EKG und eine Farbdopplerechokardiografie indiziert.