NOTFALLCHECKLISTE

Patientin mit Brustschmerz

Herzinfarkt? So klären Sie ab!

N. Donner-Banzhoff

Am Ende der Morgensprechstunde kommt eine 46-jährige Frau mit Schmerzen in der Brust, die seit drei Stunden bestehen. Diese seien schwer zu beschreiben, in der Sternalregion lokalisiert, unabhängig von Inspiration und Belastung. Seit dem 20. Lebensjahr raucht die Patientin. Außer oralen Antikonzeptiva nimmt sie keine weiteren Medikamente ein. Einige Krankschreibungen wegen Infekten sind dokumentiert, sonst keine gravierenden Erkrankungen.

© olgavolodina / Fotolia

— Die Patientin hat die Praxis schon mehrfach wegen Beschwerden aufgesucht, bei denen sich keine definierbare bzw. ernsthafte Pathologie ergab. Jetzt äußert sie die Sorge, „es könnte etwas am Herzen sein“. Mir ist bekannt, dass sie in einer konfliktreichen Partnerschaft lebt. Der 12-jährige Sohn leidet an Asthma bronchiale und hatte vor zwei Jahren Schwierigkeiten in der Schule.

Sofortdiagnostik

Herz und Lungen sind unauffällig, der Schmerz lässt sich durch Palpation des Thorax nicht reproduzieren. Blutdruck: 152/96 mmHg, Puls regelmäßig, 82/min.

Obwohl kein Anhalt für eine vitale Gefährdung besteht (stabiler Kreislauf), möchte ich eine KHK wegen der sternalen Lokalisation, der fehlenden Reproduzierbarkeit durch Palpation und der Sorge der Patientin nicht einfach abtun. Andererseits ist bei einer Frau in diesem Alter ein koronares Ereignis unwahrscheinlich (die Beschwerden sind auch unabhängig von Belastung). Die Schwelle zur Arztkonsultation ist bei der Patientin niedrig, aber das schließt eine ernsthafte Erkrankung nicht aus.

Die Leitlinie Nr. 15 „Brustschmerz“ der DEGAM führt Kriterien auf, die helfen, zwischen koronaren und anderen Ursachen zu unterscheiden. Die Schmerzlokalisierung nützt kaum. Auch die Risikofaktoren (hier: Rauchen) hel-

fen nicht weiter. Als Entscheidungshilfe schlägt die Leitlinie den Marburger Herz-Score (MHS) vor (Tab. 1). Von fünf Kriterien sind bei der Patientin zwei positiv. Damit gehört sie zur Niedrigrisiko-Gruppe mit einer Wahrscheinlichkeit von 2,5% für die KHK.

Neben dem MHS ist aber immer auch das Gesamtbild zu bedenken, hier v. a. die niedrigschwellige Präsentation bei körperlichen Beschwerden.

Ich lasse ein EKG ableiten, auch wenn ich keine Auffälligkeiten erwarte. Es ist normal. Eine Troponinbestimmung

kann in die Irre führen, da die verfügbaren Schnelltests im frühen Stadium (Schmerzdauer drei Stunden) zu wenig sensitiv sind.

Ich teile der Patientin mit, dass eine KHK unwahrscheinlich ist. Sie soll sich melden, wenn die Beschwerden weiterbestehen. Einige Monate später berichtet sie, die Schmerzen hätten sich rasch gelegt und sie sei beschwerdefrei.

Wann zum Kardiologen überweisen?

In Situationen wie der oben beschriebenen muss eine Entscheidung allein aufgrund der Anamnese und des klinischen Eindrucks getroffen werden. Weitere, vermeintlich objektive Untersuchungen bieten keine Hilfe. Bei höherer Wahrscheinlichkeit für einen ernsthaften Befund ist die Kompetenz des Kardiologen gefragt. Bei einer Ausgangs-Prävalenz der KHK von 10–15% bei Brustschmerz ist es die Aufgabe des Hausarztes zu entscheiden, ob eine Ein- oder Überweisung angemessen ist. In der Mehrzahl der Fälle wird die Betreuung in der Hand des Hausarztes verbleiben. ■

Tab. 1 Marburger Herz-Score (MHS)

Geschlecht und Alter (Männer ≥ 55 J. und Frauen ≥ 65 J.)		+ 1
Bekannte vaskuläre Erkrankung		+ 1
Beschwerden sind belastungsabhängig		+ 1
Schmerzen sind durch Palpation nicht reproduzierbar		+ 1
Der Patient vermutet, dass der Schmerz vom Herzen kommt		+ 1
Die Punkte sind zu addieren.		
Punktzahl	Wahrscheinlichkeit für eine KHK	
0–2	Niedrig	2,5%
3	Mittel	25%
4–5	Hoch	65%

→ Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. med. Norbert Donner-Banzhoff
MHS Abteilung für Allgemeinmedizin,
Präventive und Rehabilitative Medizin
Philipps-Universität Marburg
Karl-von-Frisch-Str. 4, D-35043 Marburg
E-Mail: Norbert@staff.uni-marburg.de