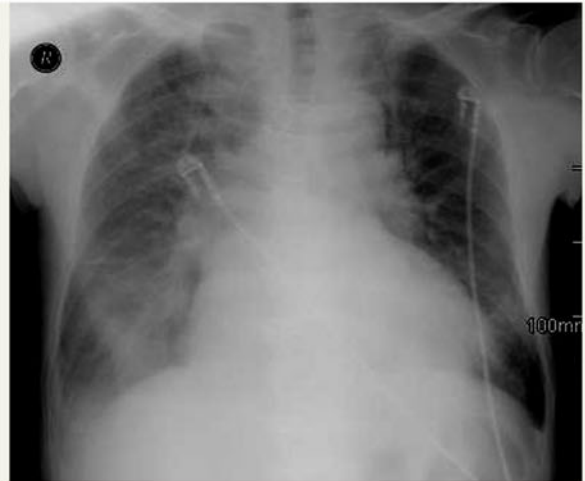


Akute Linksherzinsuffizienz

VON H. H. KLEIN

Ein 67-jähriger Patient stellt sich in Ihrer Praxis wegen zunehmender Luftnot vor. Er ist kaum in der Lage, zehn Treppenstufen zu bewältigen. Die Symptomatik entwickelte sich in den letzten beiden Tagen. Sie kennen den Patienten als übergewichtig (91 kg Körpergewicht bei 175 cm Körpergröße) mit mäßig gut eingestelltem arteriellem Hypertonus und oral behandeltem Diabetes mellitus. Eine ähnliche Symptomatik lag bisher nicht vor.



Röntgenthorax im Liegen bei akuter Linksherzinsuffizienz. Dilatiertes Herz mit sehr prominenten Hili, unscharfer Gefäßzeichnung mit Betonung der Oberfelder und Verschattungen im rechten Unterfeld.

Sofortdiagnostik

- Führendes Symptom: Relativ rasch aufgetretene Dyspnoe mit zusätzlich deutlich eingeschränkter Leistungsfähigkeit. Diese Symptomatik lässt an eine akute Linksherzinsuffizienz denken.
- Klinische Untersuchung: Sie messen einen arteriellen Blutdruck von 170/95 mmHg. Der Herzrhythmus ist unregelmäßig und liegt peripher bei etwa 130/min. Die Atemfrequenz beträgt 26/min. Über der Lunge auskultieren Sie beidseits basal feuchte Rasselgeräusche.
- Elektrokardiogramm (EKG): Sie diagnostizieren eine Tachyarrhythmia absoluta mit einer Frequenz um 160/min. Ansonsten finden sich im EKG lediglich zusätzlich Zeichen einer Linksherzhypertrophie.

Sofortmaßnahmen

- Wichtigste Maßnahme: umgehende Einweisung in eine Klinik.
- Bei gutem Blutdruck könnten sich noch in der Praxis – je nach Transportzeit in die Klinik – die orale oder intravenöse Gabe eines Betablockers und die intravenöse Gabe eines Schleifendiuretikums über eine Venenverweilkanüle anbieten.
- Die Gabe von Sauerstoff ist sinnvoll.

Krankheitsverlauf

- In der Klinik ist zur Diagnostik eine Röntgenuntersuchung des Thorax hilfreich. Bei richtiger klinischer Einschätzung ist hier eine pulmonale Stauung zu erwarten (Abb. 1).
- Bei den Laborwerten sind Kreatinin und Elektrolyte, Hämoglobin, Troponin und TSH von besonderer Bedeutung.
- Echokardiografisch lassen sich Herzfehler nachweisen oder ausschließen und eine Unterscheidung zwischen Linksherzinsuffizienz ohne oder mit erhaltener systolischer Funktion („diastolische Herzinsuffizienz“) treffen.

- Nach Rekompensation wäre bei diesem Patienten auch eine Linksherzkatheteruntersuchung zur sicheren Diagnostik einer koronaren Herzerkrankung sinnvoll.
- Therapeutisch essenziell sind die Senkung der Herzfrequenz (Betablocker, evtl. Digitalis und/oder Diltiazem) und die Antikoagulation mit Heparin bzw. später mit oralen Antikoagulantien.
- Üblicherweise reichen zur Entwässerung geringe Diuretikagaben, wenn die Frequenz auf 50–80 Schläge pro Minute gesenkt werden kann.
- Falls die periphere Sauerstoffsättigung trotz Sauerstoffgabe über eine Nasenonde nicht über 92% gebracht werden kann, ist auch an die nicht invasive Beatmung zu denken.

Woran noch denken?

Es geht um die Differenzialdiagnose der akuten Dyspnoe.

- Lungenembolien könnten eine ähnliche Symptomatik bedingen. Dazu passen aber nicht die über der Lunge auskultierten basalen Rasselgeräusche.
- Bei einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung hätte der Patient eine Anamnese in diese Richtung (häufige Krankenhausaufenthalte, Nikotingenuss).
- Eine Spastik über der Lunge kann manchmal einziges klinisches Zeichen einer pulmonalen Stauung bei akuter Linksherzinsuffizienz sein, die nur im Röntgenbild der Lunge sicher erkannt wird.
- Es könnten weitere kardiale Ursachen einer akuten Linksherzinsuffizienz wie z. B. eine dekompensierte Aortenklappenstenose oder Mitralsuffizienz oder auch ein Herzinfarkt ohne ST-Strecken-Hebungen im EKG vorliegen. Bei hohen Herzfrequenzen hätte auch ein Geübter Schwierigkeiten, auskultatorisch diese Herzfehler zu diagnostizieren.

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. med. Hermann H. Klein, Med. Klinik II, Schwerpunkt Kardiologie, Klinikum Idar-Oberstein GmbH, Dr.-Ottmar-Kohler-Str. 2, D-55743 Idar-Oberstein, E-Mail: h.klein@io.shg-kliniken.de