

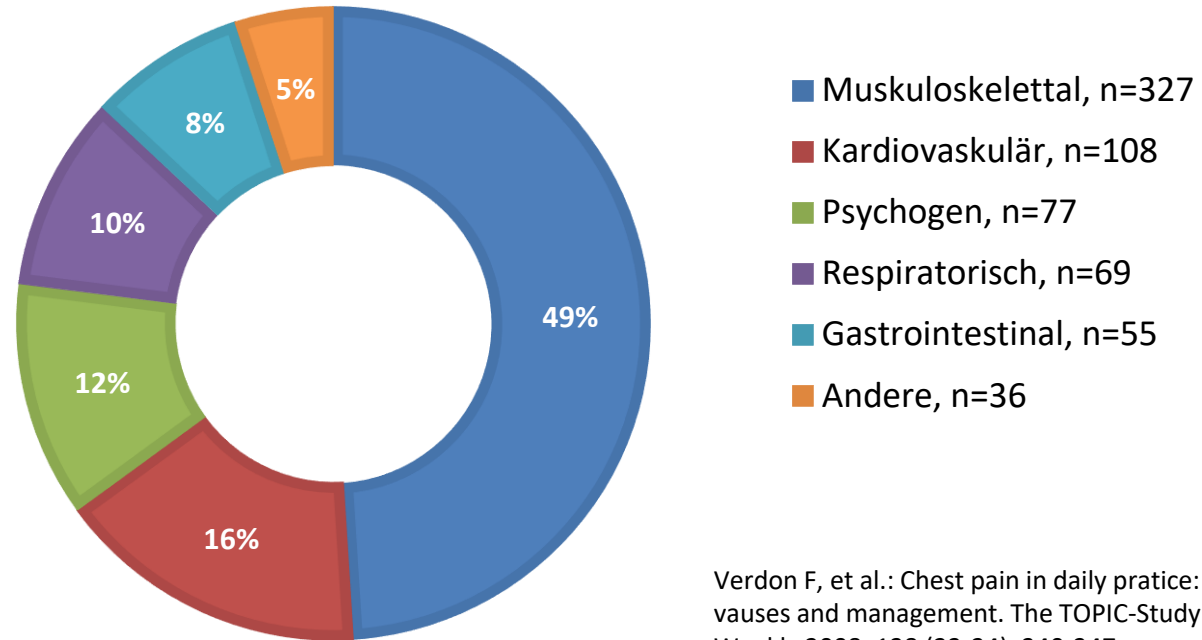
# Sollte man sich alles zu Herzen nehmen?



31.01.2025

Dr. med. Luisa Hensky

# Thoraxschmerzen in der Hausarztpraxis



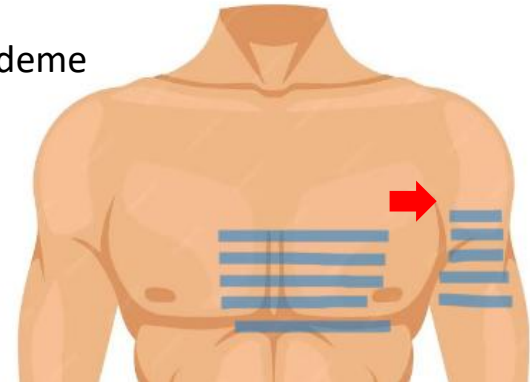
Verdon F, et al.: Chest pain in daily practice: occurrence, causes and management. The TOPIC-Study. Swiss Medical Weekly 2008; 138 (23-24): 340-347

# Fall 1

64-jähriger Patient mit gemischter depressiver Störung und Angststörung

**Do 21.11.24:** rechts- und linksseitige parasternale brennende Brustschmerzen mit Ausstrahlung in den linken Arm. Allodynie der Haut.

- **cvRF:** arterielle Hypertonie, Adipositas Grad I, obstruktives Schlafapnoe-Syndrom, Hypercholesterinämie
- **Status:** Vitalparameter normwertig, Herztöne rein und rhythmisch ohne Nebengeräusche, vesikuläres Atemgeräusch beidseits, keine peripheren Ödeme
- **EKG:** unauffällig
- **Troponin-Schnelltest:** negativ
- **Prozedere:** analgetische Therapie, Verlaufskontrolle



# Fall 1

64-jähriger Patient mit gemischter depressiver Störung und Angststörung

**Mo 25.11.24:** Innere Unruhe, persistierende pulsierende Schmerzen linksthorakal mit Ausstrahlung in den linken Arm. Ausserdem Allodynie und Dysästhesie.

**Im Verlauf des Abends:** Entwicklung eines erythematösen, makulopapulösen Exanthems Dermatome Th4-Th6, streng linksseitig.

Diagnose: Herpes zoster



# Herpes zoster

Ätiologie: Reaktivierung einer Varizella-Zoster-Virus-Infektion oder VZV-Lebendimpfung

Epidemiologie: In jedem Alter möglich, insb. Menschen >50 Jahre betroffen

Infektiosität: Von Exanthem-Beginn bis etwa 5–7 Tage danach

## Symptomatik:

- meist 1–3 Dermatome unilateral betroffen, in 75% thorakal
- Phase I: 1-5 Tage vor kutaner Symptomatik: Fieber, Unwohlsein, Kopfschmerzen, brennende Schmerzen, Parästhesien und Allodynie , Pruritus
- Phase II: unilaterales Exanthem mit uniformen Vesikeln, Papeln und Pusteln; Lymphadenopathie
- Zoster sine herpete: Fehlen von Läsionen

## Diagnosestellung:

- i.d.R. klinische Diagnose (Spezifität von 60-90 %)
- Bei atyp. Klinik, Immunsuppression, v.a. Enzephalitis/Meningitis: VZV-PCR aus Abstrichmaterial bzw. Kammerwasser, Liquor, Serum oder Plasma (Sensitivität und Spezifität nahe 100 %)
- Bei Abklärung zoster-ähnlicher Schmerzen oder zoster-assoziiertes (Facialis-) Paresen: Nachweis **ansteigender** anti-VZV-IgG und -IgM , ggf. ergänzend Serum-IgA-Bestimmung

*S2K-Leitlinie Diagnostik und Therapie des Zoster und der Postzosterneuralgie;  
SURFmed*

# Herpes zoster

## Therapie:

- symptomatische Therapie: Analgesie (NSAR, Opiate, Koanalgetika) + topische Therapie stadiengerecht
- antivirale Therapie: Aciclovir, Valaciclovir, Famciclovir und Brivudin für 7 Tage (Beginn innerhalb 72h)
- Glukokortikoide: **kein Konsens**, ggf. bei Z. ophthalmicus oder Z. oticus oder neurolog. Manifestation: Prednisolon 60mg po für 7d (mit Ausschleichen über 2 Wo); ggf. additiv bei akuter nicht kompensierter Schmerzsituation (UpToDate, Prednisolon 40mg po ausschleichend über 10-14d)

## Indikationsstellung der antiviralen Therapie:

- immer bei: Personen >50 Jahre, hohem Komplikationsrisiko, chronischen Hauterkrankungen, Dauertherapie mit Steroiden oder Salicylaten, mittelschwere-schwere Schmerzen
- IV-Therapie bei: Zoster im Kopf-Hals-Bereich (insb. ältere Patienten), multisegmentalem Befall, hämorrhagischen/nekrotischen Läsionen, viszeraler oder ZNS- oder Schleimhautbefall, Immunschwäche

## Isolationsmassnahmen:

- bei lokalisiertem Befall: Kontaktisolation (Isolierung im Einzelzimmer bis zur Verkrustung aller Läsionen)
- bei generalisiertem Befall: Aerosolisolation

# Herpes zoster

## Komplikationen:

- Häufiger asymptomatischer Befall des ZNS bei H. Zoster im Kopf-Hals-Bereich mit Erhöhung des Schlaganfallrisikos innerhalb eines Jahres um 30 % (Befall N. trigeminus bis zu 4,5x erhöhtes Risiko)
  - Empfehlung einer neurologischen Untersuchung bei Immunsuppression oder Alter > 80 Jahre

## Postzosterische Neuralgie (PZN):

- Definition: anhaltende neuropathische Schmerzen >3 Monate
- Epidemiologie: Inzidenz bei >60 Jahren bis zu 50% (<60 Jahren weniger als 2%)
- Risikofaktoren: weibliches Geschlecht, Alter >50 Jahre, starke Schmerzen, kraniale/sakrale Lokalisation, prodromaler Schmerz, multisegmentaler Befall (>3 Dermatome)
- Unterscheidung von 4 Typen: brennender Dauerschmerz, Allodynie, Parästhesien/Dysästhesien, neuralgiforme Schmerzattacken
- Therapie:
  - Koanalgetika (Pregabalin, Amitriptylin; Beurteilung nach min. 14 Tagen), ggf. Analgetika der WHO-Stufe II (**nicht WHO-Stufe I**)
  - Topische Koanalgetika (z.B. Capsaicin-Pflaster 8% einmalig 60 Min: Wirkeintritt nach 1-2 Wochen, Wirkdauer bis zu 3 Monate)
  - Epidurale oder paravertebrale periphere Nervenblockade mit Lokalanästhetika und/oder Glukokortikoiden
  - Transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS) – nicht bei Allodynie
- Prognose: in 30% Schmerzpersistenz >1 Jahr

## Fall 2

70-jähriger Patient mit St. n. Zystoprostatektomie, radikaler Lymphadenektomie beidseits und Anlage eines Ileumconduits bei Urothel-Ca der Blase und der Urethra; bestehender VAC-Verband im Bereich der Laparotomie-Narbe.

### Vorerkrankungen:

- St. n. Lebertransplantation 01/2021 aufgrund eines hepatozellulären Karzinoms nach Leberzirrhose infolge chronischer Hepatitis C Genotyp 3a und Hepatitis B
- St. n. tiefer Beinvenenthrombose links ED 11/2024
- COPD GOLD II mit asthmatischer Komponente
- Arterielle Hypertonie
- Akinetische Bewegungsstörung DD Parkinson ED 2013

per os Medikament				
Status	Start/Stopp	Medikament	Verordnung	VW
⊕	18.11.	<b>Aspirin Cardio</b> ; Filmtabl 100 mg	1 - 0 - 0 - 0 Stk	p.o.
⊕	18.11.	<b>Atorvastatin</b> ; Mepha Lactab Blist 10 mg	1 - 0 - 0 - 0 Stk	p.o.
3 ⊕	18.11.	<b>Candesartan</b> ; Sandoz Tabl 16 mg	1 - 0 - 0 - 0 Stk	p.o.
3 ⊕	18.11.	<b>Torasemid</b> ; Mepha Tabl Blist 20 mg	1 - 0 - 0 - 0 Stk	p.o.
3 ⊕	21.11.	<b>Novalglin</b> ; Filmtabl 500 mg	1 - 1 - 1 - 0 Stk	p.o.
⊕	18.11.	<b>Madopar</b> ; Tabl 250 mg	07:30 11:30 15:30 19:30 je 1 Stk	p.o.
⊕	18.11.	<b>redormin</b> ; Filmtabl 250 mg	0 - 0 - 1 - 0 Stk	p.o.
⊕	18.11.	<b>BARACLUDE</b> Filmtabl 0.5 mg = Entecavir 0.5mg	1 - 0 - 0 - 0 Stk	p.o.
⊕	18.11.	<b>CellCept</b> ; Filmtabl 500 mg	1 - 0 - 1 - 0 Stk	p.o.
3 ⊕	18.11.	<b>Prograf</b> ; Kaps 0.5 mg	1 - 0 - 1 - 0 Stk	p.o.
3 ⊕	18.11.	<b>Prograf</b> ; Kaps Blist 1 mg	1 - 0 - 1 - 0 Stk	p.o.
	18.11.	<b>Acidum follicum</b> ; Hänsele gestoppt seit 05.12.	05.12. 15:23	p.o.
		Tabl 5 mg		
parenterale und sonstige Medikament				
Status	Start/Stopp	Medikament	Verordnung	VW
3 ⊕	18.11.	<b>CLEXANE</b> Inj Lös 80 mg/0.8ml	1 - 0 - 1 - 0 Stk	s.c.
⊕	18.11.	<b>Relvar Ellipta</b> ; Inh Plv 92mcg/22mcg	0 - 0 - 1 - 0 Dos	inhal
⊕	18.11.	<b>Insulin</b> ; NovoRapid Inj Lös Amp	Bolus abhängig von Blutzucker	s.c.



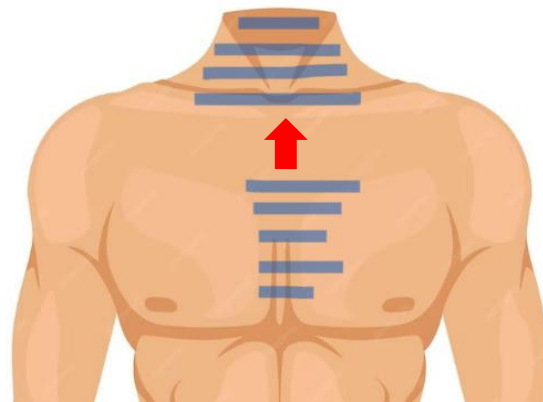
## Fall 2

**So 24.11.24:** Übelkeit und Sodbrennen seit dem Vortag mit einmaligem Erbrechen. Sodbrennen anamnestisch bekannt.

- Status: vesikuläres Atemgeräusch beidseits, feinblasige Rasselgeräusche basal beidseits; Abdomen weich, kein Druckschmerz, keine Resistenzen
- Therapie: Beginn Esomeprazol 20mg 1xtgl

**Im Tagesverlauf** Auftreten von retrosternalem Druckgefühl mit Ausstrahlung in den Kopfbereich, Übelkeit und Schwindel

- Status: unverändert. Vitalparameter: 146/88 mmHg, 98 bpm, SpO2 96% in Raumluft, Blutzucker normwertig
- EKG: normokarder Sinusrhythmus ohne signifikante Repolarisationsstörungen
- Troponin-Schnelltest: negativ



**Im Verlauf nach 3h:** Schmerzen, EKG und Troponin-Schnelltest unverändert; analgetische Therapie mit 50mg Tramadol, Novaminsulfon und Paracetamol po

## Fall 2

**So 24.11.24:** Übelkeit und Sodbrennen seit dem Vortag mit einmaligem Erbrechen. Sodbrennen anamnestisch bekannt.

- Status: vesikuläres Atemgeräusch beidseits, feinblasige Rasselgeräusche basal beidseits; Abdomen weich, kein Druckschmerz, keine Resistenzen
- Therapie: Beginn Esomeprazol 20mg 1xtgl

**Im Tagesverlauf** Auftreten von retrosternalem Druckgefühl mit Ausstrahlung in den Kopfbereich, Übelkeit und Schwindel

- Status: unverändert. Vitalparameter: 146/88 mmHg, 98 bpm, SpO2 96% in Raumluft, Blutzucker normwertig
- EKG: normokarder Sinusrhythmus ohne signifikante Repolarisationsstörungen
- Troponin-Schnelltest: negativ

**Im Verlauf nach 3h:** Schmerzen, EKG und Troponin-Schnelltest unverändert; analgetische Therapie mit 50mg Tramadol, Novaminsulfon und Paracetamol po

### Differentialdiagnosen:

- Gastritis
- Ösophagitis (Soor- / CMV-)
- Pneumonie
- Akutes Koronarsyndrom
  
- Lungenembolie
- Aortendissektion

## Fall 2

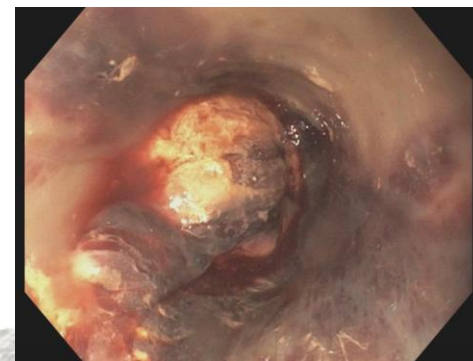
**Mo 25.11.2024:** Hämatemesis, Dysphagie, Blutdruck normwertig, Herzfrequenz 113 bpm

Verlegung Notfall Visp bei

V.a. Ösophagitis DD Ösophagusvarizenblutung DD Ulkusblutung

### Diagnosen:

1. Akute nekrotisierende Ösophagitis mit wandadhärentem Fremdkörper des Ösophagus (DD Tumor DD Koagel DD Bolus)
  - 26.11.24: ÖGD
  - Histopathologie: nekrotisches, entzündliches, fibrotisches und adipöses Gewebe, Bakterienkolonien, kein Hinweis auf Malignität
  - Therapie: Pantoprazol 40mg iv 2x tgl
2. Sepsis bei Pneumokokken-Pneumonie
  - CT-Thorax: Bronchopneumonische Infiltrate links dorsobasal
  - Therapie: Ceftriaxon 2g iv 1x tgl



## Fall 2

### Di 26.11.2024: Verlegung in die Gastroenterologie CHUV

- ÖGD 29.11.24: Ulzerierende, vernarbte Schleimhaut der Speiseröhre mit schwärzlichen Aussehen ohne Perforation, Schleimhautriss oder Tumor



*Rapport d'endoscopie gastro-entérologique; Dr Sébastien GODAT und Dre Jeanine WAKIM EL-KHOURY (CHUV)*

# Akute nekrotisierende Ösophagitis

Epidemiologie: Inzidenz von 0.01% und Prävalenz von 0.2% bei Patienten mit ÖGD; Männer > Frauen

Pathophysiologie: Nekrose der Ösophagismukosa, selten auch der Muscularis, meist das untere Drittel des Organs betreffend

Ätiologie: Infektionen, Durchblutungsstörungen (Hypovolämie, Sepsis, Thrombophilie), chronischer Alkoholabusus, Magenentleerungsstörungen, diabetische Ketoazidose

Symptomatik: Zeichen der oberen gastrointestinalen Blutung, retrosternale Schmerzen

Komplikation: Ösophagusruptur mit Mediastinitis

Prognose: 30-50% 30-Tages-Mortalität aufgrund Multimorbidität

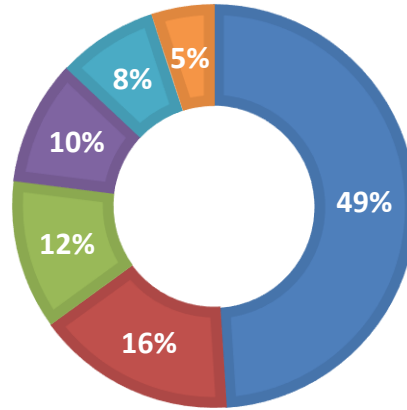
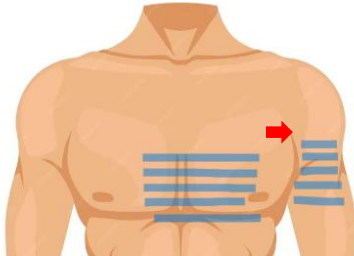
Therapie: je nach Ätiologie; Nahrungsrestriktion mit parenteraler Ernährung, hochdosierte PPI-Therapie mit Gabe von Sucralfat, ggf. antibiotische Therapie

*HP Gröchenig et al: Akute nekrotisierende Ösophagitis – Der schwarze Ösophagus. Z Gastroenterol 2011; 49 - P46*  
*K. Möller : Phänomenologie und Pathomorphologie tödlich verlaufender Fälle von Black Oesophagus. Dissertation Charité Berlin*

# Zusammenfassung

## Fall 1: Herpes zoster

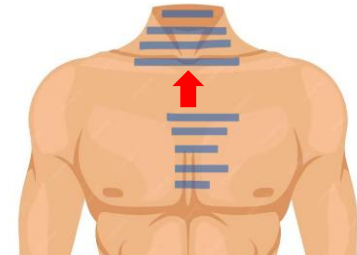
- erschwerte Diagnosestellung im Stadium I
- Daran denken!  
Vor allem bei Allodynie



- Musculoskelettal, n=327
- Kardiovaskulär, n=108
- Psychogen, n=77
- Respiratorisch, n=69
- Gastrointestinal, n=55
- Andere, n=36

## Fall 2: Akute nekrotisierende Ösophagitis

- Risikofaktoren: Immunsuppression, Pneumokokken-Sepsis
- Antikoagulation plus Thrombozytenaggregationshemmung
- Kein Protonenpumpeninhibitor





# Thoraxschmerzen in der Hausarztpraxis sind meistens nicht HERZ-bedingt

