

Der kleine Notfallpatient

Akuter Thoraxschmerz bei Kindern – die Ursachen

PD Dr. N. Haas, Herz- und Diabeteszentrum NRW, Bad Oeynhausen

Akute Schmerzen im Thoraxbereich sind ein häufiger Vorstellungsgrund bei Pädiatern, Kinderkardiologen oder in einer pädiatrischen Notfallambulanz.

Bei den meisten Patienten findet sich im Kindesalter – im Gegensatz zum Erwachsenen – keinerlei kardiale Ursache, auch wenn die Schmerzen in die Herzgegend projiziert werden. Daher erfolgt sehr oft eine weiterführende kardiale Diagnostik, im Sinne einer Laboranalyse (Troponin) oder einer kinder-kardiologischen Feindiagnostik, die jedoch in fast allen Fällen unbegründet ist und sich durch eine vernünftige Anamnese und Untersuchung vermeiden ließe; es liegen Mitteilungen vor, dass bis zu 5% aller kinder-kardiologischen Konsultationen auf einer Überweisungsdiagnose „Herzschmerzen“ beruhen.

In einer Studie mit 380 Kindern, die zur weiterführenden kardiologischen Diagnostik überwiesen wurden, fanden sich bei den meisten muskulo-skelettale Ursachen, bei immerhin 10% psychiatrisch-psychologische Ursachen. Echte kardiale Ursachen (Myokarditis, Perikarditis, etc.) waren in weniger als 1% nachweisbar.

Panik-Attacken und psychische Auffälligkeiten

Achiam-Montal und Kollegen konnten von 132 israelischen Jugendlichen (Alter 8–17 Jahre), die aufgrund nicht somatischer Thoraxschmerzen standardisiert psychiatrisch untersucht wurden, bei 27 (20,5%) die Diagnose Panik-Attacken sichern. Die meisten Symptome bestanden in somatischen Beschwerden, darüber hinaus ließ sich bei 15% eine Agoraphobie nachweisen. Begleiterkrankungen wie z. B. Depressionen oder Angststörungen waren häufig. Nach Ausschluss somatischer Ursachen sollte eine frühzeitige psychologisch-psychiatrische Analyse erfolgen, so

die Autoren. Ebenfalls nachweisen ließ sich, dass ein besonders protektives elterliches Verhalten die Intensität und Häufigkeit dieser Beschwerden unterstützt.

Gleiche Hinweise konnten Lee et al. nachweisen, die 67 amerikanische Kinder mit nicht-kardialen Thoraxschmerzen untersuchten und mit Kindern verglichen, bei denen ein akzidentelles Herzgeräusch diagnostiziert worden war. Hierbei konnte ein hoher Grad an Internalisierung bei diesen an sich gesunden Patienten nachgewiesen werden. Die Autoren schlussfolgern, dass die psychologischen Einflussfaktoren dieser Patientengruppe zur weiterführenden Diagnostik und Therapiebeeinflussung analysiert werden sollten, besonders dann, wenn eine alleinige Bestätigung der somatischen Gesundheit für Patient und Familie nicht ausreicht, um die Beschwerden zu mildern.

An Vitamin-D-Mangel denken!

Torun und Kollegen konnten bei 543 türkischen Kindern nachweisen, dass neben den bekannten Symptomen einer Rachitis des Säuglings- und Kleinkindalters (Wachstumsretardierung, Muskelschwäche, Krampfanfälle, Skelettdeformitäten,

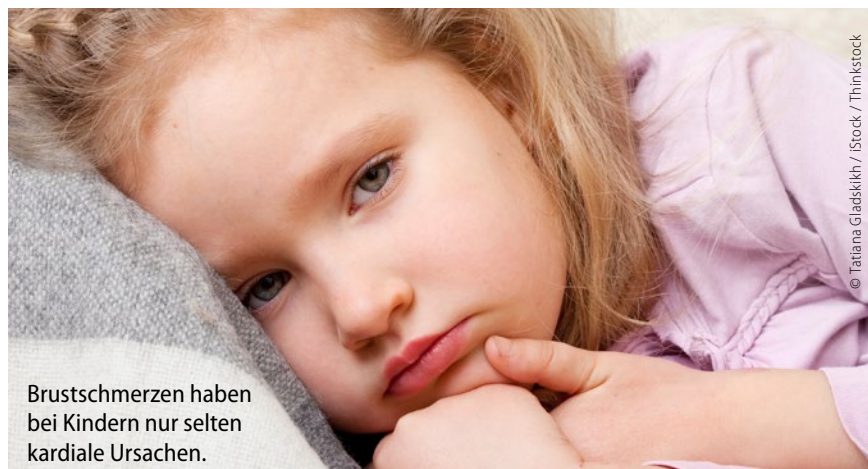
rachitischer Rosenkranz, Harrison Furche, etc.) es bei den älteren Kindern oft zu eher unspezifischen Beschwerden wie z. B. Schmerzen in den Extremitäten und akuten thorakalen Schmerzen kommt. Daher ist gerade bei den ansonsten unspezifischen Symptomen Thoraxschmerzen differenzialdiagnostisch an einen Vitamin-D-Mangel zu denken.

Aktuelle Leitlinie der DGPK

In der aktuellen Leitlinie der DGPK zum Thema akuter Thoraxschmerz wird die Häufigkeit von Thoraxschmerzen z. B. anhand der deutschen KIGGS-Studie mit ca. 7% bei gesunden Kindern angegeben. Anhand einer gründlichen Schmerz- und Familienanamnese sowie körperlichen Untersuchung lassen sich die meisten Patienten diagnostizieren, eine weiterführende Diagnostik ist nur im Ausnahmefall notwendig. Die Autoren bieten in der Leitlinie ein differenziertes Untersuchungsschema an. Interessant ist der Hinweis, dass muskuloskelettale Ursachen oft als „Verlegenheitsdiagnosen“ genannt werden.

Monatsschr Kinderheilkd 2014, 162(10):853–854;

Literaturliste beim Verlag



Brustschmerzen haben bei Kindern nur selten kardiale Ursachen.