


Die Big Five...

- ...sind die wichtigsten Differentialdiagnosen des akuten Thoraxschmerzes an welche der Notarzt aufgrund ihrer vitalen Bedrohung für den Patienten immer denken muss. Beachte: Nicht jeder akute Tx-Schmerz ist ein ACS! (nur etwa 20-25%!)
- Durch POCUS können einige dieser Differentialdiagnosen ausgeschlossen oder wahrscheinlich gemacht werden – mit u.U. erheblichen Konsequenzen für die Initialtherapie und/oder für die Auswahl der Zielklinik.
- **Bei Verfügbarkeit eines Sono-Gerätes sollte dies beim akuten Tx-Schmerz immer (!) differentialdiagnostisch eingesetzt werden!**

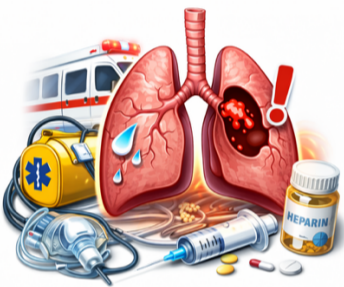
Akutes Koronarsyndrom

POCUS: Präklinisch nur als TTE verfügbar, oft eingeschränkte Untersuchungsbedingungen, trotzdem sind einige Befunde auch für den Nicht-Kardiologen in der subxiphoidalen oder apikalen Anlotung erkennbar:

- Pumpfunktion (per „Eyeballing“ abschätzbar)
- Regionale Wandbewegungsstörungen

Versorgung: Nach Leitlinie, u.a. ASS, Heparin.

Zielklinik: Kardiologie mit HKL 24/7


Lungenembolie

Mit POCUS ist kein direkter Nachweis einer LE möglich, aber durchaus eine Erhärtung der VD!

- TTE: Re-Belastung (Dilatation RV, inverse Septumbewegung), selten: Thromben im rechten VH
- Beinvenensono (V. fem., V. popl., US-Venen): Nicht komprimierbar, Thrombusnachweis
- Tx-Sono: Nachweis von Lungeninfarkten (dorsobasal, re>li), ev. kleiner Pleuraerguss

Versorgung: Antikoagulation, bei hämodynamischer Instabilität: Katecholamine, ggf. Lyse.

Zielklinik: je nach Zustand Kardiologie mit HKL, bei nicht stabilisierbarem Pat. auch an ECLS denken!

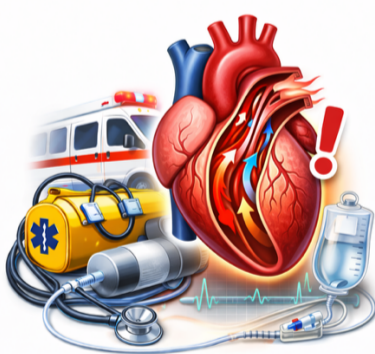
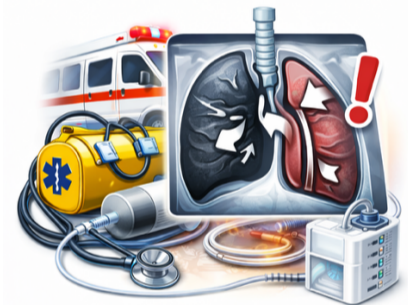
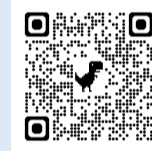

Spannungspneumothorax

Ist in erster Linie eine klinische Diagnose! Aufgrund des minimalen Zeitbedarfs und der hohen diagnostischen Sicherheit wird aber meist die Absicherung durch POCUS möglich sein:

- Kein Lungengleiten („Ameisenlaufen“)
- Keine B-Linien (beides im Vgl. mit Gegenseite betrachten!)

Versorgung: sofortige Entlastung, optimal mit digitaler Thorakozentese und Drainage in Bülow-Position.

Zielklinik: Schockraum


Aortendissektion

Klinik (plötzlicher Beginn, reißender, stärkster Schmerz, Ausstrahlung in Rücken, Bauch) zusammen mit POCUS ist wegweisend:

- Perikardtamponade
- Aorteninsuffizienz
- Dissektionsmembran (suprasternal, abdominell)

Versorgung: keine Antikoagulation, hypertone RR-Werte senken, Analgesie

Zielklinik: bei abd. Aortenaneurysma Haus mit Gefäßchirurgie, bei V.a. Typ-A-Dissektion Herzchirurgie!

Gerade bei der Ao-Dissektion kann POCUS lebensrettend sein (Behandlung nicht wie ACS, Primärtransport in Herzchirurgie!)


Boerhaave-Syndrom (Ösophagusruptur)

Anamnestisch meist heftiges Würgen oder Erbrechen vorausgehend, dann akuter Tx-Schmerz. Mögliche POCUS-Befunde sind (i.d.Regel linksseitig):

- Pneumothorax
- Pleuraerguss
- Ev. Hautemphysem

Versorgung: Analgesie, ggf. Sepsistherapie mit Flüssigkeit und Katecholaminen

Zielklinik: Schockraum in Haus mit ösophaguschirurgischer Expertise



Take-HomeMessage: Gerade bei den Big-Five des akuten Thoraxschmerzes kann POCUS erhebliche Auswirkungen auf die Initialtherapie und Auswahl der Zielklinik haben!