

Leitsymptom „Schmerz“ bei Gefäß- krankheiten

Hubert Mörl

Das „Leitsymptom“ Schmerz ist bei vielen Krankheitsbildern nicht sicher als das führende Hinweiszeichen anzusehen. Das ist nicht nur bei den Erkrankungen der verschiedenen Tumoren, den Krankheiten der Atemwege, der Hypertonie, des Diabetes mellitus usw. der Fall, sondern namentlich bei den Gefäßkrankheiten. Dies gilt nicht nur auf arteriellem Gebiet – sei es im zerebralen, koronaren, abdominellen oder peripheren Bereich –, sondern auch auf dem venösen Sektor. Dafür bieten namentlich die tiefen Phlebothrombosen ein reiches Anschauungsbild.

So wurde in einer früheren pathologisch-anatomischen Studie bei einer großen Anzahl von Herzinfarkten ein Anteil von 23,5 Prozent sogenannter „stummer“ Infarkte festgestellt. Bemerkenswert ist darüber hinaus der mit 21,5 Prozent eine atypische Verlaufsform zeigende Infarkt, so daß nur in gut der Hälfte die typischen klassischen Zeichen erudierbar waren. Dieselbe Prozentzahl wurde dann in der Framingham-Studie von Kannel aufgezeigt, wobei 5 000 Menschen fortlaufend einer ärztlichen Kontrolle unterzogen waren und auch hier von 100 eindeutig festgestellten Herzinfarkten jeder vierte klinisch stumm bzw. asymptomatisch verlaufen ist. Auch bei spätern klinischen Untersuchungen konnte eine erhebliche Anzahl „stummer“ Infarkte aufgezeigt werden. Wenn man bedenkt, daß etwa nur gut 40 Prozent der Infarkttranken als Vorzeichen eine Angina pectoris haben, bei gut 40 Prozent der Infarkt als erstes Zeichen einer koronaren Herzkrankheit auftritt

und bei etwa 15 Prozent gar der plötzliche Tod das „Initialsymptom“ darstellt, so wird es verständlich, daß wir es hier, wie Kannel das bezeichnet hat, mit einer ganz heimtückischen Krankheit zu tun haben.

Auch bei der peripheren Verschlusskrankheit ist von Widmer überzeugend belegt worden, daß eine Stenose oder ein Verschluss nicht, wie vordem angenommen, sich unbedingt durch typische Beschwerden ankündigen, sondern daß sie oft über längere Zeit stumm verlaufen können. Seiner Basler-Studie ist zu entnehmen, daß bei 2 630 anscheinend oder scheinbar gesunden Männern eine Fünfjahresinzidenz von rund 80:1000 vorhanden ist, was ziemlich genau der Fünfjahresinzidenz der koronaren Herzkrankheit entspricht. Dabei ist wiederum für unsere Thematik bemerkenswert, daß es sich bei etwa $\frac{1}{3}$ um symptomatische und bei $\frac{2}{3}$ um asymptomatische Fälle handelt, trotz subtiler Erhebung der Anamnese. Auch bei den zerebralen Durchblutungsstörungen sind ja die als sogenanntes „Wetterleuchten“ bekannten transitorischen ischämischen Attacken nach Populationsstatistiken nur etwa zu 10 Prozent, nach Krankenhausstatistiken zu etwa 30 bis 50 Prozent zu verzeichnen. Das heißt, daß auch hier nur zu einem geringen Anteil Prodromalerscheinungen vorhanden sind und, daß der apoplektische Insult im wahrsten Sinne des Wortes sehr oft „aus heiterem Himmel“ eintritt. Betrachtet man die tiefen Phlebothrombosen, so werden von diesen in etwa auch nur $\frac{1}{3}$ klinisch diagnostiziert, folgt man pathologisch-anatomischen Feststellungen. Die Lungenembolien werden praktisch nur bis zu 30 Prozent ante mortem diagnostiziert, wobei es sich hierbei sicherlich weniger um die fulminante oder massive Lungenembolie handeln wird. Diese wenigen Zahlen verdeutlichen jedoch die ungeheure Be-

deutung der Frühdiagnose gerade der tiefen Venenthrombose. Ursache für die relativ späte und oft erst nur unter besonderer Belastung zutage tretende klinische Symptomatik ist die zum Teil enorme Reserve und Steigerungsfähigkeit der Durchblutung. Es konnte gezeigt werden, daß für den hämodynamischen Effekt einer Gefäßstenose oder eines Gefäßverschlusses die funktionelle und morphologische Adaptation, zeitliche und topographische Verhältnisse sowie die Stoffwechselintensität des betreffenden Organs eine vordergründige Rolle spielen. Für die Ausfallerscheinungen sind deshalb neben dem Geschwindigkeitseintritt Ausdehnung und Ausmaß der Wandveränderungen wichtig. So ist bei vielen Gefäßprovinzen eine Lumeneinengung bis zu 70 Prozent gewöhnlich nicht mit einer Einschränkung der Durchblutungsreserve und schon gar nicht mit einer Änderung des Druckgefälles verbunden. Somit ist die des öfteren ersichtliche Diskrepanz zwischen erheblichem pathologisch-anatomischen Befund und dem Fehlen jeglicher klinischer Anzeichen immer wieder überraschend, aber erklärbar.

Die Konsequenz für die Praxis ist die Loslösung von der „schmerzgesteuerten Medizin“. Das „Leitsymptom“ Schmerz bei den Gefäßkrankheiten ist nicht generell als das primär vorherrschende und ausschlaggebende Hinweiszeichen zu werten. Es muß frühzeitiger eine sorgfältige und umfassende ärztliche Untersuchung gerade zur Fahndung nach beginnenden Gefäßkrankheiten vorgenommen werden.

Professor Dr. med.
Hubert Mörl
Abteilung Innere Medizin I
der Medizinischen
Universitätsklinik
Ruprecht-Karls-Universität
Bergheimer Straße 58
6900 Heidelberg