

PO-2.3.4 Fallbericht: Differentialdiagnostik der respiratorischen Insuffizienz einer Schwangeren mit vorzeitigen Wehen

P. van Caster, R. Diesel, M. Winterhalter, T. Jüttner
Universitätsklinikum Düsseldorf

Fragestellung:

Treten die Symptome Dyspnoe, Tachykardie, retrosternales Brennen bei Schwangeren auf, müssen folgende vital bedrohlichen Differentialdiagnosen in Erwägung gezogen werden: Myokardinfarkt, Lungenarterienembolie, tokolyseinduziertes Lungenödem, infektiös-toxisches ARDS bei Amnioninfektionssyndrom. Eine zügige Diagnostik ist entscheidend, die diagnostischen Maßnahmen müssen jedoch mit Rücksicht auf das ungeborene Kind ausgewählt werden.

Material, Methoden:

Eine 28-jährige (Zwillings-)Schwangere (ASA I) wurde wegen vorzeitiger Wehen in der 30. Schwangerschaftswoche tokolytisch mit Fenoterol therapiert. Die Patientin entwickelte Dyspnoe, Tachykardie, retrosternales Brennen und Rückenschmerzen. Die Symptome persistierten trotz Beendigung der tokolytischen Therapie. Laborchemisch waren Troponin-Ths (143 pg/ml, Normwert: < 14 pg/ml) und CRP (4,5 mg/dl, Normwert: < 0,5 mg/dl) erhöht. Im 12-Kanal-EKG zeigten sich keine ST-Strecken-Veränderungen. Aufgrund des Verdachtes auf NSTEMI wurden leitliniengerecht Aspirin, Heparin, Metoprolol und Morphin appliziert, auf eine Koronarangiographie wurde nach echokardiographischem Ausschluß von Wandbewegungsstörungen verzichtet. Bei zunehmender respiratorischer Insuffizienz und beidseitigem Lungenödem (PaO₂ 50 mmHg unter 10 l/min O₂ per Maske) wurde eine nichtinvasive-CPAP-Therapie begonnen. Bei neu geäußertem Verdacht auf ein Amnioninfektionssyndrom wurde eine Sectio caesarea in Intubationsnarkose durchgeführt. Der pulmonale Gasaustausch normalisierte sich innerhalb der nächsten Stunden.

Schlussfolgerungen:

Bei den genannten Symptomen sollten alle vital bedrohlichen Differentialdiagnosen zügig ausgeschlossen werden. Dabei sollten eskalierend zunächst Verfahren ohne Belastung für das ungeborene Kind zur Anwendung kommen. Ist eine sichere Diagnostik so nicht möglich, müssen auch Verfahren mit Strahlenbelastung für das ungeborene Kind (CT, PTCA, Angiographie) angewendet werden. Die Diagnostik sollte unter Sectiobereitschaft erfolgen. Im vorliegenden Fall gehen wir aufgrund der schnellen Befundbesserung nach Entbindung von einem infektiös-toxisch induzierten ARDS aus.

Literatur:

1. Cole DE. Acute respiratory distress syndrome in pregnancy. Crit Care Med 2005; 33(10Suppl):S269-78
2. Lamont RF. The pathophysiology of pulmonary oedema with the use of beta-agonists. BJOG 2000; 107(4): 439-444