

Face to Face: Vom visuellen Befund zur Diagnose

Autor_Prof. Dr. Hans Behrbohm

Visuelle klinische Befunde spielen im Gesichts- und Halsbereich eine große Rolle. Trotz einer zunehmenden Technisierung der Medizin sind sie nach wie vor oft der Ausgangspunkt auf dem Weg zur Diagnose. Jeder lernt während seiner Ausbildung herausragende „Kliniker“ kennen, die mit einem „diagnostischen Blick“ in verblüffender Weise zu Diagnosen oder Verdachtsdiagnosen kommen. Ersetzt klinische Erfahrung zusätzliche Untersuchungen? Ist das Zeitalter der Blickdiagnose vorbei? Welche Zusatzuntersuchungen erfordert eine klinisch eindeutige Diagnose? Der Beitrag nimmt zu einigen prinzipiellen Aspekten der Befunderhebung und -bewertung in der Medizin Stellung.

Abb. 1_Perspicacity,
René Magritte



Der Begriff Visualisierung bezeichnet die Wahrnehmung und Verarbeitung visueller Informationen. Obwohl das Auge eines der wichtigsten Sinnesorgane ist, erfolgte die Kommunikation visueller Informationen traditionell über Sprache und Schrift. Das hatte auch technische Ursachen wie z.B. die Erfindung des Buchdrucks durch Johannes Gutenberg um 1450, die dazu führte, dass die Schrift sich als wichtigste Kommunikationsform im europäischen Raum durchsetzte. Erst im 19. Jahrhundert eröffnete die Erfindung von Fotografie, Film und Video neue Möglichkeiten der Visualisierung. Mit dem Hereinbrechen des Computer- und Internetzeitalters erlebten wir eine gigantische Revolution der visuellen Kommunikation, die dazu führte, dass Bilder ohne die beschreibende Zwischenstufe von Wort und Schrift ausgetauscht werden können. Ein Beispiel hierfür ist die Telemedizin. Darüber hinaus sprengt die Technik der Visualisation heute alle bisherigen Möglichkeiten der Kommunikation, indem sie als Virtual Reality künstliche und individuell erfahrbare Bilderwelten schafft – eine Welt neben der Welt.

Gezielte statt Breitbanddiagnostik

Neben der genauen Befunderhebung hat die Befundbewertung entscheidende Bedeutung für die therapeutischen Konsequenzen, z.B. das Stellen der Indikation zu einer Operation. Der Arzt erlangt diagnostische Sicherheit, indem er eine Vielzahl von Befunden sieht und unter Anleitung erfahrener Kollegen diskutiert und bewertet. Dennoch müssen wir uns um den Stellenwert klinischer Befunde sorgen. Immer mehr setzt sich eine Mentalität durch, die den Wert des klinischen Befundes herabsetzt und sich auf eine generelle Absicherung z.B. durch aufwendige bildgebende Verfahren hin orientiert. In den Fällen, in denen die

Abb. 1

weiterführende Diagnostik offene Fragen beantworten kann, muss diese zweifellos erfolgen, andererseits muss der Arzt aber auch lernen, seiner Befunderhebung und der sich daraus ergebenden Diagnostik zu vertrauen, ohne sich durch überflüssige weitere Untersuchungen abzusichern.

_Diagnostik sollte „ausreichend und zweckmäßig“ sein

Genau das fordert ja auch der Gesetzgeber zum Beispiel für die Gesetzliche Krankenversicherung, wenn er in § 28 Sozialgesetzbuch V feststellt, die ärztliche Behandlung müsse nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig erfolgen. Doch: Wann ist ein Befund typisch, wann pathognomonisch? Gibt es heute noch die Blickdiagnose, oder ist sie schon in Verruf geraten? Welche weiteren Untersuchungen sind im Einzelfall notwendig, auf welche kann auch unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten verzichtet werden?

Mehr Fragen als Antworten. Dennoch und gerade deshalb ist es wichtig, sich auf die Grundlagen der klinischen Medizin – die Befunderhebung und Befundbewertung – zurückzubekommen.

_Prinzipien der Befunderhebung

Äußere Bilder werden zu inneren

Visuelle Befunde sind Bilder. Sie werden gesehen und dabei entsteht aus einem äußeren Bild ein inneres, was bei verschiedenen Betrachtungen nicht zwangsläufig identisch ist. Diese Bilder werden in einem „Befund-Archiv“ abgelegt. Gleichzeitig werden die Bilder beschrieben, verbalisiert. Begriffe werden Bildern zugeordnet. Auch hierbei können interindividuell durchaus Unterschiede bestehen (Abb. 2).

Die Befunderhebung muss systematisch sein

Eine wichtige Voraussetzung für ein anwendbares Archiv innerer Bilder ist, dass der Untersucher einer wiederkehrenden Systematik bei der Befunderhebung folgt. Anders als ein eiliger Galeriebesucher, der nur Eindrücke erfasst, ist das Ziel der medizinischen Befunderhebung eine Vielzahl von Merkmalen analytisch zu erfassen.

Innere Bilder werden mit äußeren verglichen

Äußere Bilder werden zu inneren Bildern, und diese werden dann mit äußeren Bildern verglichen, um Bekanntes wieder zu entdecken. Auch hier ist es erforderlich, mit System vorzugehen und Schritt für Schritt abzugleichen, ob sich das äußere Bild auch tatsächlich mit dem in Betracht gezogenen inneren Bild deckt. Je genauer die inneren Bilder sind, desto schärfer ist der diagnostische Blick des Arztes. Je mehr innere Bilder der Arzt besitzt, desto größer ist seine klinische Erfahrung. Ein gut sortierter und abrufbarer



Abb. 2

Abb. 2_ The Interpretation of Dreams, René Magritte

„Bildspeicher“ ist eine der Grundlagen für einen sicheren Weg zur Diagnose (Abb. 3).

Der „erste Eindruck“

Voraussetzung einer systematischen Diagnostik ist, dass der Arzt sich zunächst einen Gesamteindruck von seinem Patienten verschafft. Daher sollte sein Gesichtsfeld immer weiter eingestellt sein, als das des Patienten. Viele Patienten kommen mit scheinbar plausiblen Symptom-Ursachen-Zuordnungen oder mit vorgefertigten Diagnosen. Dieser vorgeschlagenen „Richtung“ sollte man nicht zwangsläufig folgen,



Abb. 3

Abb. 3_ The Human Condition, René Magritte



Abb. 4



Abb. 5



Abb. 6



Abb. 7

Abb. 4_ Patient mit Mundbodenkarzinom auf dem Gipfelpunkt einer Alkohol- und Nikotinkarriere. Wir blicken in ein vorgealtes Gesicht mit den Zeichen der Resignation und Skepsis. Z.n. Tumorradikaloperation und Radiatio vor fünf Jahren rezidivfrei.

Abb. 5_ Mediane Halszyste. Prall-elastische, schluckverschiebliche Raumforderung in der Halsmedianen.

Abb. 6_ Erysipel der Stirn. Scharf begrenzte Rötung und teigige Schwellung verursacht durch eine Verletzung der Haut.

Abb. 7_ Chronisch-lymphatische Leukämie mit Hautinfiltraten. Bilateral angeordnete, scharf begrenzte, flächige bis knotige, rot-braune Hautinfiltrate – sog. Facies leonina.

Abb. 8_ Pathognomonische Exantheme bei Kinderkrankheiten, aus Bilz, Leipzig 1920.

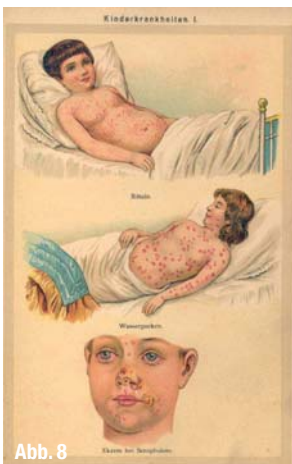


Abb. 8

denn erfahrungsgemäß führen diese Kausalitätsketten oft nicht auf den richtigen Weg. Wir wissen, dass alle Krankheiten somatische und auch psychische Anteile besitzen.

Am Beginn des analytischen Weges über Befunde und Symptome hin zur Diagnose steht etwas, das sich nur sehr schwer in Worte fassen lässt, weil zu viele „Variablen“ darin eingehen: der „erste Eindruck“. Mit ihm strömt eine Vielzahl von Informationen auf den Arzt ein, die dieser mehr intuitiv wahrnimmt und dennoch sofort bewertet.

Hierzu gehört z.B. das, was mit Ausstrahlung und Sympathie bzw. Antipathie mit dem „Wesen“, welches freundlich oder verschlossen sein kann, bezeichnet wird. Wir spüren recht schnell, ob der Patient es versteht, sein Anliegen dringlich und bestimmt vorzutragen, oder ob wir es bei einem wenig mitteilbaren, verschlossenen Typ erst „ausforschen“ müssen, also ob der Patient extro- oder introvertiert ist.

Bereits die Haltung des Patienten (aufrecht oder gebückt), sein Händedruck (kräftig oder lasch), seine Stimme (kräftig oder leise, heiser oder klar), die Sprache (Ausdruck, Grammatik, Wortschatz) gehen in den ersten Eindruck unwillkürlich mit ein. Im Dialog wird der Arzt schnell spüren, ob der Patient ein mehr optimistisches oder pessimistisches Naturell besitzt oder gar resigniert hat.

Offenheit und die Bereitschaft zu einem gemeinsamen Behandlungsweg könnte sich durch einen festen Blickkontakt im Dialog ausdrücken, während fliehende Blicke und fehlende Konzentration im Gespräch auf ein Kommunikationsproblem hinweisen, welches ganz verschiedene Ursachen haben kann. Neben diesen allgemeinen Informationen erhält der Arzt auch Hinweise auf Grunderkrankungen des Patienten, die entweder in Zusammenhang oder unabhängig von dem Grund der Konsultation des Patienten bestehen. So sind vielen Patienten die Zeichen eines Leidens „ins Gesicht geschrieben“. Solche Zeichen sind z. B. eine Lippenzyanose bei ischämischen Herzerkrankungen, ein Ikterus bei Lebererkrankun-

gen, Xanthelasma bei Hypercholesterinämie, das gerötete Kolorit des Hypertonikers, Paresen, Spasmen oder Tics der Gesichtsmuskulatur. Schwere chronische oder konsumierende Krankheiten können den Gesichtsausdruck zunächst verändern oder später prägen (Abb. 4). Das ist z. B. bei der Facies dolorosa oder bei Suchtkranken der Fall. Das Gesicht verrät uns auch das Alter eines kranken Menschen (z. B. Arcus senilis der Hornhaut) oder täuscht uns, wenn ein Mensch vorgealtert ist, z. B. durch Witterung, Alkohol und Nikotin, Drogen oder ein hartes Leben. Der Operateur erhält Informationen über den Haut- und Bindegewebstyp bzw. beurteilt die Narbenbildung z. B. anhand einer sichtbaren Strumektomie-Narbe. Besteht ein ästhetischer Grund für die Konsultation, wie der Wunsch einer Rhinoplastik, so sind es die Gesichtsproportionen oder z. B. die Lage der Profilpunkte zueinander (Stirn, Kinn, Nasenspitze), die dem Operateur sofort auffallen.

Befundbewertung

Pathognomonisch oder „nur“ typisch?

Tritt ein Befund nur bei einem Krankheitsbild auf, so ist er für dieses beweisend. Diese eindeutige, ausschließliche Zuordnung bezeichnen wir als pathognomonisch (Abb. 5 und 6). Typisch kann ein Befund für mehrere Krankheitsbilder sein. Er findet sich nur bei jenen und bei anderen eben nicht. Diese Zuordnung ist eindeutig, der Befund charakteristisch oder typisch.

Nach der Zuordnung eines Begriffes zu einem Bild erfolgt die Bewertung und Systematisierung. Spricht ein Befund z. B. für eine Entzündung, so muss nach deren typischen Zeichen Calor, Tumor, Rubor und Dolor (nach Celsus) gefahndet werden. Die Systematik trennt dann akute von chronischen und bakterielle von viralen Entzündungen.

System- oder Organerkrankung

Eine prinzipielle Frage stellt sich bei der Bewertung eines Befundes: Handelt es sich um die Manifesta-

tion einer System- oder Allgemeinerkrankung oder um eine Organerkrankung eines/meines Fachgebietes (Abb. 7). So treten heute beispielsweise ca. 30 % der Symptome und Befunde einer HIV-Infektion im HNO-Bereich auf. Die Diagnose kann also in diesem oder jenem Organfach gestellt werden, die Therapie erfolgt jedoch in einem anderen Fachgebiet.

Die Befundbewertung unterliegt ständigem Wandel
Krankheitsbilder und damit auch die mit ihnen einhergehenden Befundbilder sind einem steten Wandel unterworfen. Krankheitsbildern müssen neue Bilder zugeordnet werden. So bestehen heute bei der Bewertung von typischen Exanthenen bei Kinderkrankheiten, z.B. Röteln, andere differenzialdiagnostische Abgrenzungen, z.B. zu Arzneimittel-exanthenen, als vor Jahrzehnten (Abb. 8).

Seltene und häufige Befunde

Befunde, die gestern häufig waren, können heute selten sein. So war der Lupus vulgaris die Manifestation der Hauttuberkulose (tuberculosis cutis luposa) (Abb. 9) oder die syphilitische Sattelnase durch Destruktion der knöchernen Nasenpyramide (Abb. 10) vor einem halben Jahrhundert noch häufig und heute selten.

Das Prädispositionsalter

Verschiedene Befunde treten in unterschiedlichen Lebensabschnitten häufig oder selten auf. Typischerweise finden wir adenoide Vegetationen am häufigsten im Kleinkindalter, während Tumoren der Haut besonders im fortgeschrittenen Lebensalter anzutreffen sind, obschon das Erkrankungsalter bei den Basalzellkarzinomen immer weiter sinkt (Abb. 12).

Die Syndrome

Syndrome sind Befundkombinationen, die der Kliniker nur dann erkennen kann, wenn er sie gelernt hat wie Vokabeln einer Fremdsprache. Die Diagnose wird durch die „Mosaiksteine“ unterschiedlichster Organmanifestationen zusammengesetzt.



Abb. 9_ Lupus vulgaris.

Befunde mit Signalcharakter

Halslymphknotenschwellungen können Patienten zum Arzt führen, weil sie ihnen eher auffallen als die zugrundeliegende Erkrankung. Einseitige harte Vergrößerungen besonders im Kieferwinkel sind oft Metastasen eines Oro-, Hypo- oder Nasopharynxkarzinoms und müssen durch eine endoskopische Diagnostik mit histologischer Dignitätsbestimmung und einem Staging abgeklärt werden (Abb. 13). Nicht selten sind auch Lymphome im Rahmen eines CUP-Syndroms (carcinoma unknown primary).

Abb. 10_ Sattelnase bei Lues III. Montage, Medizinhistorische Sammlung der Charité.

Abb. 11_ Rhinosklerom der Nase.

Abb. 12_ Seniles Keratoakanthom der Ohrmuschel bei einer 100-jährigen Patientin.

Abb. 13_ Harte einseitige Lymphknotenschwellung unterhalb des M. sternocleidomastoideus bei einer 52-jährigen Patientin mit Alkohol- und Nikotinexposition. Ursache der Metastase war ein nasopharyngeales Karzinom.

_Kontakt	face
<p>Prof. Dr. Hans Behrbohm www.ku61.de</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> </div>	



Abb. 10



Abb. 11



Abb. 12

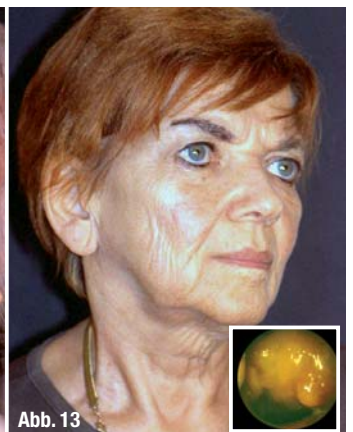


Abb. 13