

Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislaufkrankungen

Forum Rhythmologie

**Der aktuelle Fall: 60jähriger Mann
mit Breitkomplex-Tachykardie
(RSB-Morphologie)**

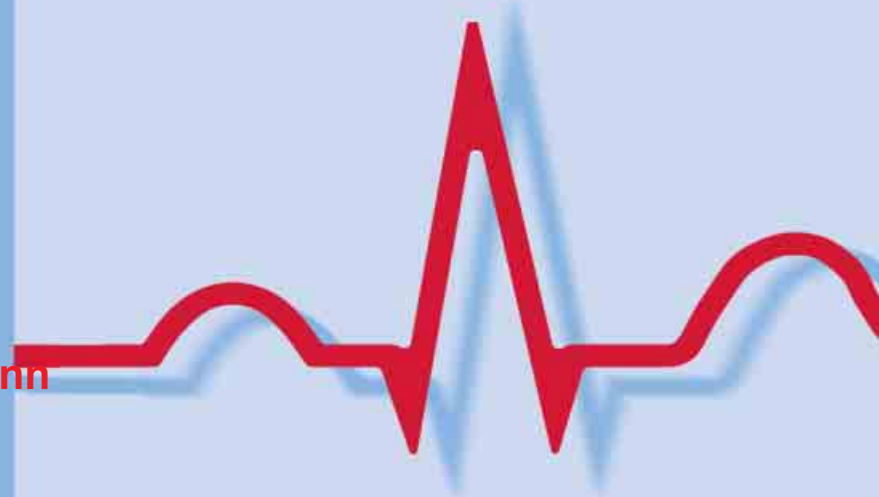
Saldjiyska A, Domanovits H

Journal für Kardiologie - Austrian

Journal of Cardiology 2003; 10

(Supplementum B - Forum

Rhythmologie), 11-12



Homepage:

www.kup.at/kardiologie

www.forum-rhythmologie.at

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

Krause & Pachernegg GmbH
Verlag für Medizin und Wirtschaft
A-3003 Gablitz

**www.kup.at/kardiologie
www.forum-rhythmologie.at**

Indexed in EMBASE/Excerpta Medica

Veranstaltungskalender

Hybrid-Veranstaltungen der Herausgeber des **Journals für Kardiologie**

Finden Sie alle laufend aktualisierten Termine
auf einem Blick unter

www.kup.at/images/ads/kongress.pdf

Der aktuelle Fall: 60jähriger Mann mit Breitkomplex-Tachykardie (RSB-Morphologie)

A. Saldjiyska, H. Domanovits

■ Der aktuelle Fall

Ein 60jähriger männlicher Patient mit bisher blander Anamnese stellt sich nach einem grippalen Infekt wegen Schwäche und Unwohlseins beim praktischen Arzt vor. Aufgrund des EKGs (Abb. 1) wurde er mit Verdacht auf akute Ischämie der Hinterwand zum Internisten verwiesen. Noch vor Erreichen der Ordination trat beim Patienten ein Tachykardiegefühl auf. Nachdem das in Abbildung 2 dargestellte EKG dokumentiert worden war, brachte die Rettung den Patienten zur weiteren Diagnostik und Therapie in die Notfallklinik. Zu diesem Zeitpunkt war der Patient hypoton mit einem RR von 70/40 mmHg, kaltschweißig und tachykard.

Fragen:

1. Was ist Ihre Vermutungsdiagnose?
2. Wie würden Sie den Patienten behandeln?

Die Auflösung dieses aktuellen Falles finden Sie auf der nächsten Seite

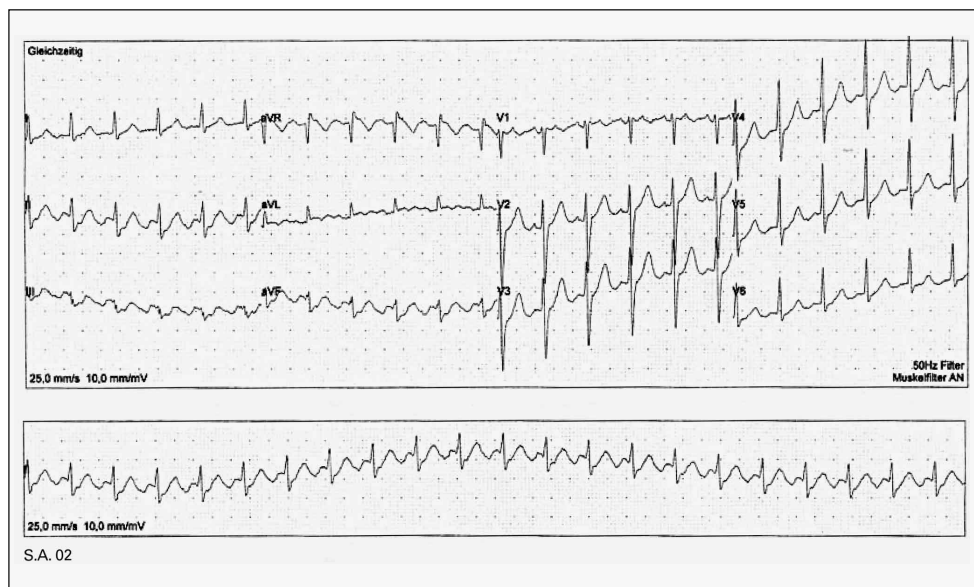


Abbildung 1

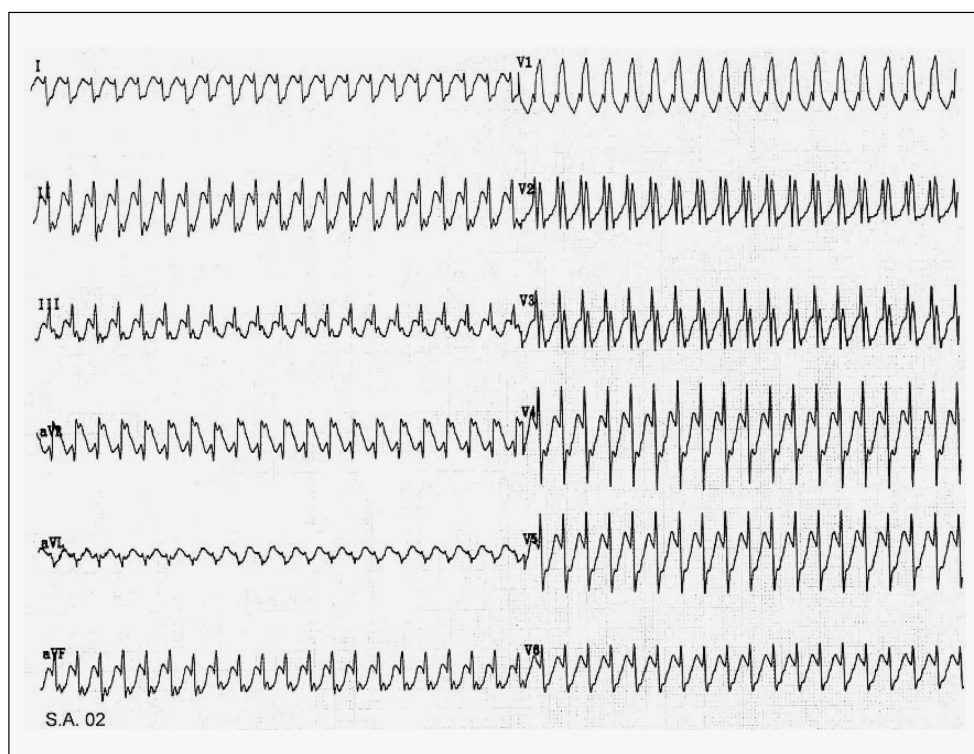


Abbildung 2

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Antonina Saldjiyska, Univ.-Prof. Dr. med. Hans Domanovits
Universitätsklinik für Notfallmedizin
Währinger Gürtel 18–20, 1090 Wien

■ Auflösung des aktuellen Falles

In Abbildung 2 zeigt sich eine anhaltende rhythmische Breitkomplextachykardie mit einer Herzfrequenz von > 250 bpm.

Es kommen folgende Differentialdiagnosen in Frage:

- Supraventrikuläre Tachykardie mit präexistentem Schenkelblock
- Supraventrikuläre Tachykardie bei WPW-Syndrom
- Supraventrikuläre Tachykardie mit Ermüdungsblock
- Ventrikuläre Tachykardie

Ein präexistenter Schenkelblock ist aufgrund von Abbildung 1 ausgeschlossen. Beim Vorliegen eines offenen (overten) Präexzitationssyndroms und antidromer WPW-Tachykardie könnte man im Sinusrhythmus nach einer Tachykardiepisode (Abb. 3) WPW-typische Veränderungen (Verkürzung der PQ-Zeit, eine Delta-Welle und Störung der Repolarisation mit ST-Strecken-Senkung) erwarten. Eine orthodrome WPW-Tachykardie mit Schenkelblock bei verborgenen (concealed) WPW beziehungsweise eine supraventrikuläre Tachykardie mit funktionellem Block (Ermüdungsblock) bleiben neben einer ventrikulären Tachykardie in der Differentialdiagnose. Die Anwendung von Algorithmen zur Differentialdiagnose einer Breitkomplextachykardie (Brugada-Schema, Kriterien nach H. J. Wellens) erlauben keine eindeutige Diagnose einer VT.

Bei Verdacht auf eine supraventrikuläre Tachykardie wurde zunächst mittels Karotissinus-Druckmassage sowie Valsalva-Manöver versucht, eine AV-Blockade und dadurch eine Demaskierung der supraventrikulären Genese hervorzurufen. Nach einer Bolusapplikation von 6 mg Adenosin und kurz danach

einer weiteren i.v.-Gabe von 12 mg Adenosin wurde der zugrundeliegende Vorhoffrhythmus sichtbar.

Abbildung 4 zeigt nach Beendigung der regelmäßigen Breitkomplextachykardie zunächst arrhythmisch einfallende, RSB-artig konfigurierte, breite Kammerkomplexe, die schließlich schlank ($< 0,12$ s) werden. Als Vorhoffrhythmus finden sich regelmäßige Flutterwellen mit einer Frequenz von 250 bpm. Nach dieser Demaskierung kam es rasch wieder zu einer 1:1-Überleitung des Vorhofflatters (Abb. 5). Nach intravenöser Therapie mit 0,4 mg Lanitop und 300 mg Sedacoron kam es zu einem stabilen Rhythmus mit 2:1-Überleitung des Vorhofflatters (Abb. 3) und schließlich zu einer normofrequenten Ventrikelfrequenz mit wechselndem Blockierungsgrad von 2:1 bis 5:1 bei Vorhofflattern.

Der Patient wurde auf eine Normalstation transferiert und zur ehestbaldigen Hochfrequenzstrom-Ablation des Vorhofflatters Typ I angemeldet. Drei Tage später wurde dieses Vorhaben erfolgreich durchgeführt, bei der Kontrollstimulation fand sich ein bidirektionaler Block im kavotrikuspidalen Isthmus (Abb. 6). Bei einer Thallium/Persantin-Radiokulidventrikulographie fanden sich keine ischämietypischen reversiblen Perfusionsdefekte.

Die Differentialdiagnose einer regelmäßigen Breitkomplextachykardie kann durch vagale Manöver und Adenosin mit dem Ziel der Demaskierung des Vorhoffrhythmus unterstützt werden. Dabei ist ein anhaltend 1:1-übergeleitetes Vorhofflattern mit einer Frequenz > 250 eher selten zu finden. Ist aufgrund der Anamnese und morphologischen Oberflächen-EKG-Kriterien eine ventrikuläre Genese gesichert, sind Kalziumantagonisten streng kontraindiziert. Zu jedem Zeitpunkt bleibt bei stabilen oder instabilen klinischen Verhältnissen eine elektrische Kardioversion die sicherste und effektivste Behandlungsform.

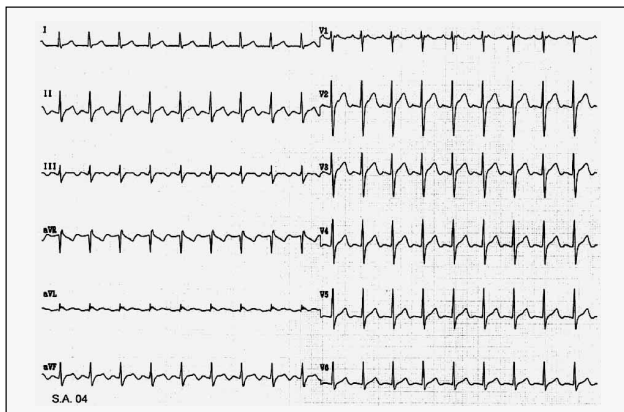


Abbildung 3

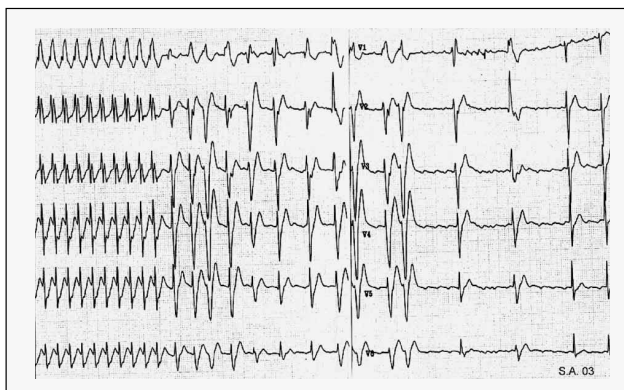


Abbildung 4

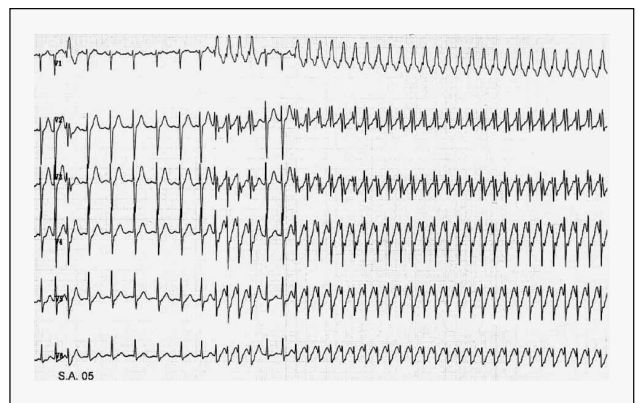


Abbildung 5

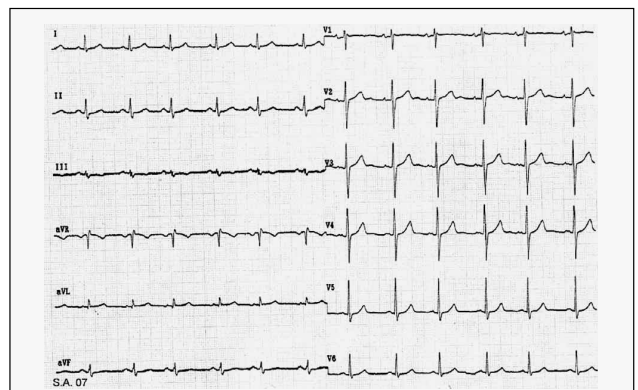


Abbildung 6

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

☒ Medizintechnik-Produkte



Neues CRT-D Implantat
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3
Labotect GmbH



InControl 1050
Labotect GmbH

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ Bestellung e-Journal-Abo

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)