

Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislauserkrankungen

Akutes Koronarsyndrom bei Stenose des Hauptstammes der linken Herzkranzarterie

Auer J, Eber B, Maurer E

Journal für Kardiologie - Austrian

Journal of Cardiology 2004; 11

(4), 169-171

Homepage:

www.kup.at/kardiologie

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche



Offizielles
Partnerjournal der ÖKG



Member of the ESC-Editor's Club



Offizielles Organ des
Österreichischen Herzfonds



ACVC
Association for
Acute CardioVascular Care

In Kooperation
mit der ACVC

Indexed in ESCI
part of Web of Science

Indexed in EMBASE

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

Akutes Koronarsyndrom bei Stenose des Hauptstammes der linken Herzkranzarterie

J. Auer, E. Maurer, B. Eber

■ A. F., männlich, 82 Jahre

Die stationäre Aufnahme des Patienten im April 2002 erfolgte mit massiven thorakalen Schmerzen über mehrere Stunden im kardiogenen Schock (der Blutdruck zum Aufnahmezeitpunkt betrug 70/35 mmHg). Klinisch fand sich zum Aufnahmezeitpunkt eine rechtsseitige Hemiparese, wobei nicht mit Sicherheit zu entscheiden war, ob zuerst die Halbseitensymptomatik oder die Thoraxschmerzen aufgetreten waren. Abgesehen von einer bekannten, leichten, chronisch obstruktiven Ventilationsstörung waren keine relevanten Vorerkrankungen zu erheben.

Im Aufnahme-EKG fanden sich ST-Strecken-Hebungen über der gesamten Vorderwand (V2–V6) und in den Ableitungen I und aVL sowie in II und aVF (Abb. 1). Echokardiographisch zeigten sich eine Akinesie des Apex, der Vorderwand und der Lateralwand sowie eine Hypokinesie der Diaphragmalwand des linken Ventrikels bei höhergradig reduzierter linksventrikulärer Globalfunktion. Unmittelbar nach Aufnahme kam es zu Kammerflimmern (Abb. 2), das erfolgreich defibrilliert werden konnte. Es erfolgte eine medika-

mentöse Therapie mit Katecholaminen (Dopamin und Dobutamin über den Perfusor), intravenös verabreichter Acetylsalicylsäure (500 mg), unfractioniertem Heparin intravenös in körpertgewichtsadaptierter Dosierung sowie intravenös verabreichtem Morphinhydrochlorid.

In der Akutangiographie fand sich als „culprit-lesion“ eine rupturierte Plaque mit flusslimitierender Stenosierung im Hauptstamm der linken Herzkranzarterie (Abb. 3). Die folgende Intervention wurde unter Gabe eines GPIIb/IIIa-Rezeptorblockers (Abciximab, Reopro®) durchgeführt. Nach erfolgtem „direct-stenting“ des Hauptstammes der linken Koronararterie persistierte zunächst ein verzögerter Koronarfluß (TIMI-2-Fluß) in der LAD und in der A. circumflexa. In der rechten Kranzarterie fand sich eine 50%-Kaliberreduktion im proximalen Gefäßsegment (Abb. 4). Im weiteren Verlauf kam es zu einer hämodynamischen Stabilisierung, die Katecholamintherapie konnte beendet werden (Abb. 5). Es wurde eine CK-Auslenkung von 1209 U/L mit einem CK-MB-Anteil von 194 U/L registriert. Die linksventrikuläre Pumpfunktion zum Entlassungszeitpunkt war gering reduziert.

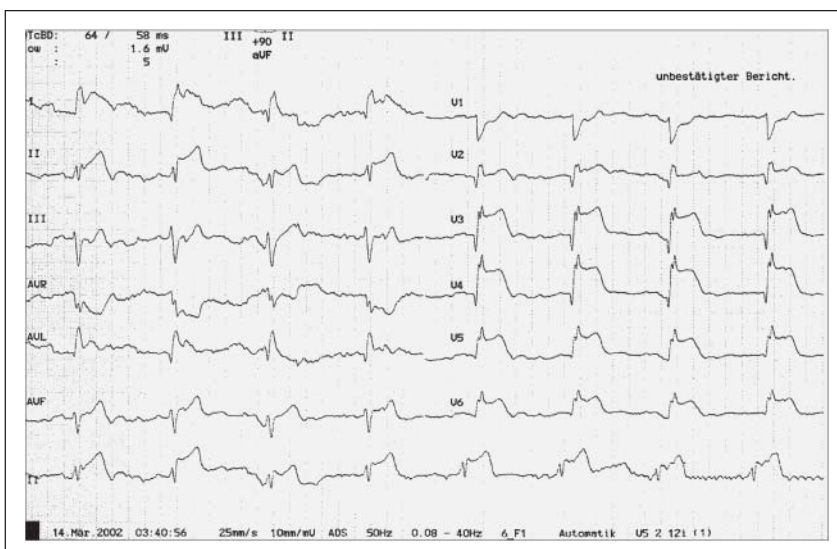


Abbildung 1: Aufnahme-EKG

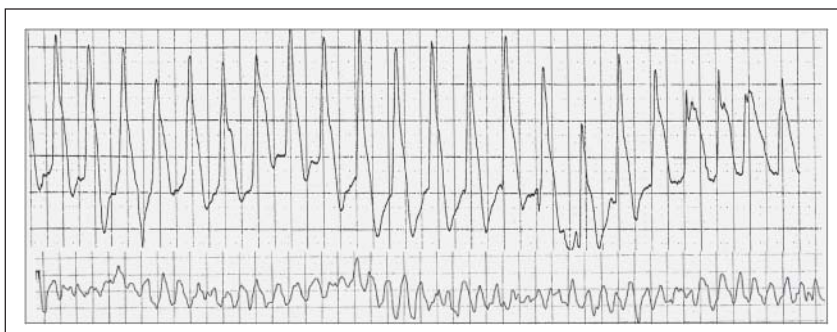


Abbildung 2: Kammerflimmern

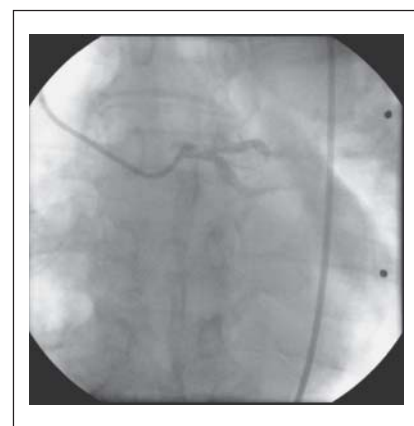


Abbildung 3: Stenosierung im Hauptstamm der linken Herzkranzarterie

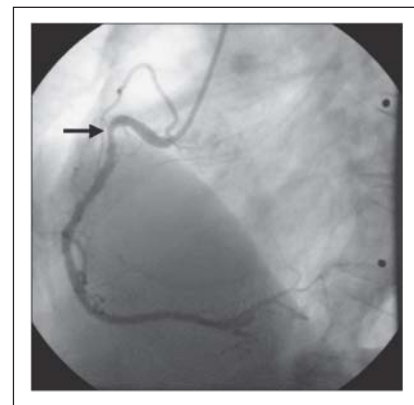


Abbildung 4: 50%ige Stenosierung in der RCA proximal

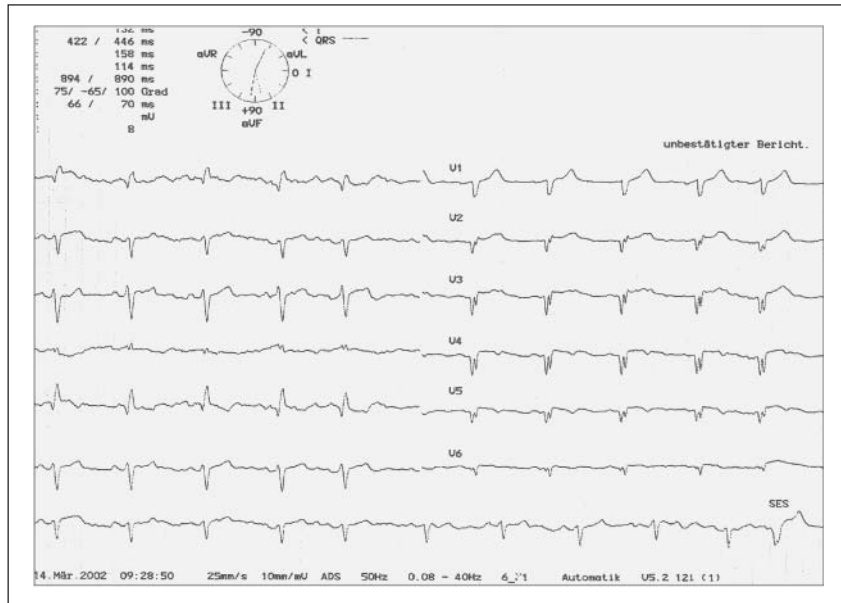


Abbildung 5: EKG 4 Stunden nach Stent

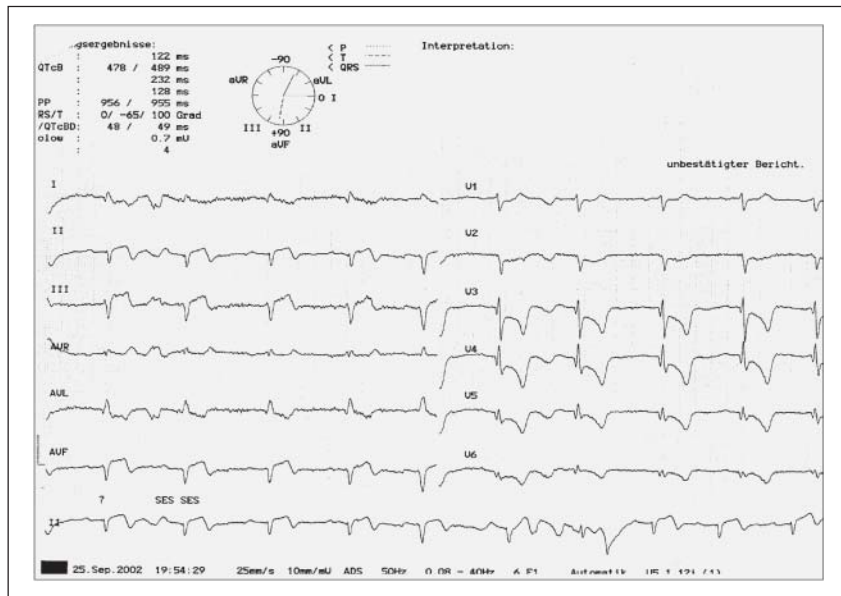


Abbildung 6: EKG bei Rehospitalisierung nach 5 Monaten

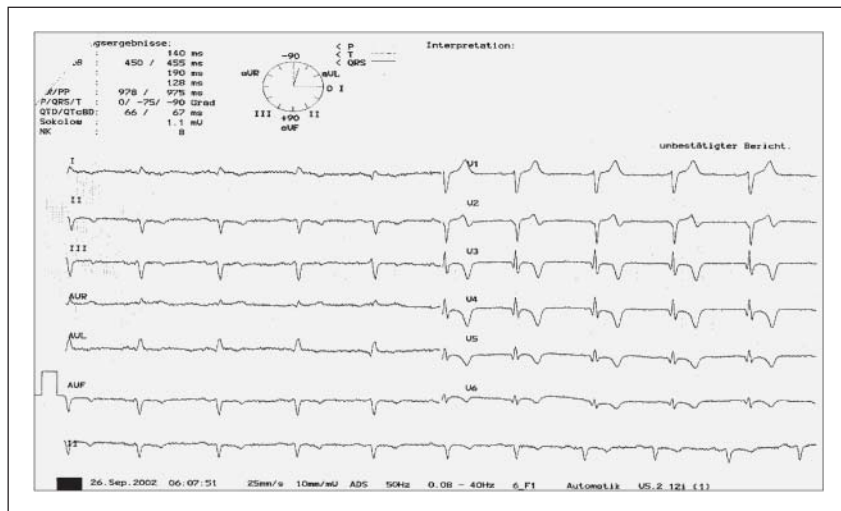


Abbildung 7: EKG 30 Minuten nach pharmakologischer Stabilisierung des klinischen Zustandes und Abklingen der Thoraxschmerzen

Die zerebrale Computertomographie zeigte das Bild eines linkshirnigen Mediainsultes. Die weitere Mobilisierungsphase und die neurologische Rehabilitation verliefen ohne Komplikationen und insgesamt zufriedenstellend. Selbständiges Gehen mit Gehhilfe war binnen weniger Wochen möglich.

Der Patient wurde im September 2002 (5 Monate nach dem Erstereignis) neuerlich wegen heftiger, aus Ruhe heraus aufgetretener Thoraxschmerzen hospitalisiert. Im EKG zeigten sich ausgehende ST-Senkungen V2–V6 und diskrete ST-Hebungen in II, III und aVF (Abb. 6). Die CPK lag mit 50 U/L im Normbereich, Troponin war ebenfalls im Normbereich gelegen. Unter pharmakologischer Therapie (Betablocker, i.v. Nitrat, Morphin, Aspirin, Clopidogrel, Heparin) erfolgte eine rasche Stabilisierung (Abb. 7). In der in weiterer Folge durchgeführten angiographischen Diagnostik zeigte sich eine Progression in der proximalen rechten Herzkranzarterie mit einer nunmehr höchstgradigen Stenosierung (Abb. 8). Im Hauptstamm der linken Kranzarterie konnte ein gutes Angioplastieresultat dokumentiert werden (Abb. 9). Es wurde in die proximale

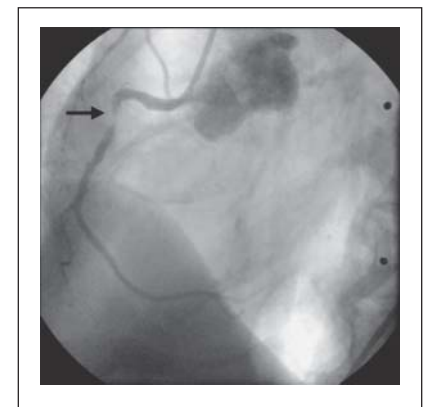


Abbildung 8: Progression in der proximalen rechten Herzkranzarterie mit einer nunmehr höchstgradigen Stenosierung

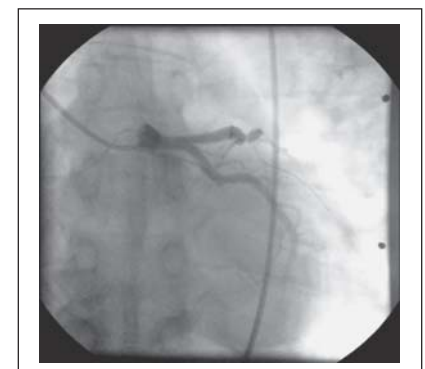


Abbildung 9: Hauptstamm der linken Kranzarterie mit gutem Angioplastieresultat

rechte Herzkranzarterie ein 3,5 mm × 16 mm-Koronarstent implantiert. Der postinterventionelle Verlauf war klinisch komplikationslos, es konnte eine geringe Auslenkung der Kreatinphosphokinase (CK max. 189 U/L, CK MB 14 U/L) nachgewiesen werden. Die Mobilisierung gestaltete sich komplikationslos. Von seiten des zerebralen Insults bestand eine nur noch sehr diskrete Restparese.

Korrespondenzadresse:

Univ.-Doz. Dr. med. J. Auer

II. Interne Abteilung mit Kardiologie und
Internistische Intensivmedizin

Klinikum Kreuzschwern Wels GmbH
A-4600 Wels, Grieskirchnerstraße 42

Es ergeben sich folgende Fragen:

Frage 1: Akut-PTCA vs. Fibrinolyse bei kardiogenem Schock?

Frage 2: Indikation zum Hauptstamm-Stent, Kontrolle von Patienten mit Hauptstamm-Stent?

Frage 3: „Prophylaktische“ Intervention der 50% RCA-Stenose? Progression vorhersehbar?

■ **Kommentar 1**

Univ.-Prof. Dr. Kurt Huber, Wien

Zu Frage 1:

Patienten im kardiogenen Schock bei akutem STEMI sollten unbedingt einer Akut-PCI zugeführt werden. Ist das HK-Labor nicht unmittelbar verfügbar, sollte prinzipiell sofort eine Lysetherapie initiiert und der Patient in das HK-Labor gebracht werden. In Anbetracht der hohen Mortalität ohne revascularisierende Maßnahmen ist die höhere Blutungskomplikationsrate unter Lyse-Vorbehandlung zu vernachlässigen. Im vorliegenden Fall (möglicherweise frische Halbseitensymptomatik) liegt eine Kontraindikation gegenüber Lyse vor. Auch ein GPIIb/IIIa-Blocker ist kontraindiziert.

Zu Frage 2:

Bei Patienten mit Hauptstamm-Stent, vor allem wenn unter Akutbedingungen implantiert, sollte vor der Entlassung an

eine Kontrollangiographie gedacht werden. Bei nicht optimalem Erguß (Stentlage, verzögerter Fluß) sollte eine Bypassoperation zur besseren Sanierung der Gesamtsituation erwogen werden. Zeitpunkt: 6–8 Wochen nach der Akutintervention (Ausnahme: früher bei Beschwerden). Die Entscheidung ist in jedem Fall streng individuell zu treffen.

Zu Frage 3:

Zum Zeitpunkt der Behebung des Problems im linken Hauptstamm sollte die Verbesserung der Situation im „NICHT-culprit“-Gefäß (RCA, 50 %) unterlassen werden. Bestenfalls kann zu einem späteren Zeitpunkt (Kontroll-HK vor Entlassung) ein Zweiteingriff gewagt werden, aber nicht im vorliegenden Fall, da 1. ein Mediainfarkt vorlag und 2. die RCA-Stenose in 50 % NICHT hämodynamisch wirksam war. Eine Progression dieser Stenosen ist nicht sicher abzusehen und die Durchführung eines „Plaque-Sealings“ bei nicht wirksamen Stenosen wissenschaftlich (noch) nicht anerkannt.

■ **Kommentar 2**

Univ.-Prof. Dr. Otmar Pachinger, Innsbruck

Bei einem 82jährigen Patienten mit rechtsseitiger Hemiparese und gleichzeitigem kardiogenem Schock ist eine Fibrinolysetherapie nicht nur kontraindiziert, sondern auch sehr wenig effektiv. Die Akut-PTCA bei Hauptstamm-Morphologie mit IAPP ist heute die effektivste Reperusionsstrategie.

Die während der Intervention erfolgte GPIIb/IIIa-Gabe bei bestehender Halbseitensymptomatik hätte mich zur Zurückhaltung veranlaßt, und ich hätte mich auf die begleitende Pharmakotherapie mit Aspirin und Clopidogrel beschränkt.

Für die gleichzeitig dokumentierte 50%ige RCA-Stenose gibt es keine Indikation für eine Intervention in der Akutphase. Es gibt auch keine Evidenz für eine „prophylaktische Intervention“ der 50%igen Stenose vor der Spitalsentlassung. Die Progression einer solchen Läsion außerhalb der „culprit lesion“ ist individuell nicht vorhersehbar, kann jedoch heute unter einer aggressiven medikamentösen Sekundärprophylaxe günstig beeinflußt werden. Das angiographische Bild dieser hämodynamisch nicht wirksamen Stenose im Bereich der proximalen RCA (Abb. 4) läßt keine Rückschlüsse auf die Progressionstendenz zu.

Die Kombination von Stent im Hauptstamm bei gleichzeitiger zusätzlicher 50%iger RCA-Stenose würde bei einem jüngeren Patienten für eine angiographische Kontrolluntersuchung 4–6 Monate nach der Akutintervention sprechen. Bei einem 82jährigen Patienten würde ich persönlich den klinischen Verlauf als Hauptkriterium heranziehen.

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