

Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislauserkrankungen

Echokardiographie aktuell:

**Differentialdiagnose: der akute
Thoraxschmerz**

Neuhold U

Journal für Kardiologie - Austrian

Journal of Cardiology 2014; 21

(Supplementum A), 24-26

Journal für Kardiologie - Austrian

Journal of Cardiology 2007; 14

(7-8), 224-226

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

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

P.b.b. 02Z031105M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-

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

Echokardiographie aktuell: Differentialdiagnose: Der akute Thoraxschmerz

U. Neuhold



Aus dem Echokardiographielabor der Internen Abteilung des Landeskliniks Krems an der Donau

■ Vorgeschichte

Eine 72jährige Frau wird wegen Übelkeit und Nachtschweißigkeit stationär aufgenommen. Ambulant wurde bereits vor 4 Wochen eine Gastroskopie mit dem Befund eines Ulcus ventriculi durchgeführt, eine Protonenpumpenhemmertherapie wurde eingeleitet. Laborchemisch fällt eine normochrome, normozytäre Anämie mit einem Hb von 8,7 auf, die Leukozyten sind mit 27.000 erhöht, ebenfalls das CRP mit 17,3. Im Aufnahme-EKG (Abb.1) zeigt sich im wesentlichen ein Normalbefund. Auch die Echokardiographie am Aufnahmetag (Abb. 2) zeigt eine global gute Linksventrikelfunktion ohne Hinweis auf regionale Wandbewegungsstörungen. Die Klappen sind intakt.

Da auch die Okkulte positiv waren, wird ergänzend zur bereits durchgeführten Gastroskopie noch eine Koloskopie unter Sedoanalgesie angeschlossen, die den Befund einer ischämi-

schen versus infektiösen Colitis mit verschiedenen großen oberflächlichen Ulzerationen im gesamten Kolon bringt. Zahlreiche Biopsien werden entnommen. Wenige Stunden später klagt die Patientin über heftige präkardiale Schmerzen, die von epigastrisch nach präkardial sowie in die linke Schulter und den Kieferwinkel ausstrahlen. Das EKG (Abb. 3) zeigt jetzt einen R-Verlust über der Vorderwand sowie einen Wechsel zwischen SR und atrialem Rhythmus.

■ Echokardiographie

Es zeigt sich eine ausgedehnte Wandbewegungsstörung septal, apikal, lateral, weit auf inferior und posterolateral übergreifend, lediglich die basalen Anteile kontrahieren gut (Abb. 4–6). Global wirkt die Linksventrikelfunktion mittelgradig reduziert. Weiters leichte Mitralinsuffizienz mit zentralem Jet, kein Hinweis auf Rechtsbelastungszeichen.

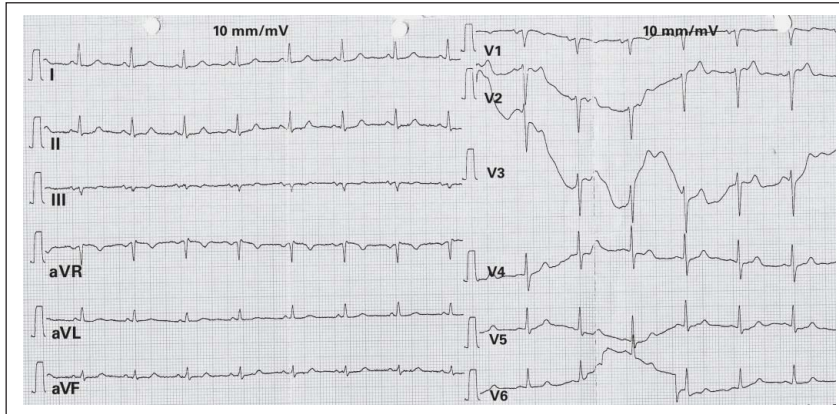


Abbildung 1: Aufnahme-EKG (Normalbefund).

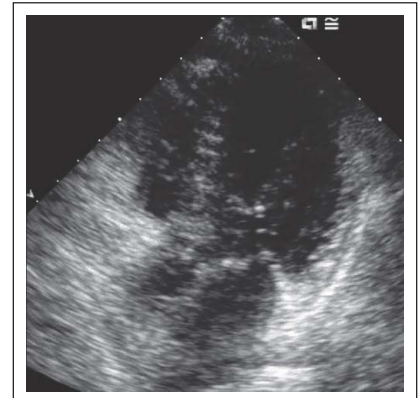


Abbildung 2: Vierkammerblick – gute Linksventrikelfunktion, keine regionale Wandbewegungsstörung.

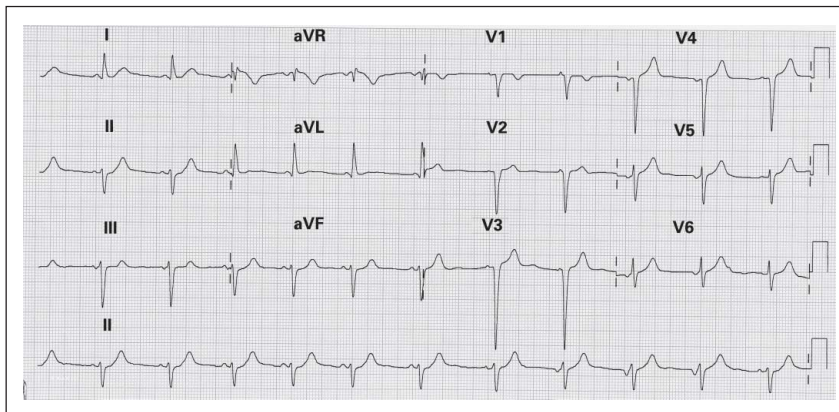


Abbildung 3: EKG bei Schmerz: R-Verlust über der Vorderwand. Wechsel zwischen Sinusrhythmus und atrialem Rhythmus.



Abbildung 4: Vierkammerblick mit Akinesie septal, apikal, lateral.

■ Angiographie

Die im Anschluß durchgeführte Koronarangiographie zeigt den erwarteten Ausschluß einer stenosierenden KHK, lediglich leichte Sklerosezeichen im LAD sind zu erkennen (Abb. 7, 8). Die Ventrikulographie (Abb. 9) zeigt eindrucksvoll das Bild eines Tako-Tsubo-Syndroms.

■ Verlauf

In der Telemetrie fallen nicht anhaltende VTs auf. Troponin T steigt auf 0,35 an ohne Entwicklung von CK-MB. Das EKG

am Folgetag (Abb. 10) zeigt tiefe negative T in I, II, AVL, AVF, sowie V_2-V_6 . Vier Tage später kommt es bereits zu einer leichten Rückbildung der Wandbewegungsstörung. Die Echokardiographie bei Entlassung eine Woche später (Abb. 11) zeigt bereits eine völlige Normalisierung des linken Ventrikels, allenfalls eine winzige, streng apikale Hypokinesie ist noch zu erkennen.

■ Kommentar

Das Tako-Tsubo-Syndrom wurde erstmals in Japan beschrieben und heißt übersetzt „Tintenfischfalle“ – der Begriff bezieht sich auf ein bauchiges Gefäß mit schmalem Hals. Diese Bezeichnung spiegelt sehr gut das sowohl echokardiographische als auch ventrikulographische Erscheinungsbild der sehr guten basalen Kontraktion, jedoch ballonartig aufgetriebenen Akinesie der Herzspitze, wider.

Es tritt überwiegend bei menopausalen Frauen infolge eines emotionalen oder physischen Streßzustandes auf, ähnelt in Klinik und EKG sehr einem akuten Myokardinfarkt und ist daher sehr schwer davon zu unterscheiden.



Abbildung 5: Zweikammerblick nur basal inferior kontrahiert.



Abbildung 6: Dreikammerblick; Akinesie erfaßt auch posterolateral (lediglich Basis ist gut kontrahierend).

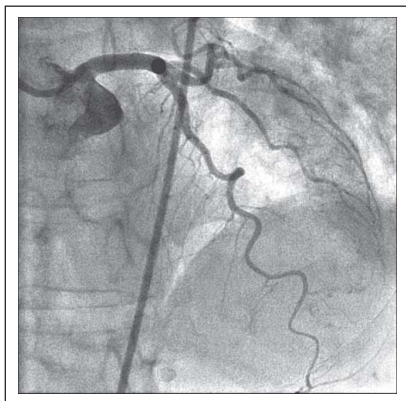


Abbildung 7: Linke Kranzarterie – Plaque nicht signifikant, LAD, Ausschluß signifikanter Stenose.

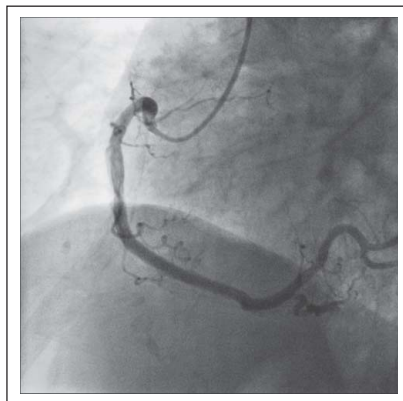


Abbildung 8: Rechte Kranzarterie – unauffällig.



Abbildung 9: Ventrikulographie: Basis kontrahiert sehr gut; ballonartige Auftreibung des Apex.

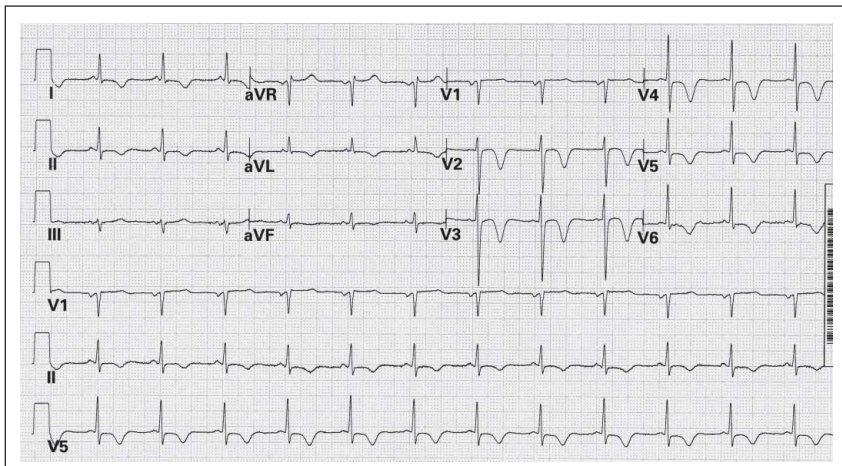


Abbildung 10: EKG am Folgetag: tief negative T.

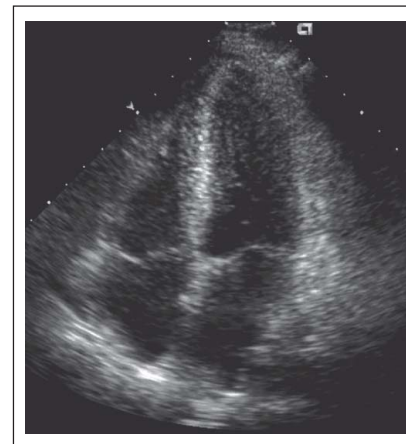


Abbildung 11: Vierkammerblick – nahezu völlige Normalisierung der Linksventrikelfunktion.

Im Akut-EKG finden sich in der Regel ST-Hebungen wie bei Anteroseptalinfarkt, an Rhythmusstörungen können VTs vorkommen. In unserem Fall zeigte das Akut-EKG nicht diese Hebungen, lediglich ein R-Verlust war im Vergleich zum Aufnahme-EKG auffällig. Allerdings zeigte sich ein Wechsel zwischen SR und atrialem Rhythmus – ein Phänomen, welches bisher in der Literatur noch nicht beschrieben war.

Im subakuten Zustand sind tiefe negative T mit bizarrem QT typisch, die Enzymauslenkung ist in der Regel moderat, bei uns fand sich lediglich ein Troponin T-Anstieg. Die Kolonoskopie, obwohl in Sedoanalgesie durchgeführt, fungierte offenbar als emotionaler Streßtrigger. Diagnostisch hinweisend war das Ausmaß der regionalen Wandbewegungsstörung im Echo, welches das zu erwartende Versorgungsgebiet des LAD

deutlich überschritt. Zur Diagnosesicherung kann auf eine Koronarangiographie in der Regel aber nicht verzichtet werden.

Die Langzeitprognose ist erfreulicherweise gut, die anfangs ausgedehnte Wandbewegungsstörung bildet sich in der Regel im Verlauf von Wochen vollständig zurück.

Korrespondenzadresse:

OA Dr. med. Ulli Neuhold
Abteilung für Innere Medizin mit Kardiologie
Landeskrankenhaus Krems an der Donau
A-3500 Krems, Mitterweg 10
E-mail: ulli.neuhold@utanet.at

Die entsprechenden Filme der Abbildungen 2, 4–9 und 11 finden Sie unter www.kup.at/A6544 oder mittels Eingabe von A6544 in ein Suchfeld auf www.kup.at.

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