

DAS INTERESSANTE EKG

Ein seltsamer Linksschenkelblock?

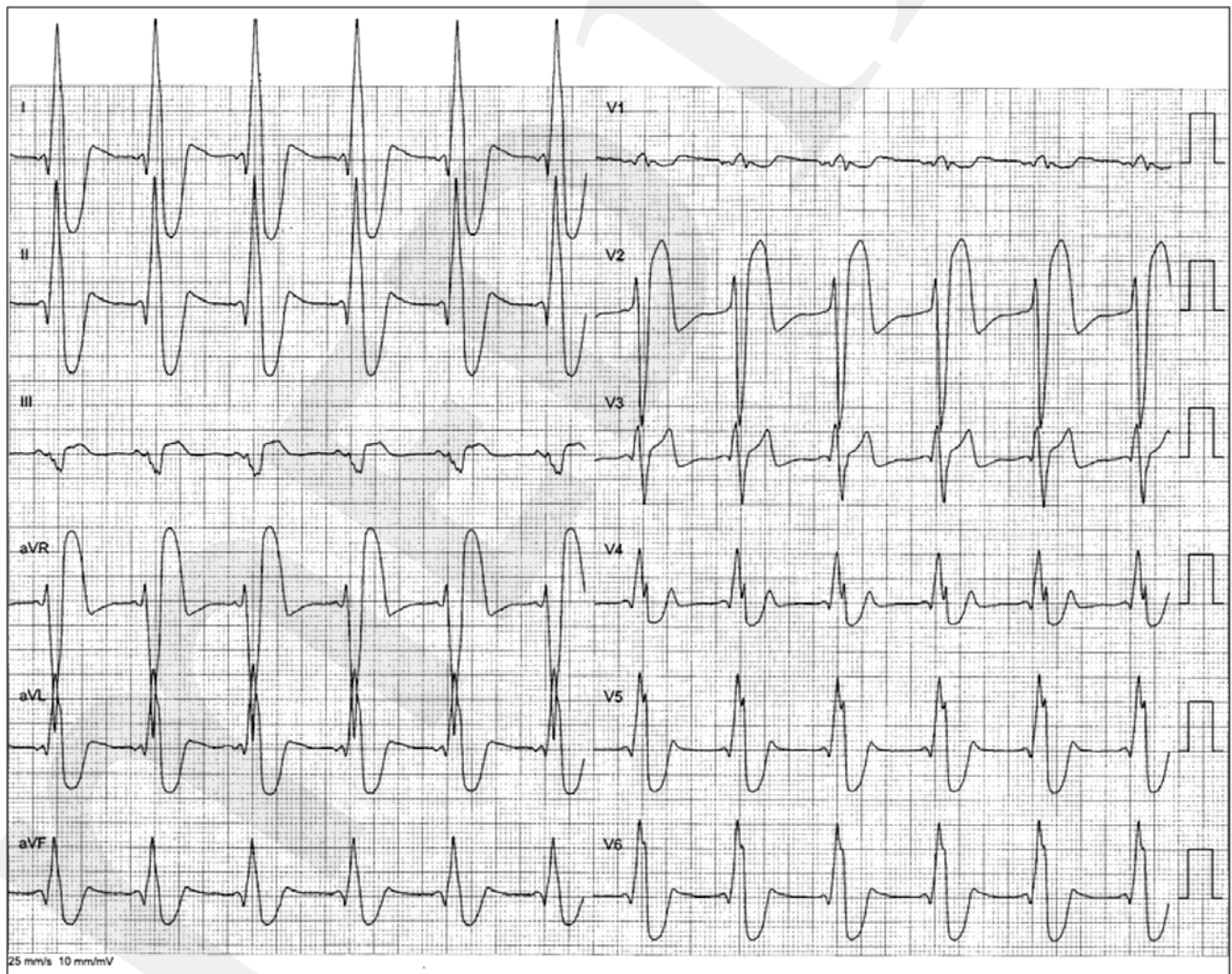


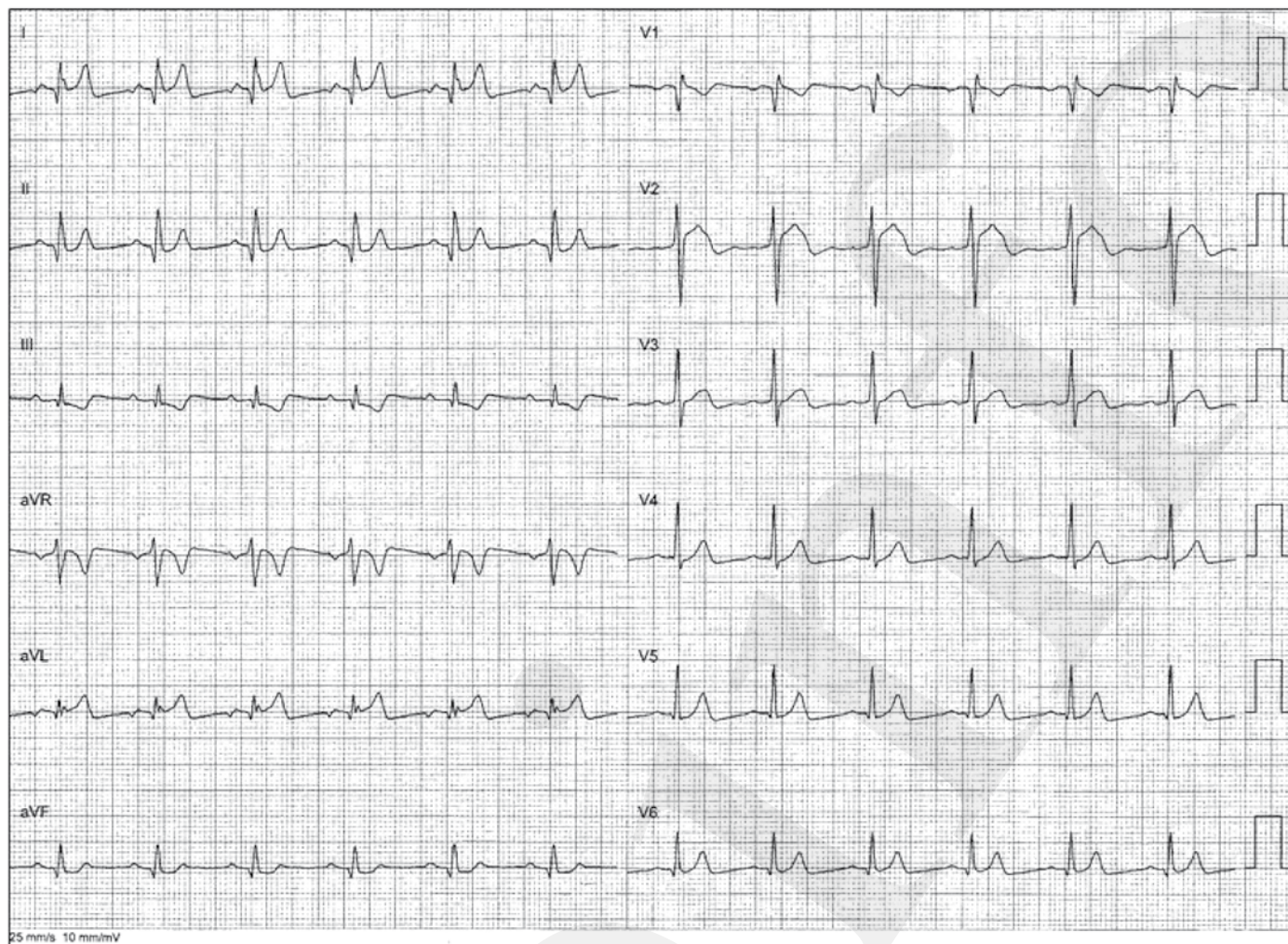
Prof. Dr. med. Hildegard
Tanner
Bern

Fallbeschreibung:

Ein 29-jähriger Mann aus Südostasien meldet sich wegen wiederholt auftretenden brennenden Thoraxschmerzen ohne Ausstrahlung und unabhängig von Belastung bei der Sanitätspolizei. Diese verabreicht Morphin, Aspirin, Plavix und Heparin und bringt den Patienten auf die Notfallstation. Dort ist er bereits wieder beschwerdefrei mit aber stark hypertonen Blutdruckwerten. Die Troponin-Messungen sind wiederholt negativ. Das EKG ist auffällig. Es wird mit der Bemerkung, dass dies doch ein seltsamer Linksschenkelblock sei, dem Rhythmologen gezeigt.

Wie interpretieren Sie das EKG?





Kommentar:

Es besteht ein normokarder AV-sequentieller Rhythmus, wahrscheinlich ein Sinusrhythmus, da die P-Wellen positiv in Ableitung II und angedeutet biphasisch in Ableitung V1 sind. Die P-Wellen-Beurteilung ist erschwert, da sie nicht klar vom QRS-Komplex getrennt sind. Es besteht eine pathologisch kurze PQ-Zeit, entsprechend einer ventrikulären Präexzitation bei akzessorischer Bahn. Die QRS-Komplexe sind breit und beginnen etwas träge, was ein Hinweis darauf ist, dass die Kammererregung nicht über das spezifische schnelle His-Purkinje-System verläuft, sondern dass die Kammererregung direkt im etwas langsam leitenden Arbeitsmyokard beginnt. Die QRS-Morphologie passt nicht zu einem typischen Linksschenkelblock, wo in V1 eine kleine r-Zacke und eine tiefe S-Zacke zu erwarten wäre. Dennoch weisen die von rechts nach links weisenden Ableitungen, z.B. I und II, eine so starke Positivität auf, dass die Kammererregung fast ausschliesslich von rechts nach links verläuft. Die akzessorische Bahn wird deshalb rechts am Trikuspidalannulus vermutet. Dem Patienten wird bei asymptomatischer

akzessorischer Bahn eine elektrophysiologische Untersuchung empfohlen. Die Bahn wird bei 10 Uhr (in LAO-Projektion) am Trikuspidalannulus gefunden. Aufgrund der schnellen Leitungseigenschaften der Bahn und des sehr geringen Risikos eines AV-Blockes wird die Bahn in der gleichen Untersuchung erfolgreich primärprophylaktisch ablatiert. Das folgende 12-Ableitungs-EKG nach Ablation zeigt eine normalisierte PQ-Zeit und ein schmales QRS. Weiterhin auffällig verbleiben Q-Zacken in I, II, III, aVF und V1, ein inkompletter Rechtsschenkelblock, eine QRS-Knotung, v.a. in aVL, sowie Repolarisationsstörungen.

Prof. Dr. med. Hildegard Tanner

Oberärztin Rhythmologie und Elektrophysiologie
Universitätsklinik für Kardiologie
Inselspital, 3010 Bern
hildegard.tanner@insel.ch

Zweitabdruck aus info@herz+gefäss 2/2014