

Links-posteriorer Faszikelblock bei inferiorem Myokardinfarkt

D. Tüller, M. Gertsch

Eine siebzig Jahre alte Patientin musste sich wegen einer schweren koronaren Dreifässerkrankung einer aortokoronaren Bypass-Operation unterziehen. Als kardiovaskuläre Risikofaktoren bestanden ein langjähriger Diabetes mellitus Typ 2, eine Hypercholesterinämie und eine arterielle Hypertonie. Drei Jahre später wurde sie uns zur Rekoronarographie zugewiesen, nachdem sie in einem auswärtigen Spital einen «nicht-lokalisierbaren» Myokardinfarkt erlitten hatte. Das EKG bei Eintritt (Abb. 1a) zeigte typische Merkmale eines links-posterioren Faszikelblocks (LPFB), dessen Charakteristika sind: (1) eine QRS-Dauer um 110 msec; (2) eine frontale QRS-Achse von +50 bis +75 Grad; (3) qR in II, III und aVF; (4) präterminales «slurring» der R-Welle als Ausdruck der verspäteten «intrinsicoid deflection» inferolateral in den Ableitungen aVF, III, V6 (hier V5); (5) fehlende S-Zacke in V6; (6) asymmetrisch negative T-Wellen in Abteilung III und aVF. Der extrem seltene LPFB ohne inferioren Infarkt hat eine steilere QRS-Achse von +80 bis +110 Grad.

In der durchgeführten Ventrikulographie (Abb. 2) fand sich eine ausgeprägte inferiore Akinesie, entsprechend einem abgelaufenen inferioren Myokardinfarkt. Auswurffraktion: 35%.

Koronarangiographisch zeigte sich eine Stenose des Venenbypass auf die rechte Koronararterie als mögliches Korrelat. Diese Stenose wurde dilatiert und mit einem Stent versorgt. Die Patientin war daraufhin beschwerdefrei. Der isolierte LPFB ist eine seltene intraventrikuläre Reizleitungsstörung und wird von Internisten und auch Kardiologen oft verpasst. Er tritt fast immer in Assoziation mit einem inferioren Myokardinfarkt auf und maskiert dessen klassisches EKG-Bild (Abb. 1b). In einer retrospektiven und prospektiven Untersuchung von 2502 EKGs wurden 15 LPFB gefunden, alle waren mit einem inferioren Myokardinfarkt assoziiert [1]. Beim Vorliegen einer QRS-Steillage mit Kerbung/Knotung («slurring») der R-Zacke inferior (und V6) sollte beim über 40jährigen an einen LPFB gedacht werden. Die Erkennung der LPFB ist überdies wichtig, da er meist, wie auch in unserem Beispiel, mit einer schweren koronaren Dreifässerkrankung vergesellschaftet ist.

Literatur

- 1 Godat FJ, Gertsch M. Isolated left posterior fascicular block: A reliable marker for inferior myocardial infarction and associated severe coronary artery disease. Clin Cardiol 1993;16:220-6.

Kardiologie, Schweizer
Herz- und Gefässzentrum Bern,
Universitätsklinik (Inselspital),
Bern

Korrespondenz:
Dr. med. D. Tüller
Kardiologie
Schweizerisches
Herz- und Gefässzentrum Bern
Universitätsklinik (Inselspital)
CH-3010 Bern

Unter der Rubrik «Coup d'œil» publiziert das Schweiz Med Forum Augenfalliges aus dem gesamten Bereich der Medizin. Bilder, Graphiken und Darstellungen von allgemeinem Interesse können unter Angabe von Titel, Autor und kurzem Begleittext beim Verlag eingereicht werden.

Abbildungen 1a.

EKG der 70jährigen Patientin mit LPFB. Die QRS-Achse beträgt etwa 60 Grad, die QRS-Dauer 110 msec. Es bestehen grosse R-Wellen in den inferioren Ableitungen. RS in Ableitung aVL, negative T in III und aVF sowie eine fehlende S-Zacke in V6. Ein inferiorer Infarkt lässt sich nach den klassischen Kriterien aus diesem EKG nicht diagnostizieren.

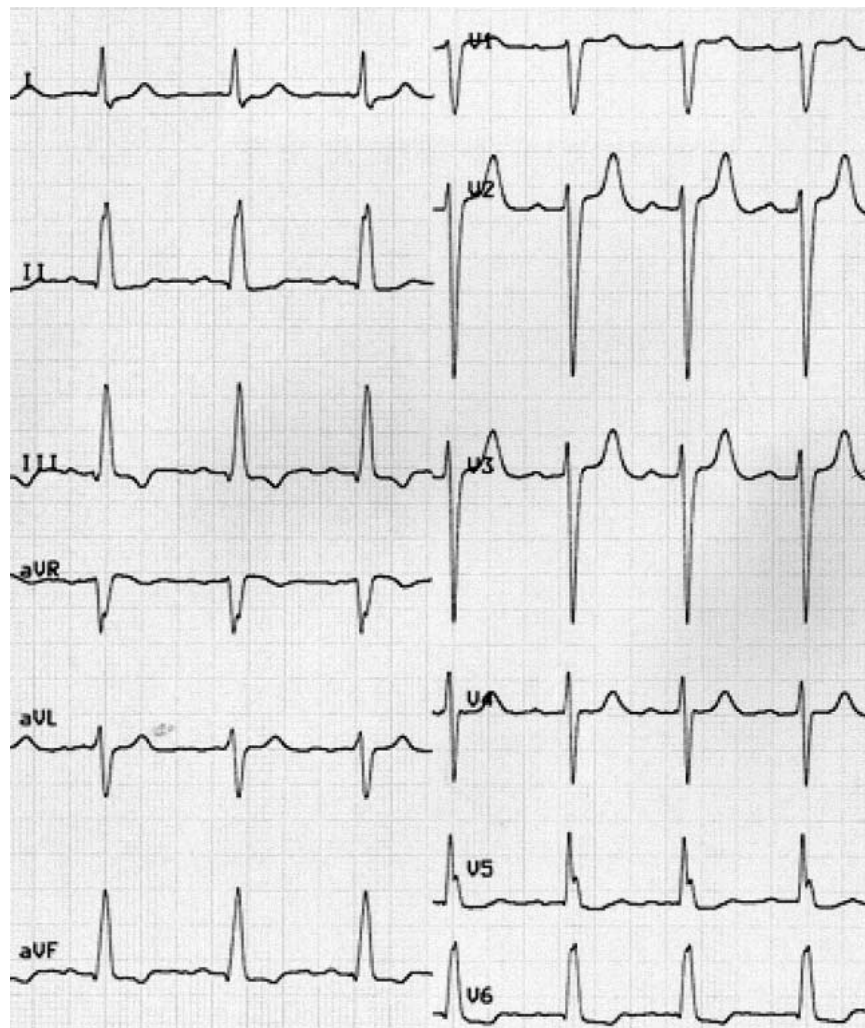
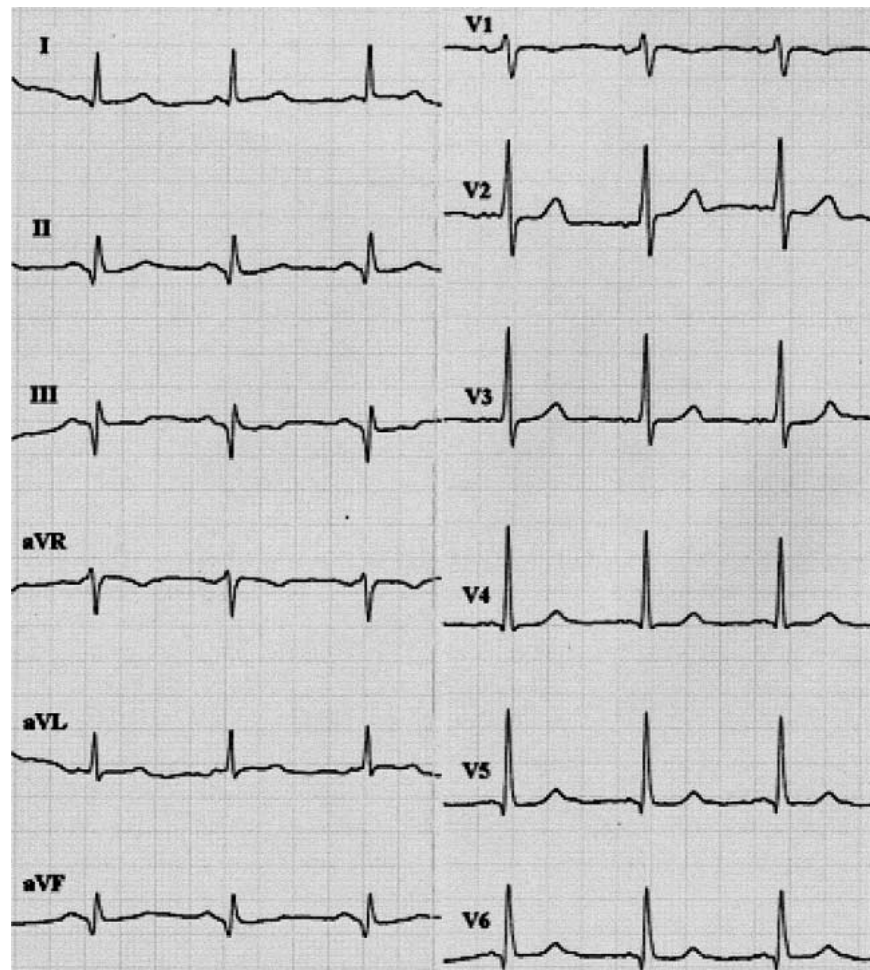


Abbildung 1b.

Dieses EKG eines anderen Patienten zeigt das typische Bild eines chronischen inferioren Infarkts mit signifikanten (>40 msec) Q-Zacken in den Ableitungen II, III und aVF.

**Abbildung 2.**

Ventrikulographie in LAO-Projektion in der Diastole (A) und in der Systole (B) bei der Patientin. Auffällig ist eine grosse inferiore Akinesie, vereinbar in einem abgelaufenen inferioren Myokardinfarkt.

