

«Tombstone»-EKG

Benedikt Dettling^a, Rudolf Benz^a, Ernst Schuiki^b, Markus Vogt^a

^a Medizinische Klinik,
Kantonsspital, Zug
^b Kardiologische Klinik,
Stadthospital Triemli, Zürich

Korrespondenz:
Prof. Dr. med. Markus Vogt
Chefarzt Medizinische Klinik,
Kantonsspital
Artherstrasse 27, CH-6300 Zug

[markus.vogt@zugerkantons-
spital.ch](mailto:markus.vogt@zugerkantons-
spital.ch)

Ein 62jähriger Mann ohne kardiale Risikofaktoren wurde wegen diffusen Schwindels nach kurzer, schwerer körperlicher Anstrengung zum Ausschluss einer Vestibulopathie auf unsere Notfallstation zugewiesen. Bei Ankunft war der Patient bis auf Schwindel beschwerdefrei. Der Status war unauffällig, insbesondere kein Nystagmus. Das EKG war bis auf nicht signifikant erhöhte ST-Abgänge inferior normal (Abb. 1) wie auch die Kreatininkinase (CK). 45 Minuten nach Eintreffen klagte der Patient plötzlich über einen noch nie da gewesenen, linksseitigen Thoraxschmerz. Das EKG zeigte

nun über der Vorderwand und inferior massive monophasische ST-Hebungen («tombstone»-EKG) im Sinne eines akuten Myokardinfarkts (Abb. 2). Nach Gabe von 500 mg Azetylsalizylsäure i.v. und 5000 IE Heparin i.v. führte die unverzüglich durchgeführte systemische Fibrinolyse mit *Retepase* zu einem Verschwinden des Schmerzes nach Minuten. Das EKG eine Stunde nach der Lyse zeigte über der Vorderwand eine klare Regredienz der ST-Hebungen bei weitgehend unverändertem akutem Infarktbild inferior (Abb. 3). Die CK stieg 20 Stunden nach dem Ereignis auf einen Höchstwert

Abbildung 1.
EKG bei Eintreffen des Patienten.

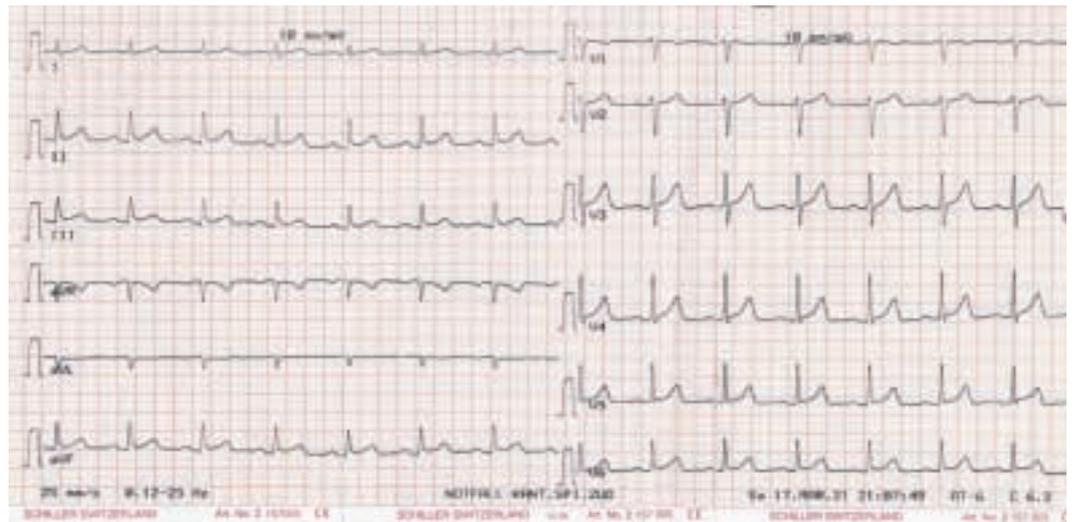
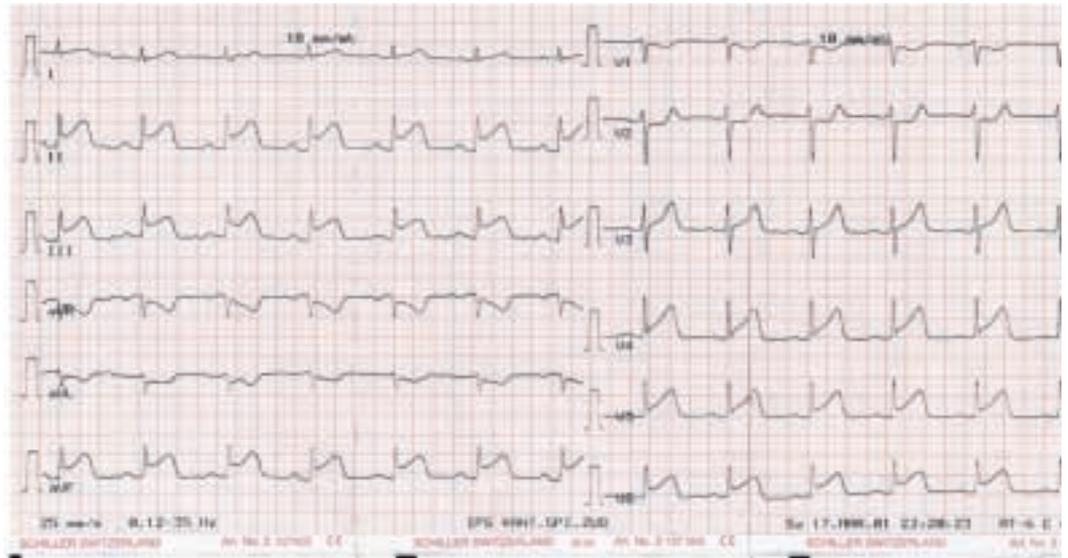


Abbildung 2.
Akuter Myokardinfarkt über der ganzen Vorderwand und inferior, der sich mit einem «tombstone»-EKG präsentiert. «Tombstone»-EKG daher, weil die massiven ST-Hebungen ein grabsteinförmiges Bild ergeben.

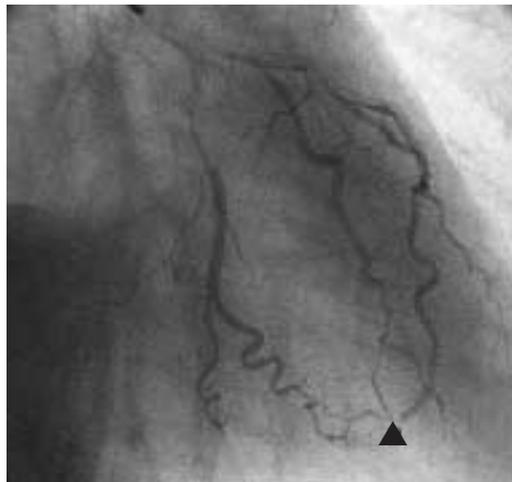


Abbildung 3.

Regredienz der ST-Hebungen über der Vorderwand bei nach wie vor persistentem Infarktbild in den inferioren Ableitungen.

**Abbildung 4.**

Weit über den Apex reichender RIVA mit partiell rekanalisiertem Thrombus (▲), der zum inferioren Infarkt geführt hatte.



von 1770 U/l an und war vor Austritt wieder normal. Wegen intermittierenden retrosternalen Drucks wurde frühzeitig eine Koronar-

angiographie durchgeführt, die eine diffuse Koronaratheromatose mit einem weit um die Herzspitze reichenden Ramus interventricularis anterior (RIVA) zeigte, sowie einen partiell rekanalisierten thrombotischen RIVA-Verschluss jenseits des Apex (Abb. 4). In Anbetracht des sehr distal gelegenen RIVA-Verschlusses wurde nicht interveniert. Die EKG-Veränderungen in Abbildung 2 sind durch einen ganz proximalen Thrombus im dominanten RIVA erklärbar. Die rasch eingeleitete Fibrinolyse hatte zur Auflösung des Thrombus geführt. Ein Thrombusfragment embolisierte dadurch und führte zum inferoapikalen Infarkt. Dies erklärt die persistierenden, residuellen Beschwerden und inferoapikalen EKG-Veränderungen trotz der ansonsten erfolgreichen Fibrinolyse, die einen ausgedehnten anterioren Myokardinfarkt verhinderte.