

Ein atypisches Infarkt-EKG

Schlomo V. Aschkenasy^{a,b}, Matthias Pfisterer^b

^a Abteilung Intensivmedizin, ^b Abt. Kardiologie, Kantonsspital Basel

Ein 60jähriger Patient meldete sich morgens um 07.55 Uhr wegen seit einer Stunde persistierender, retrosternaler Schmerzen auf der Notfallstation und zeigt folgendes EKG (Abb. 1 )

Es zeigt einen normokarden Sinusrhythmus (75/min) mit normaler De- und Repolarisation in den Extremitätenableitungen. Die Vorderwandableitungen zeigen durchwegs tiefe, deszendierende ST-Streckensenkungen. Die Form der Senkung (vor allem in V2/V3) lässt vermuten, dass hier Spiegelbilder einer posterioren, transmuralen Ischämie vorliegen. Der Patient wurde einer

Akut-PTCA zugeführt; ein relativ proximaler RCX-Verschluss wurde mittels zweier Stents wiedereröffnet (Abb. 2 )

6 Stunden postinterventionell erreichte das bei Eintritt noch negative Troponin I mit 360,9 µg/l (<2,0 µg/l sein Maximum (CK 1454 U/l [50–200 U/l])).

Bei einem distalen RCX-Verschluss erwartet man eine inferiore ST-Hebung (II, III, aVF), beim proximalen Verschluss auch eine laterale ST-Hebung (I, aVL, V5, V6). Hier fällt auf, dass die Extremitätenableitungen keine pathologische Repolarisation zeigen. Es finden sich lediglich die «Spiegelbilder» einer streng posterioren ST-Hebung.

Der Fall bestätigt erneut, dass sich ein Infarkt im Bereich der RCX mit einem atypischen EKG präsentieren kann.

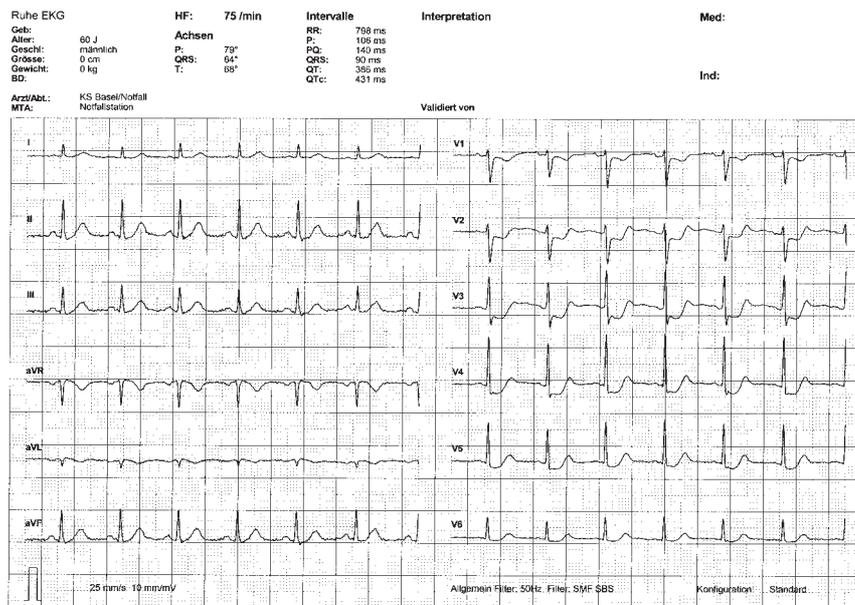


Abbildung 1.
12-Ableitungs-EKG.



Abbildung 2.
Die verschlossene RCX vor und nach PTCA.

Literatur

1 Scherer SW, Cheung J, MacDonald JR, Osborne LR, Nakabayashi K, et al. Human chromosome 7: DNA sequence and biology. Science 2003;300:767–72 oder www.chr7.org/.

Korrespondenz:
Dr. med. S. V. Aschkenasy
Medizinische Intensivstation
Kantonsspital
Petersgraben 4
CH-4031 Basel