

Marc Gertsch

Perimyokarditis oder spasmusbedingte Myokardnekrose?

**Leserbrief zu: Lämmli B, Vogel R, Marty HU.
«Nur» Perikarditis?
Schweiz Med Forum;4:937.**

Diese Fallbeschreibung wirft einige Fragen auf. Aufgrund der klinischen Befunde, des EKG und der angiographisch festgestellten Hypokinesie apikal stellen die Autoren die Diagnose einer Perimyokarditis. Laborbefunde werden keine angegeben, ein Perikardreiben fehlte anscheinend. Das EKG ist für eine Perikarditis weitgehend atypisch. Wohl steigen die (im übrigen für eine Perikarditis eindrücklichen) ST-Hebungen in den Brustwandableitungen aus der S-Zacke auf. Das wird aber auch bei der ischämisch bedingten Läsion gefunden, insbesondere apikoseptal. PQ-Senkungen, die im frischen Stadium fast obligat sind, fehlen. In den Extremitätenableitungen vermisst man den für eine Perikarditis in 95% typischen ST-Vektor von +30 bis +70°. Der frontale ST-Vektor beträgt im vorliegenden Fall -60° (senkrecht auf aVR), ist also typisch für eine anterolaterale Läsion – siehe die praktisch monophasische Deformierung in aVL. Eine lokalisierte Peri(myo)karditis, ein äusserst seltenes Ereignis, möchte ich nicht definitiv ausschliessen. Aber dann hätte man den Fall als Perimyokarditis mit einer extrem seltenen Lokalisierung der ST-Hebung frontal beziehungsweise mit einem atypischen frontalen ST-Vektor publizieren sollen.

Früher war die Diagnose einer Perimyokarditis bei jungen Patienten mit Myokardinfarkt eine falsche Verlegenheitsdiagnose. Und heute? Es ist bekannt, dass bei der Mehrzahl dieser jungen (auch männlichen) Patienten ein Koronarspasmus für den Myokardinfarkt verantwortlich ist und dass diese im allgemeinen unauffällige Koronararterien aufweisen. Dem Patienten wurde bei Austritt Azetylsalizylsäure (Aspirin®) verschrieben (nicht erwähnt). Als Prophylaxe für eine dritte Episode einer Perimyokarditis? Oder weil man sich in der Diagnose nicht ganz sicher war? Die Perikarditis wie die Koronarspasmen können rezidivieren. Die Gabe eines Kalziumantagonisten wäre vorsichtig gewesen. Frage: Hat der junge Mann Kokain konsumiert?

Ich halte die Publikation dieses Fallberichts bis zu einem gewissen Grade für gefährlich. Es ist zu befürchten, dass insbesondere bei jungen Patienten noch typischere EKG eines frischen Myokardinfarkts als Perimyokarditis missdeutet werden und dass man sich weiterhin scheut, die typischen EKG-Veränderungen bei Perikarditis zu lernen. Im übrigen ist in meinem (zitierten) EKG-Buch (Chapter «Myocardial Infarction» 115 Seiten, 103 EKG; Chapter «Pericarditis» 15 Seiten, 13 EKG) kein Wort zu finden, das die EKG- und klinische Diagnose der Autoren stützen würde.

Korrespondenz:
Prof. Dr. med. Marc Gertsch
Kardiologie
Inselspital
CH-3010 Bern

Bettina Lämmli,
Rolf Vogel,
Hans U. Marty

Replik

Wir danken Herrn Professor Gertsch für seine fundierte Stellungnahme. Die Argumente, die er als EKG-Spezialist und Verfasser des von uns zitierten Lehrbuches über Elektrokardiographie vorbringt, haben viel für sich. Wir geben ihm deshalb insofern recht, als im vorgestellten Fall die Diagnose einer spasmusbedingten Myokardnekrose sehr wohl in Frage kommt, obwohl

insbesondere die Klinik mit lage- und atemabhängigen Thoraxschmerzen eher für eine Perimyokarditis sprach.

Korrespondenz:
Dr. med. Hans U. Marty
Oberarzt
Notfallzentrum Medizin
Inselspital
CH-3010 Bern