

Rezidivierende Anstrengungssynkopen unklarer Ursache

Simon Dubler^a, Patrick Hilti^c, Hans Baur^a, Thierry Carrel^b, Michael Billinger^a

^aHerzklinik Bern, Klinik Sonnenhof Bern

^bUniversitätsklinik für Herz- und Gefässchirurgie, Inselspital Bern

^cPraxis für Herz-Kreislauf-Krankheiten, Spital Langenthal

Fallbeschreibung

Eine jetzt 53-jährige sportliche Patientin erlitt mit 20 Jahren eine anstrengungsabhängige Synkope, die nicht weiter beachtet wurde. Mit 35 Jahren erlitt die Patientin eine zweite Synkope, und seitdem ereigneten sich gleiche Anfälle in grösseren Intervallen. Den Synkopen gingen ein zunehmendes Angstgefühl, retrosternaler Druck, Atemnot und Hyperventilationsattacken voran. Auslösend waren leichte körperliche Belastungen in Kombination mit Stress. Bei regelmässigem Jogging war die Patientin asymptomatisch. Umfangreiche Abklärungen in verschiedenen Institutionen über mehrere Jahre mit Belastungs-EKG, Echokardiographie, Holter-EKG, Kippisch-Untersuchung, Lungenfunktionsprüfung, Gastroskopie, Ösophagus-Manometrie und EEG blieben ohne relevanten pathologischen Befund. Es wurden Hyperventilationen, vasovagale Synkopen und Asthma bronchiale diagnostiziert.

Eine erneute Ergometrie im 52. Lebensjahr fiel erstmals klinisch und elektrisch positiv aus. Die Patientin wurde zur Koronarangiographie überwiesen. Diese Untersu-

chung zeigte, dass die linke Kranzarterie aus der rechtskoronaren Tasche entsprang. In der Computertomographie des Herzens wurde der vermutete Verlauf der linken Koronararterie zwischen der Arteria pulmonalis und der Aortenwurzel bestätigt (Abb. 1 )

In Anbetracht der klinischen Symptomatologie und der prognostischen Relevanz wurde die linke Kranzarterie herzchirurgisch an korrekter Stelle reimplantiert (Abb. 2 )¹; der intramurale Verlauf wurde ausgeschaltet. Die Patientin ist seither beschwerdefrei, auch Hyperventilationen sind keine mehr aufgetreten. Sowohl das Belastungs-EKG als auch die Kontroll-Koronarangiographie zeigen normale Befunde.

Kommentar

Ein abnormer Ursprung der linken oder der rechten Koronararterie aus einem falschen Sinus valsalvae wird sehr selten beobachtet [1]. Da in diesen Fällen die abnorm abgehende Arterie zuerst intramural verläuft und danach oft zwischen Aorta und Pulmonalarterie liegt,

Die Autoren haben keine finanzielle Unterstützung und keine anderen Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

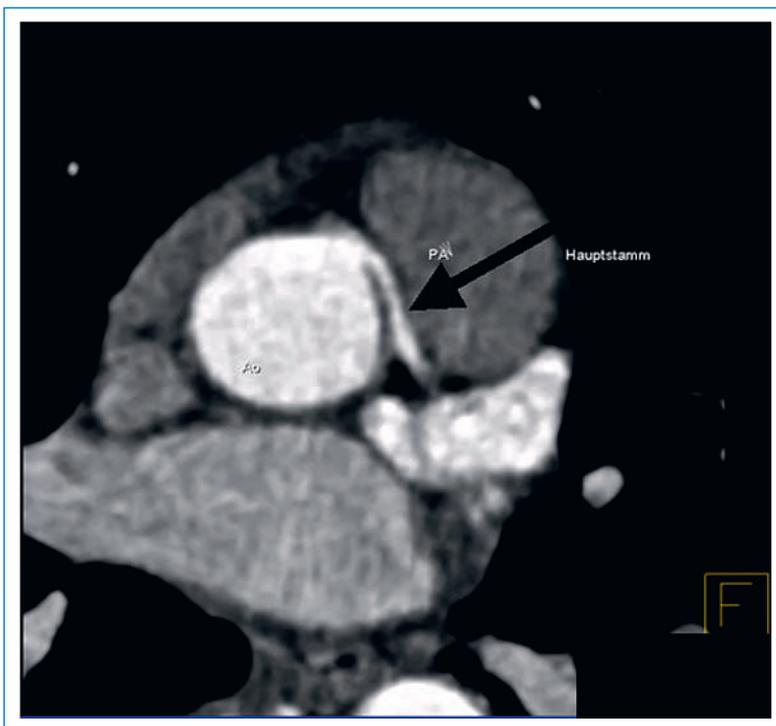


Abbildung 1

Koronar-CT präoperativ: Der Pfeil zeigt den Abgang der linken Koronararterie aus dem rechtskoronaren Sinus und den Verlauf zwischen Aorta und Arteria pulmonalis.



Abbildung 2

Koronar-CT postoperativ: Der Pfeil zeigt den nun korrekten Abgang der transplantierten Koronararterie.

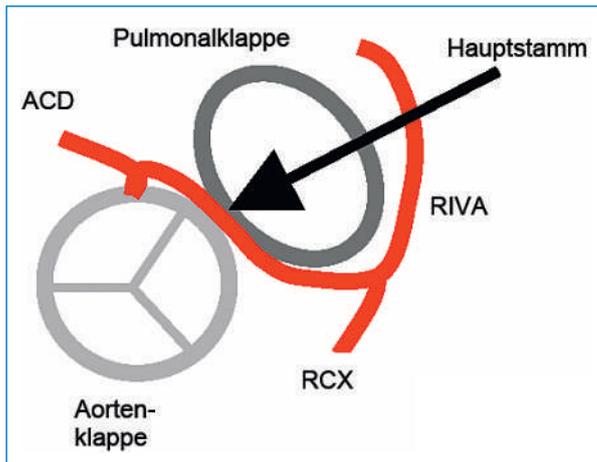


Abbildung 3
Die aberrierende Kranzarterie wird bei körperlicher Belastung intramural (in der Aortenwand) und zwischen Aorta und Arteria pulmonalis eingesenkt.

kann bei körperlicher Anstrengung ein erhöhter Blutfluss mit Dehnung der grossen Gefässe ein Abklemmen des Hauptstammes (auch innerhalb der Aortenwand) verursachen (Abb. 3).

Bei der vorgestellten Patientin wurde die bedrohliche und korrigierbare organische Erkrankung wegen der

langdauernden, wenig charakteristischen Vorgeschichte und der unverhältnismässig grösseren Häufigkeit von Hyperventilationen lange Zeit nicht erkannt. Zudem waren initial die objektiven kardiologischen Untersuchungen unauffällig.

Gerade bei kardialen Erkrankungen ist das Auftreten von Symptomen und Untersuchungsbefunden abhängig von verschiedenen Faktoren wie der aktuellen körperlichen Kondition und dem Füllungszustand der grossen Gefässe. Durch die Bereitschaft, trotz unveränderter Beschwerdecharakteristik die Untersuchungen zu wiederholen und zu intensivieren, konnte bei dieser Patientin die belastende und lebensbedrohliche Erkrankung therapiert werden.

Korrespondenz:

Dr. med. Simon Dubler
Klinik Sonnenhof AG
Buchserstrasse 30
CH-3006 Bern
[Simondubler\[at\]sonnenhof.ch](mailto:Simondubler[at]sonnenhof.ch)

Literatur

- 1 Wilson J, Reda H, Gurley JC. Anomalous right coronary artery originating from the left anterior descending artery: case report and review of the literature. *Int J Cardiol.* 2009;137(3):195–8.

Was mag das sein?

Assoziation? Ein in den USA lebender 22-jähriger Guatemalteke kommt mit einer kirschengrossen Schwellung unterhalb des rechten Ohrs. Die Lymphadenopathie ist gerötet und drainiert. Der Befund hält schon vier Monate lang an. Kein Husten, kein Fieber. Empirisch erhält der Mann Antibiotika, vergeblich. Was kommt da in Frage?

Bruno Truniger

Auflösung: HIV ist negativ, der Tbc-Hauttest positiv (>20 mm), eine Computertomographie zeigt multiple multilobuläre Läsionen im Bereich der Submandibulars. Schliesslich zeigt die Kultur eines Aspirates *Mycobacterium tuberculosis*. Ein **Scrofuloderm**, das mittlerweile selten geworden ist. Daran zu denken ist bei einer persistierenden Lymphadenitis, insbesondere aber, wenn eine kutane Beteiligung besteht und der Patient aus einem Gebiet stammt, in dem Tuberkulose endemisch ist. (*NEJM.* 2012;366:2215.)