

Leserbriefe

Zu stark verkürzte Beschreibung von Herzrhythmusstörungen

Leserbrief zu: Arenja N, et al. Klinik und EKG bei Herzrhythmusstörungen. Schweiz Med Forum. 2013;13(12):241–7.

Diesen Artikel habe ich mit grossem Interesse gelesen. Wahrscheinlich ist es eine grosse Herausforderung, das Thema auf nur sieben Seiten abzuhandeln, und man muss zwangsläufig einige Abstriche machen und Verkürzungen in Kauf nehmen. Aus didaktischen Gründen halte ich es aber doch für wichtig, dass dabei nicht zu viele Details untergehen. Am Beispiel der Abhandlung der AV-Blockierungen möchte ich exemplarisch die Ungenauigkeit aufzeigen, die schlussendlich zu einer fehlerhaften Beschreibung führt:

In der Abbildung 2B wird ein AV-Block II° gezeigt mit einer 2:1-Überleitung. Dieser wird als Typ 2 bezeichnet, obwohl bei einem AV-Block II° mit einer 2:1-Überleitung die Differenzierung zwischen Typ 1 und Typ 2 im Oberflächen-EKG gar nicht möglich ist. Dieser Block wird deshalb auch als höhergradiger AV-Block bezeichnet (siehe zum Beispiel den sehr informativen Review *Mayo Clin Proc.* 2001;76:44–57). Auch ist die Definition des AV-Blocks II° Typ 1 (Wenckebach) eigentlich nicht, wie im Artikel geschrieben, durch eine zunehmende PQ-Zeit und einen Ausfall der Überleitung definiert, sondern dadurch, dass die PQ-Zeit nach der blockierten AV-Leitung kürzer ist als die PQ-Zeit vor der blockierten Überleitung. Hier wie auch bei der Definition des Typs 1 braucht es deshalb auch definitionsgemäss immer mindestens zwei nacheinander übergeleitete P-Wellen, um den Typ des AV-Blocks zweiten Grades festlegen zu können. Weiter wäre es für die Praxis vielleicht auch wichtig, darauf hinzuweisen, dass der AV-Block II° Typ 1 (Wenckebach) der «gutartigere» ist und meist keine Schrittmacher-Indikation darstellt. Auch bei der Beschreibung der anderen Arrhythmien könnte man viele Anmerkungen bringen, was aber den Rahmen meines Kommentars sprengen würde. Zusammenfassend muss ich aber festhalten, dass der Artikel sich zwar erfreulicherweise mit einem häufigen, praxisrelevanten und sehr interessanten Thema beschäftigt, durch seine Kürze diesem aber nicht gerecht wird. Ich würde mich sehr über eine Artikelserie zu diesem Thema freuen, die sich ein wenig vertiefter mit den unterschiedlichen Arrhythmien beschäftigen würde, ohne deshalb nur für Kardiologen verstehbar zu sein. Ich denke, man darf auch dem Nicht-Kardiologen zutrauen, sich für mehr als eine halbe Seite Kurzbeschreibung zum Beispiel über den AV-Block zu interessieren. Vielleicht darf ich mich nach dieser Anregung auf eine informative Artikelserie freuen?

Korrespondenz:

Dr. F. Kurth
FMH Innere Medizin
OA Medizin
SoH Spital Dornach
[felix.kurth\[at\]spital.so.ch](mailto:felix.kurth[at]spital.so.ch)

Replik

Sehr geehrter Herr Kollege

Ich bedanke mich für Ihr Interesse an unserem Artikel. Offensichtlich haben wir Sie unterfordert. Es handelte sich hier um eine eingeladene Arbeit mit gewissen Restriktionen. Über die meisten der Einzelthemen gibt es ganze Bücher, und vieles ist noch nicht vollständig verstanden bzw. diskutabel, so auch der Beitrag in den Proceedings.

Ziel der Übersichtsarbeit war das Repetieren von Grundlagen. Vereinfachungen können in der Tat zu Ungenauigkeiten führen, «fehlerhaft» sind die Definitionen in vorliegender Arbeit allerdings nicht. In der Grundversorgung geht es ja unter anderem auch darum, dass Abnormalitäten erkannt werden und die weitere Abklärung in die richtige Bahn gelangt. Den Begriff «High degree AV-Block» versuche ich zu vermeiden und ermuntere die EKG-Leser, sich wenn immer möglich festzulegen. Die Lektüre der Guidelines der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie (ESC) lohnt sich hier auch. Man spürt dort, dass diese viel allgemeiner gehalten sind als z.B. das Manuskript von Serge Barold und David Hayes, denn die Guidelines sind für «General Cardiologists» geschrieben, während Barold und Hayes Elektrophysiologen sind (www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/Pages/cardiac-pacing-and-cardiac-resynchronisation-therapy.aspx).

Nun zum Problem des AV-Blocks 2. Grades mit 2:1-AV-Überleitung (Abb. 2b): Dies wäre die allgemein gehaltene Bezeichnung für die abgebildete Rhythmusstörung, da man nicht weiss, wo die Überleitungsstörung sitzt. Dies kann man (eigentlich auch bei breitem QRS) nur dann wissen, wenn man invasiv mit His-Bündel-EKG abklärt (Messung des AH- und HV-Intervalls). Dies haben wir aber schon lange praktisch vollständig verlassen. Schliesslich ist es die Klinik, die einen leiten soll. Deshalb sind die ESC-Guidelines auch so allgemein gehalten und unterscheiden gar nicht mehr zwischen Mobitz I und II (Table 1.2.1), bzw. sowohl ein Mobitz I als auch Mobitz II stellen bei symptomatischen Patienten eine Schrittmacher-Indikation Klasse I dar. Einzig der asymptomatische Mobitz I mit suprahisärem Block stellt keine Schrittmacher-Indikation dar. Der Wenckebach ist ja,

wie Sie richtig sagen, der «gutartige» AV-Block 2. Grades, weil er eben nur selten eine Progression zum kompletten AV-Block zeigt.

Das einzelne EKG hat die Limitation, dass es sich um eine Momentaufnahme handelt. Wenn ich zum Beispiel in einem Holter-EKG immer wieder Phasen von typischem Wenckebach sehe und mitten in der Nacht zusätzlich dann Phasen von 2:1-AV-Block, würde ich diesen sicher als Mobitz I bezeichnen (und keinen Schrittmacher implantieren). Es kommt also weiterhin auch auf die Gesamtpräsentation an. Weitere Möglichkeiten in unklaren Fällen sind eine Belastung oder eine Karotissinusmassage. Die Physiologie dahinter ist extrem spannend.

*PD Dr. med. Michael Kühne
Kardiologie/Elektrophysiologie
Universitätsspital Basel
kuehne[at]uhbs.ch*