

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.

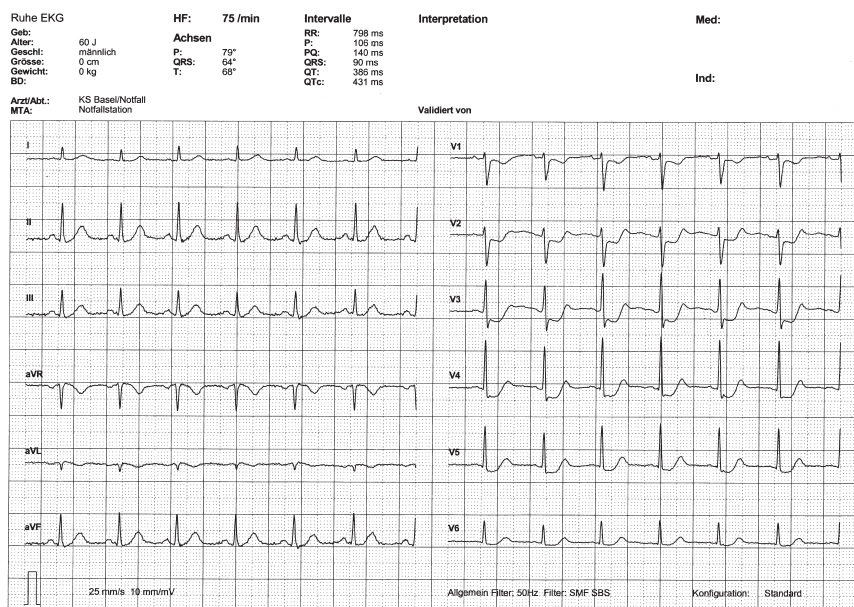


Abbildung 1.
12-Ableitungs-EKG.

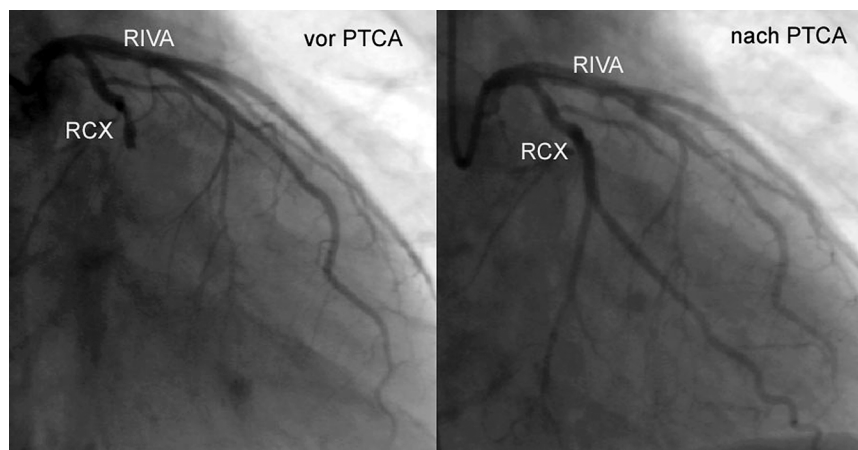


Abbildung 2.
Die verschlossene RCX vor und nach PTCA.

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