



Klinikum Frankfurt (Oder) GmbH, Abteilung für Kardiologie
Dr. med. Dipl. med. inf. Torsten Schwalm

Fallbeispiel 1

Peter F., 19.06.1941, 64 Jahre

Vor 12 Wochen während Einkaufens starkes thorakales
Schmerzereignis

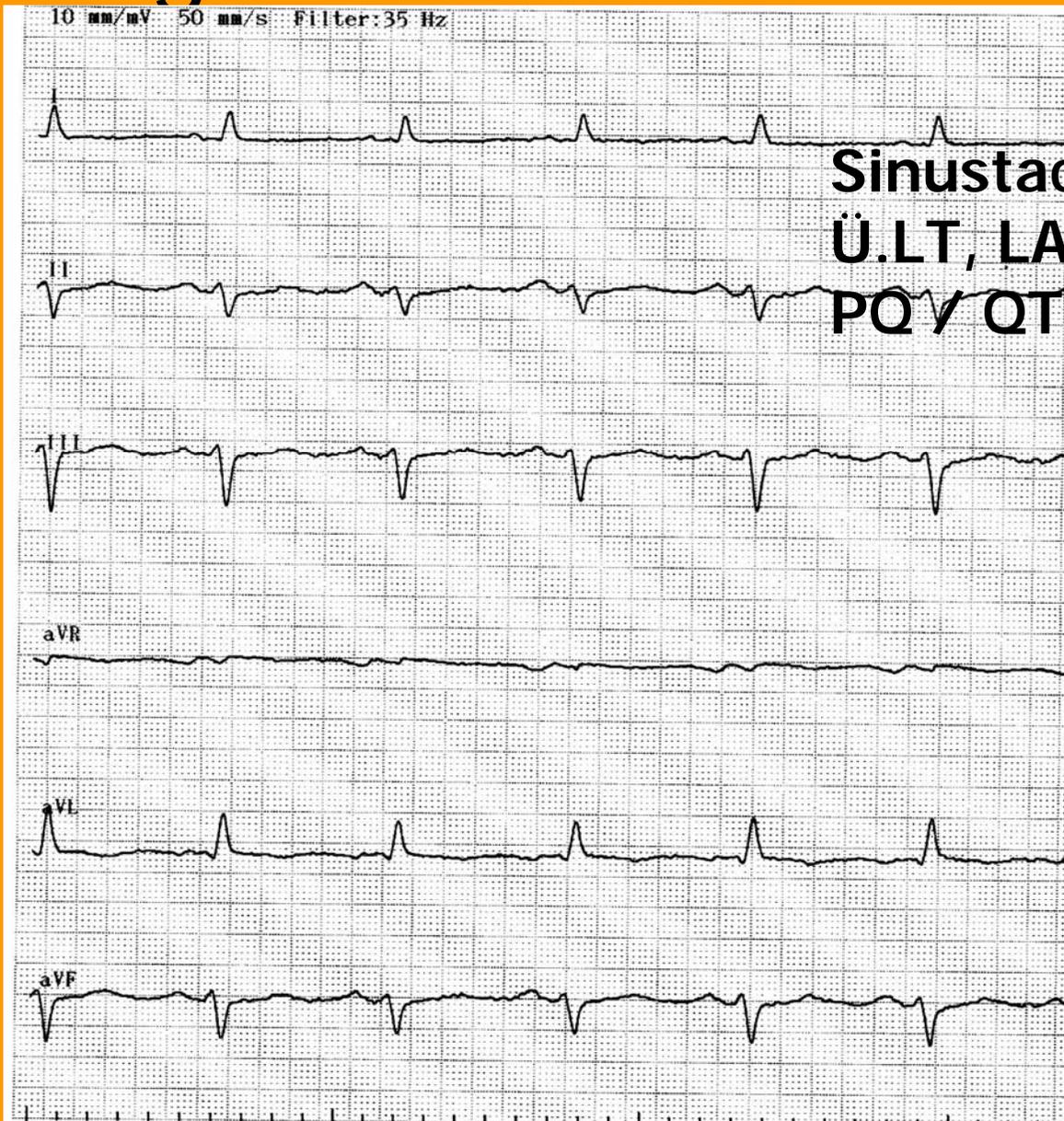
Zuletzt rezidivierend Luftnot, gelegentlich Angina pectoris

Koronare Risikofaktoren:

Nikotinkonsum, etwa 40 Packungsjahre

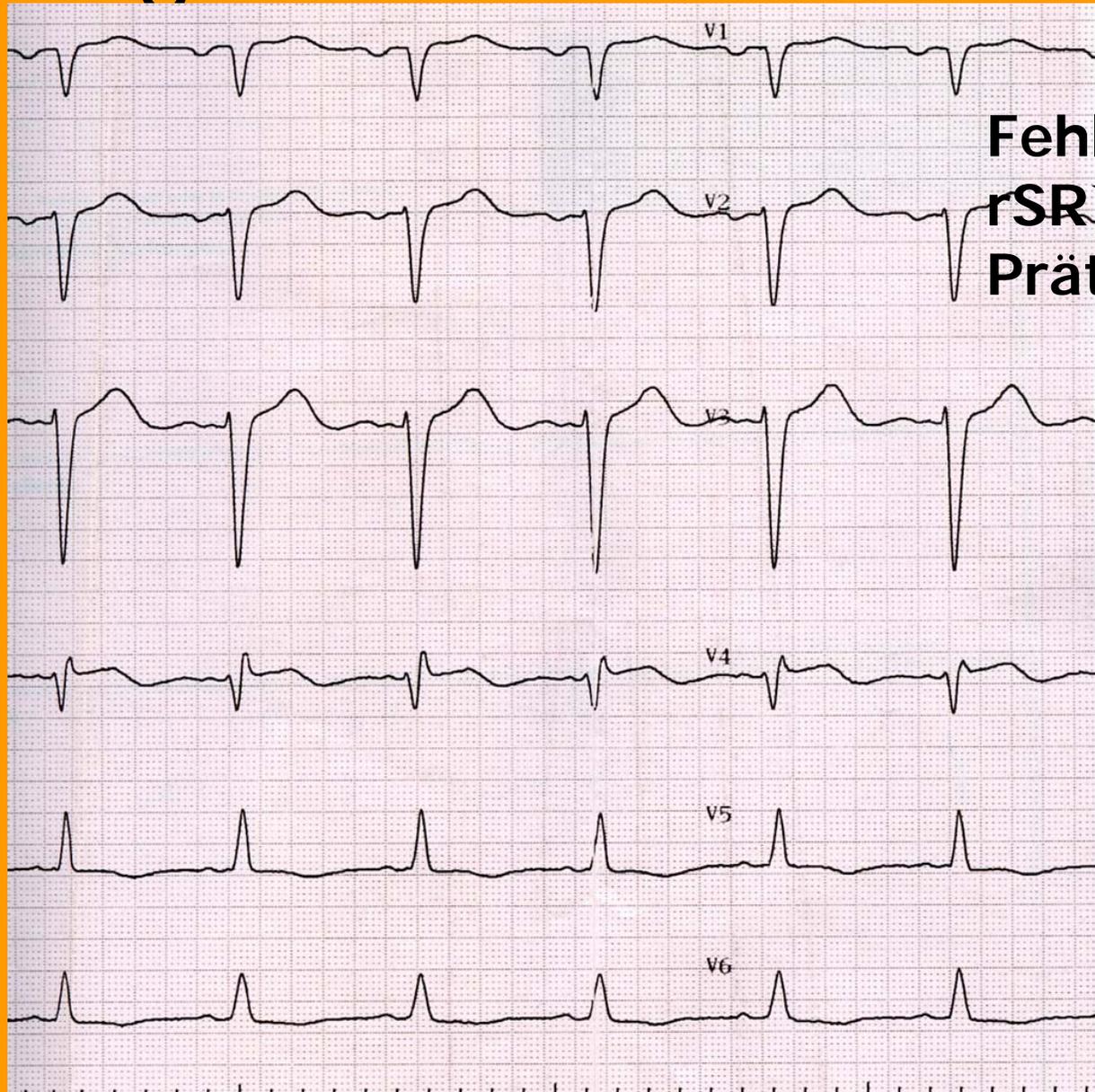
Hypercholesterinämie

Ekg bei Aufnahme



Sinustachykardie. HF 103/min
Ü.LT, LAHB
PQ / QT normwertig

Ekg bei Aufnahme



Fehlende R-Progression
rSR'-Komplex in V4
Präterminal neg. T V5,6

Labor bei Aufnahme

Pathologische Parameter:

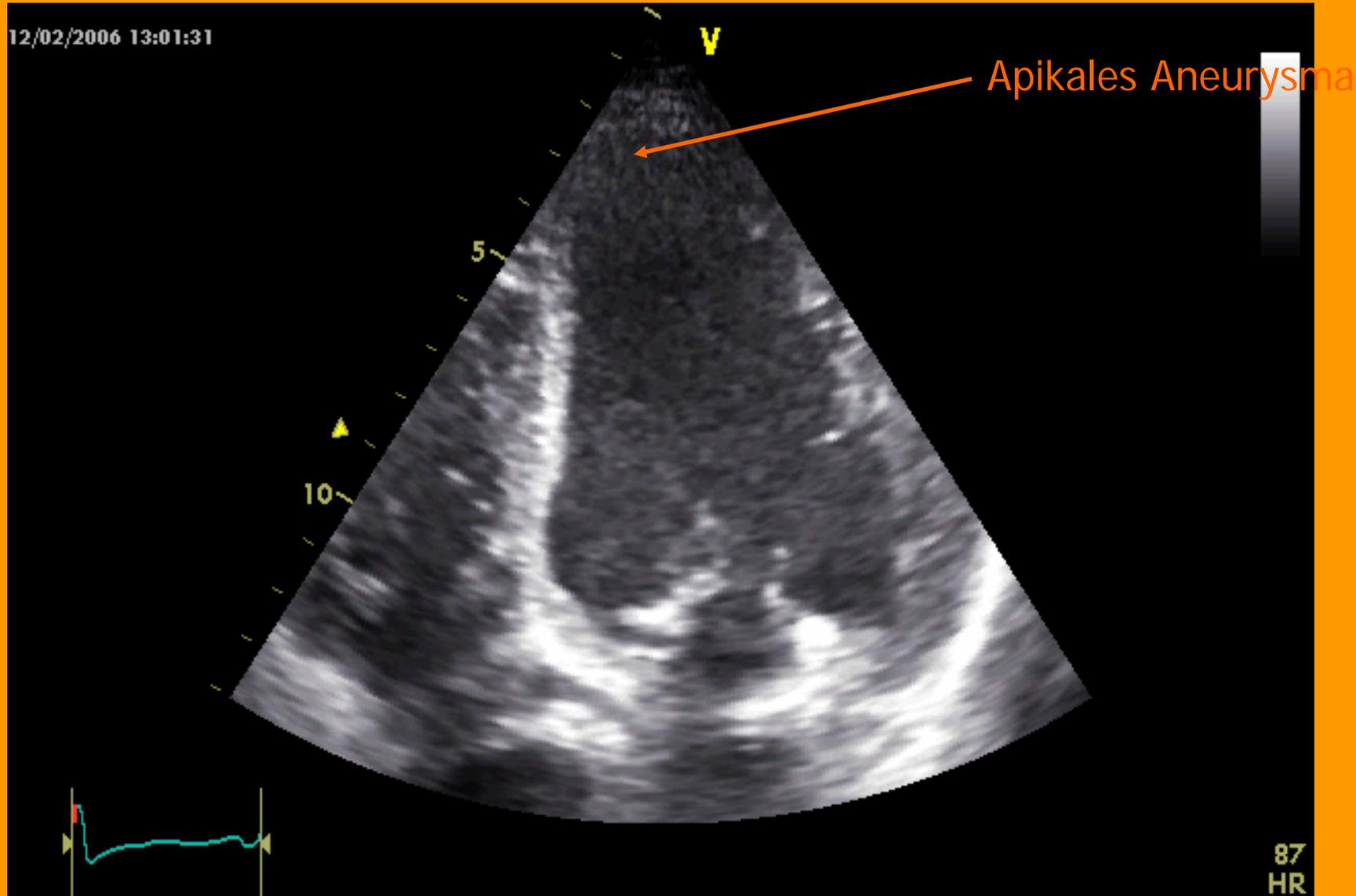
BNP	331 pg/ml	(< 150)
HDL-Chol.	0,85 mmol/l	(>1)
LDL-Chol.	4,30 mmol/l	(<3,9)
CRP	39,3 mg/l	(<5)
Fibrinogen	6,2 g/l	(2-4)

Holter-Ekg

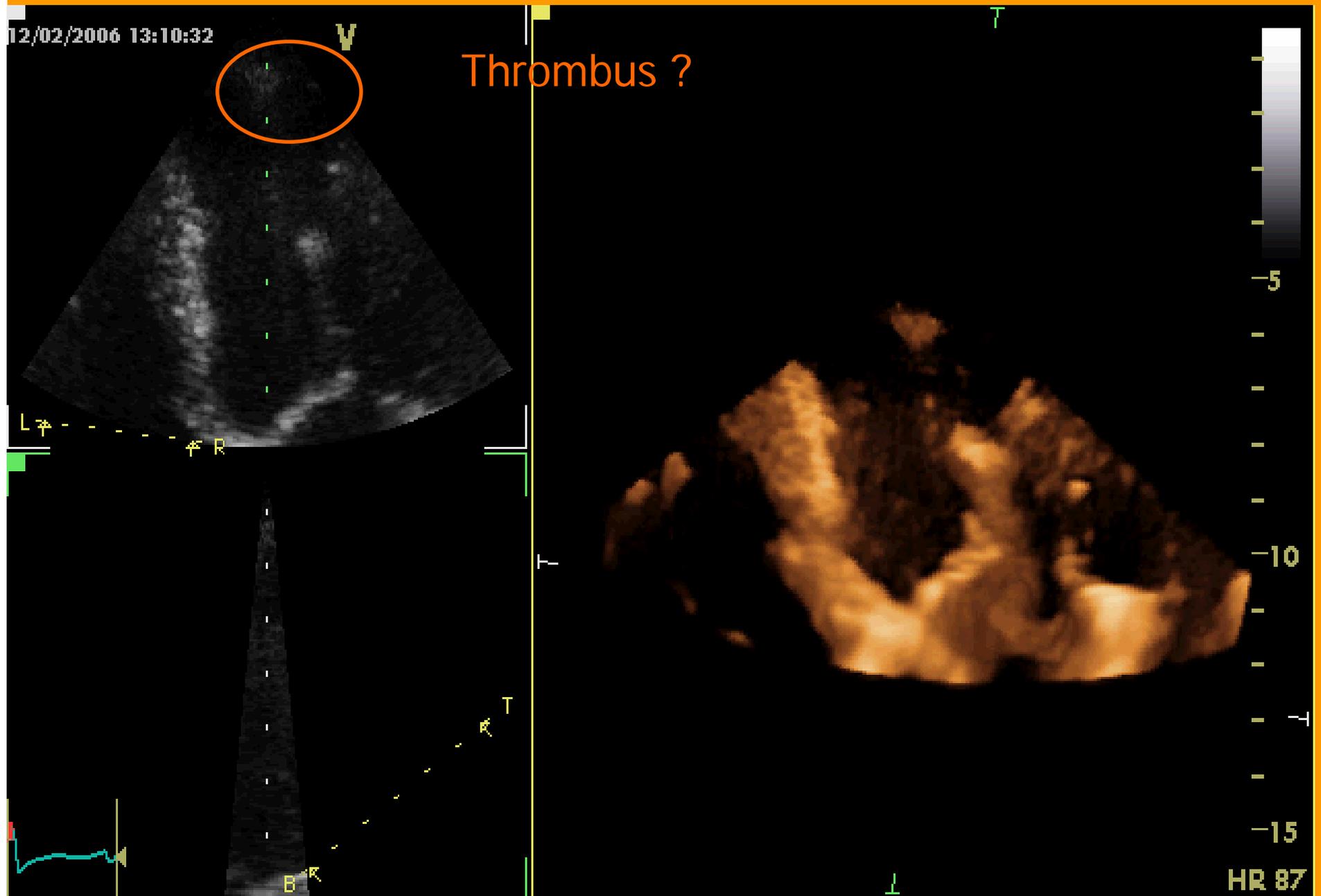
Sinusrhythmus, HF 80 – 123/min, keine relevanten ventrikulären oder supraventrikulären HRS, keine Pausen.

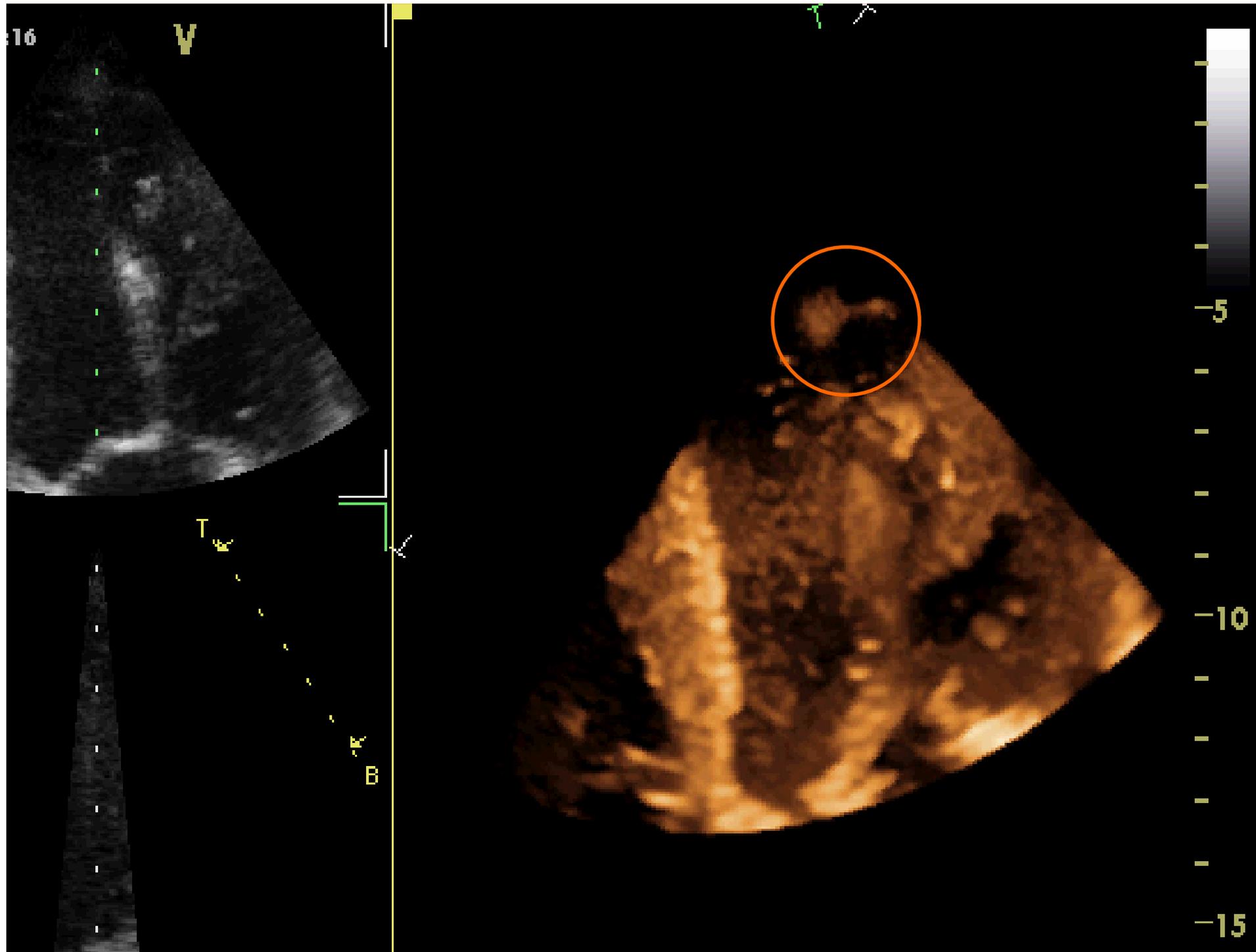
SDNN 67 ms (> 100)

Echokardiographie (2D, A4KB)



Echokardiographie (4D)





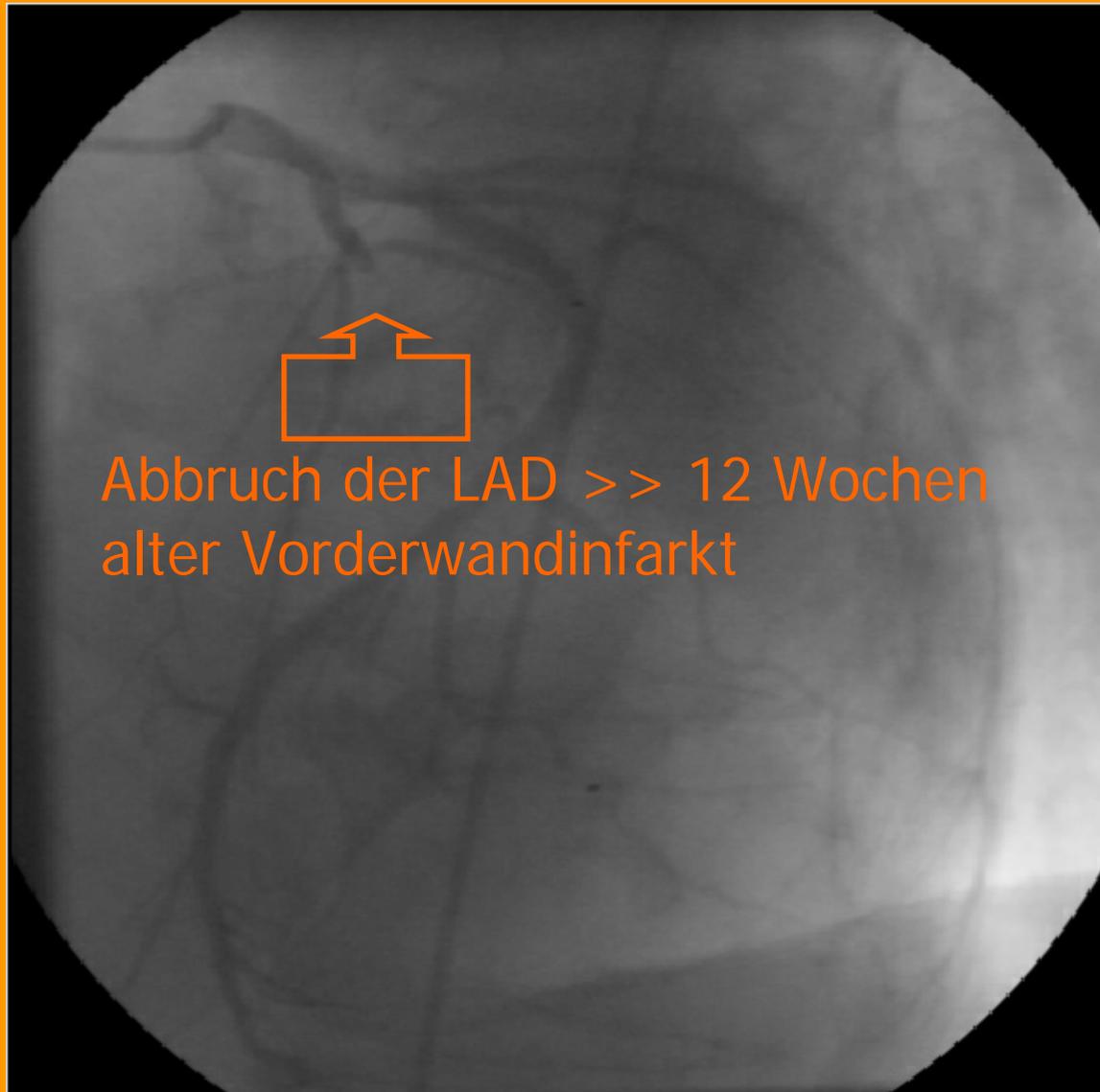
Linksherzkatheter

LAD proximal 100

RCX bis max. 50

RCA kleinkalibrig, mehrfach 75

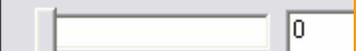
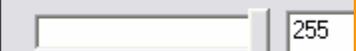
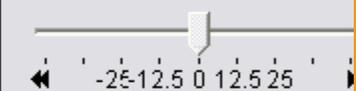
Keine Optionen zur weiteren Revaskularisation



Abbruch der LAD >> 12 Wochen
alter Vorderwandinfarkt

Finkel, Peter
KLINIKUM Frankfurt/Oder - Klinik f
600172X2006
19.06.1941
10.02.2006 16:02:43

Hicor DCM
10.02.2006 16:02:43
LAO: 33. CRAN: 22. [Ebene A]
Szene: 4
Bild: 16



Rechtsherzkatheter

Cardiac output: 3,8 l/min

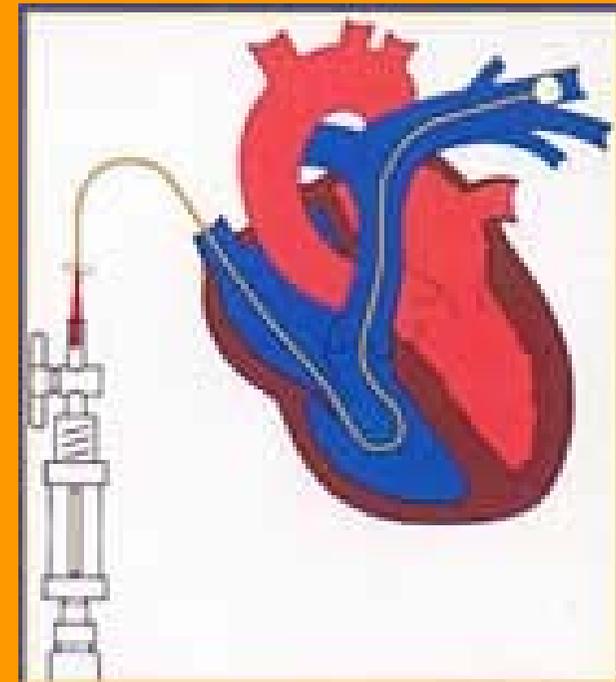
Cardiac index: 2,1 l/min/kg

PCWPmean: 18 mmHg

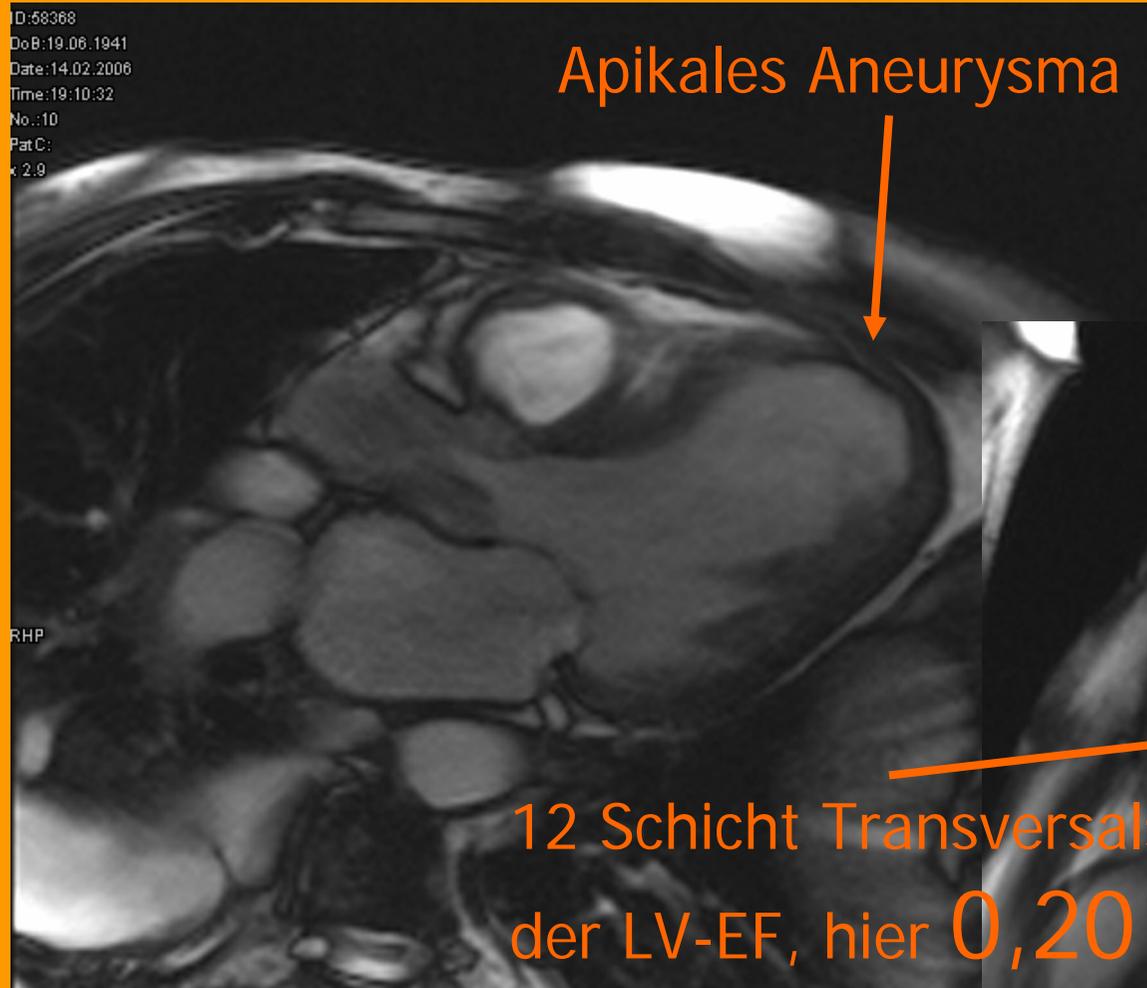
PA: 48/18 mmHg

PVR: 189 dyn/s/m⁵

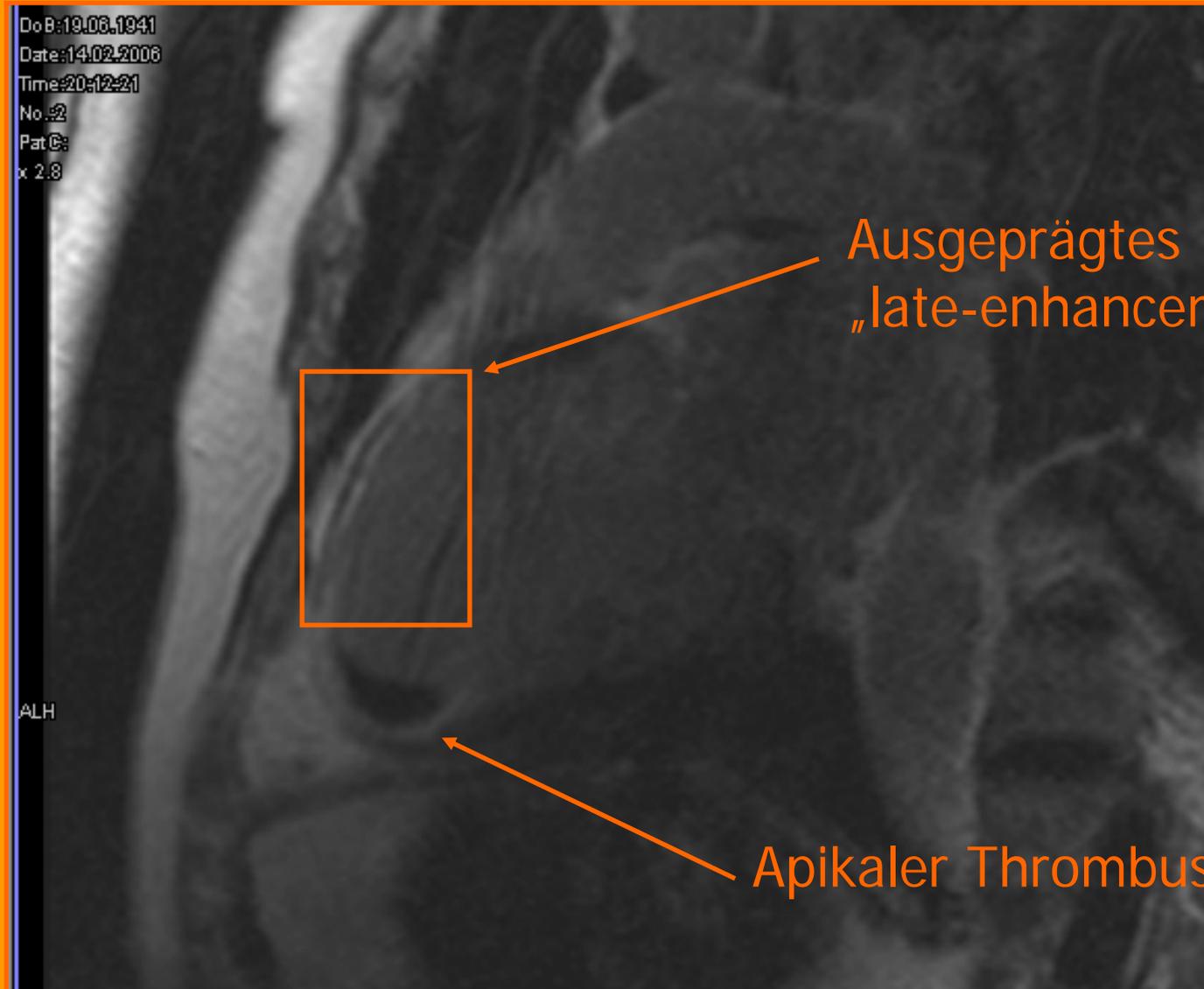
SVR: 1445 dyn/s/m⁵



Cardio-MRT



Cardio-MRT



Therapie

1. Zunächst ASS 100 mg, dann Einstellung auf Phenprocuomon (INR 3.5)
2. Simvastatin 40 mg
3. Carvedilol 2 x 3,25 mg, nach 3 Tagen bis 2 x 6,25 mg, Zieldosis 2 x 25 mg
4. Ramipril 1,25 mg (Zieldosis 10 mg)
5. Eplerenon 25 mg
6. Omega-3 Fettsäuren

Procedere

Erneutes work-up in 3-4 Monaten, bei persistierender LV-EF $< 0,30$ Implantation eines 1K-AICD, Begleittherapie mit Amiodaron im Falle rezidivierender Auslösungen

Ggf. erweitere Arrhythmierisikostratifizierung: SDNN, Barorezeptorreflexsensitivität, T-Wellenalternans, Spätpotentiale, QT-Dispersion, PVS, erneutes Holter-Ekg

Im Falle einer Zunahme der Symptomatik unter optimaler Therapie Erwägen einer Aneurysmektomie

Telemedizinisches Home-Monitoring (Gewicht (Phillips Healthcare[®]), Fernabfrage des AICD via Internet (Biotronik Homemonitoring[®]), „Herz-handy“ (u.a. Bosch-Vita-phone[®]))

Fallbeispiel 2

Andrea K., 10.07.1967, 38 Jahre

Seit 3 Monaten typische AP

Ergometrie mit AP bei 75 Watt, keine klaren ERBS

Szintigraphisch Nachweis einer Ischämie apikal

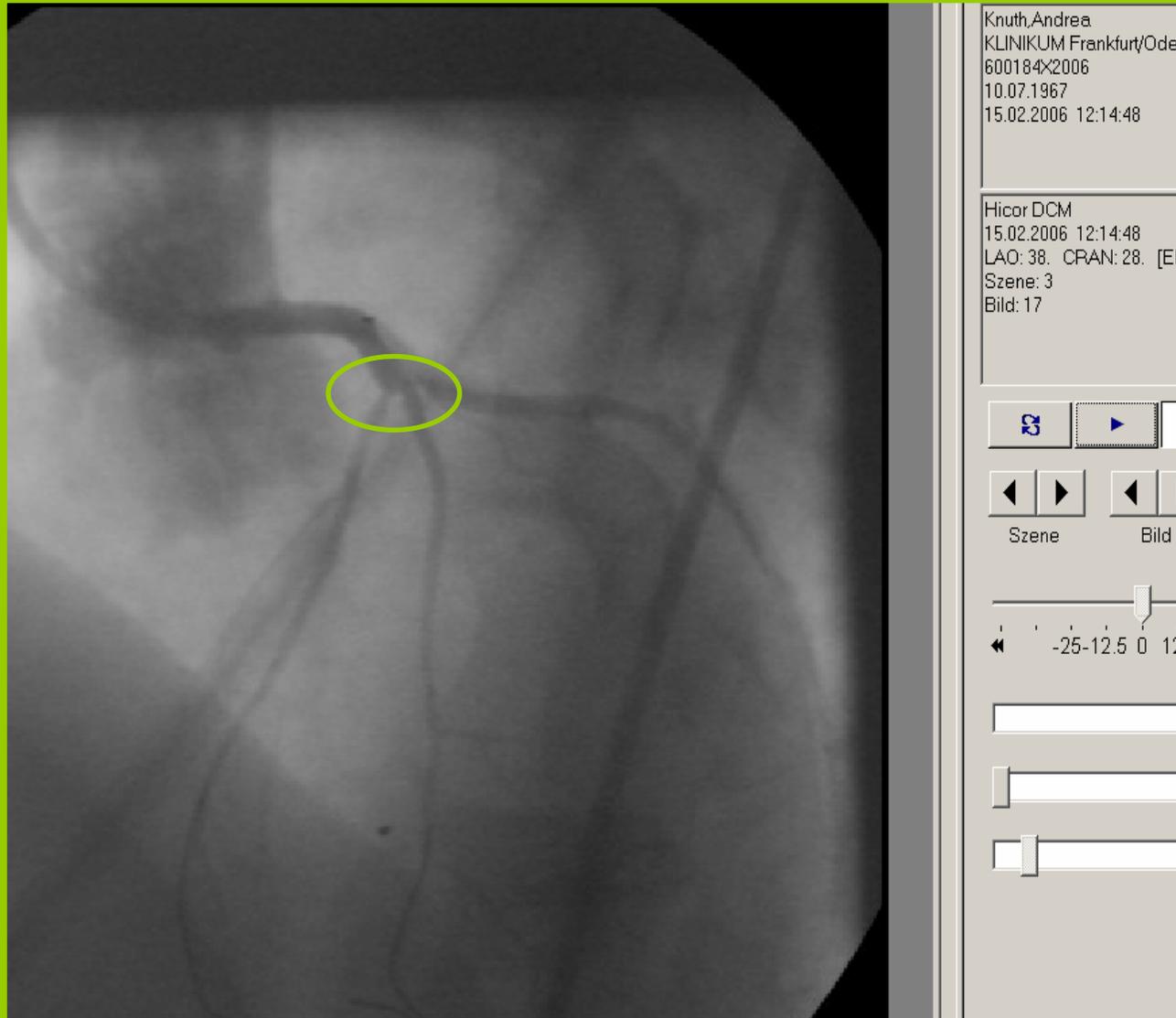
Echokardiographie: Normalbefund

Koronare Risikofaktoren:

1. Adipositas: BMI 33 kg/m²
2. Nikotinabusus
3. Arterielle Hypertonie
4. Hypercholesterinämie (HDL 0,75, LDL 1,37 mmol/l unter CSE-I.)
5. Positive Familienanamnese (Vater mit Z.n. Myokardinfarkt)

Linksherzkatheter

KHK-1, LAD medial 75 an D1-Bifurkation



Resümée

Problematische Therapie wegen „plaque-shift“

Wichtigkeit der

- Implantation eines med. beschichteten stents mit Sirolimus (Cypher[®]) oder Paclitaxel (Taxus[®], Axxion[®])
- Doppeldrahttechnik
- Kissing-balloon nach stent-Implantation

Nachbehandlung

ASS + Clopidogrel in Kombination für 6 – 12 Monate*,
dann ASS allein lebenslang

BB, ACE-I., CSE-I.

Noch wichtiger:

Gewichtsreduktion

Nikotinkarenz

Sport

Mediterrane Kost

*Leitlinie der DGK 2005 (DES (Polymer) 6-12 Monate, ACS mind. 9 Monate, BMS mind. 4 Wochen