Der interessante Fall

Typ-2-Diabetiker mit Schwindel und Übelkeit

Im EKG zeigt sich eine überraschende Diagnose

Als ein 56-jähriger Patient mit metabolischem Syndrom plötzlich über Übelkeit und Schwindel klagte, sprach zunächst nichts für ein kardiales Ereignis. Doch dann entwickelte er eine leichte Dyspnoe. Das EKG offenbarte überraschenderweise ein schwerwiegendes kardiales Ereignis.

■ Bei dem 56-jährigen übergewichtigen Patienten ist seit vielen Jahren ein metabolisches Syndrom mit einer arteriellen Hypertonie, einem Typ-2-Diabetes und einer Hyperlipoproteinämie bekannt. Unter der eingeleiteten Therapie mit einem ACE-Hemmer plus Diuretikum, einem CSE-Hemmer und Metformin ist der Patient blutdruckmäßig gut, stoffwechselmäßig allerdings mit einem HbA_{1c}-Wert von 7,8% nur unzureichend eingestellt. Doch vonseiten des Herzens ist der Patient vollkommen beschwerdefrei, und bei einer vor ca. zwei Monaten durchgeführten Ergometrie ergab sich kein Hinweis auf eine hämodynamisch wirksame koronare Herzkrankung.

Plötzliches Unwohlsein

Im Rahmen eines leichten grippalen Infekts verspürte der Patient plötzlich eine starke Übelkeit mit Brechreiz und Schwindel. Diesen Symptomen maß er zunächst keinen besonderen Krankheitswert zu. Er vermutete eine leichte Kreislaufschwäche. Erst als er zusätzlich eine leichte Dyspnoe verspürte, alarmierte er den Hausarzt. Die klinische Untersuchung vor Ort ergab abgesehen von einer leichten Bradykardie mit einer Frequenz um 50 Schläge/min keinen krankhaften Befund. Trotzdem veranlasste der Hausarzt die stationäre Einweisung.

ST-Hebungsinfarkt

Das in der Klinik abgeleitete EKG ist in den Abb. 1a und 1b dargestellt. Man erkennt eine

Abb. 1a und 1b Ausgedehnter Posterolateralinfarkt mit totalem AV-Block.

infarkttypische ST-Streckenhebung in den Ableitungen II, III und aVF, außerdem in den Ableitungen V₃–V₆ als Hinweis auf einen ausgedehnten Infarkt im Posterolateralbereich. Die P-Wellen sind nur schwer abgrenzbar. Doch eine genaue Betrachtung ergibt eine totale AV-Dissoziation im Sinne eines AV-Blocks III. Grades.

Sofort-PCI

Im weiteren Verlauf entwickelt sich eine Bradykardie mit einer Frequenz um 35/Min. Es erfolgt die sofortige Implantation eines passageren Schrittmachers, außerdem wird der Patient unverzüglich in ein kardiologisches Zentrum mit der Möglichkeit der Sofort-PCI verlegt. Die dort durchgeführte Koronarangiografie zeigt einen totalen Verschluss der rechten Kranzarterie bei einem Rechtsversorgungstyp. Die Koronarintervention ist primär erfolgreich. Bereits am darauffolgenden Tag hat sich der totale AV-Block weitgehend zurückgebildet. Es findet sich nur noch ein AV-Block I. Grades.

Typisch für Diabetiker

Die atypische bzw. stumme Manifestation eines Myokardinfarkts ist typisch für Typ-2-Diabetiker. Bei ihnen manifestiert sich das koronare Ereignis nicht selten ohne die entsprechende Schmerzsymptomatik. Stattdessen klagt der Patient über unspezifische Symptome wie Übelkeit, Brechreiz, Schwindel und eventuell Dyspnoe. Deshalb sollte man insbesondere bei Typ-2-Diabetikern schon beim geringsten Verdacht auf ein koronares Ereignis immer ein EKG ableiten.

Höhergradige AV-Blockierungen sind eine typische Komplikation des Hinterwandinfarkts. Initial besteht dann die Indikation für eine passagere Schrittmacherimplantation. Doch nach erfolgreicher Lyse bzw. Koronarintervention bildet sich die AV-Blockierung meist innerhalb weniger Tage vollständig zurück, sodass eine dauerhafte Schrittmacherimplantation nur selten erforderlich wird.

Dr. med. Peter Stiefelhagen ■