Posteriore EKG-Ableitungen bei Infarktverdacht

Ein Teil der akuten Myokardinfarkte entgeht dem herkömmlichen 12-Kanal-EKG. Um die elektrokardiografische Ausbeute zu optimieren, empfehlen sich zusätzlich EKG-Ableitungen.

— Um diese Forderung zu unterstreichen, wurde bei 53 Patienten, bei denen eine höhergradige Stenosierung im Bereich des Ramus circumflexus mittels Ballons dilatiert wurde, während der Koronarintervention ein 15-Kanal-EKG abgeleitet. Zusätzlich zu den üblichen EKG-Ableitungen wurden dabei drei weitere posteriore Ableitungen (V7–V9) dokumentiert. Dabei zeigte sich, dass Myokardischämien im Versorgungsgebiet des Ramus circumflexus nur über diese posterioren Ableitungen erfasst werden konnten.

Kommentar

Typische Vorderwand- oder Hinterwandinfarkte werden im Allgemeinen mittels 12-Kanal-EKG zuverlässig erfasst. Doch bei einem Drittel der Infarktpatienten wird der Infarkt nicht erkannt, wenn nicht zusätzliche EKG-Ableitungen erfolgen.

Dazu gehört der inferior-basale Hinterwandinfarkt, der durch einen Verschluss des Ramus circumflexus der linken Kranzarterie verursacht wird. Solche Infarkte können nur durch zusätzliche posteriore Ableitungen, nämlich von V7–V9, erkannt werden. Gleiches gilt auch für rechtsventrikuläre Infarkte, die nur erkannt werden, wenn zusätzlich rechtspräkordiale Ableitungen durchgeführt werden.

Fazit: Besteht bei einem Patienten dringender Infarktverdacht, und zeigt das 12-Kanal-EKG keine entsprechenden Veränderungen, so sollten immer zusätzliche posteriore und rechtskardiale Ableitungen durchgeführt werden.

P. STIEFELHAGEN ■

■ R. A. Aqel et al.

Usefulness of three posterior chest leads for the detection of posterior wall acute myocardial infarction. Am. J. Cardiol. 103 (2009) 159–164 (2009) 1112–1116

©Science pictures/KES/Thieme-Verlag

Bei den herkömmlichen EKG-Ableitungen wird ein Drittel der Infarkte nicht erkannt.