

Diabetiker mit Schwindel und Übelkeit

Hätten Sie hier ans Herz gedacht?

Als ein 56-jähriger Patient mit metabolischem Syndrom plötzlich über Übelkeit und Schwindel klagt, spricht zunächst nichts für ein kardiales Ereignis. Doch dann entwickelt der Patient eine leichte Dyspnoe, die den Hausarzt zur stationären Einweisung veranlasst. Das EKG offenbart überraschenderweise ein schwerwiegendes kardiales Ereignis.

Bei dem Patienten ist seit vielen Jahren ein metabolisches Syndrom mit arterieller Hypertonie, Typ-2-Diabetes und Hyperlipoproteinämie bekannt. Unter der Therapie mit einem ACE-Hemmer plus Diuretikum, einem CSE-Hemmer und Metformin als oralem Antidiabetikum ist er blutdruckmäßig gut, stoffwechselfähig allerdings mit einem HbA_{1c}-Wert von 7,8% nur unzureichend eingestellt. Vonseiten des Herzens ist der Patient vollkommen beschwerdefrei und bei einer vor ca. zwei Monaten durchgeführten Ergometrie ergab sich auch kein Hinweis für eine hämodynamisch wirksame koronare Herzerkrankung.

Plötzliches Unwohlsein

Im Rahmen eines leichten grippalen Infektes verspürt der Patient plötzlich eine starke Übelkeit mit Brechreiz und Schwindel. Diesen Symptomen misst

er zunächst keinen besonderen Krankheitswert zu. Er vermutet eine leichte Kreislaufschwäche. Erst als er zusätzlich eine leichte Dyspnoe verspürt, wird der Hausarzt alarmiert. Die klinische Untersuchung ergibt abgesehen von einer leichten Bradykardie (50 Schläge/Minute) keinen krankhaften Befund. Trotzdem veranlasst der Kollege die stationäre Einweisung.

ST-Hebungsinfarkt

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

Im weiteren Verlauf entwickelt sich eine Bradykardie mit einer Frequenz um 35/Minute. Deshalb 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 darauf folgenden Tag hat sich der totale AV-Block weitgehend zurückgebildet. Es findet sich nur noch ein AV-Block I. Grades.

Höhergradige AV-Blockierungen sind eine typische Komplikation des Hinterwandinfarktes. Initial besteht dann die Indikation für eine passagere Schrittmacherimplantation. 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 ■

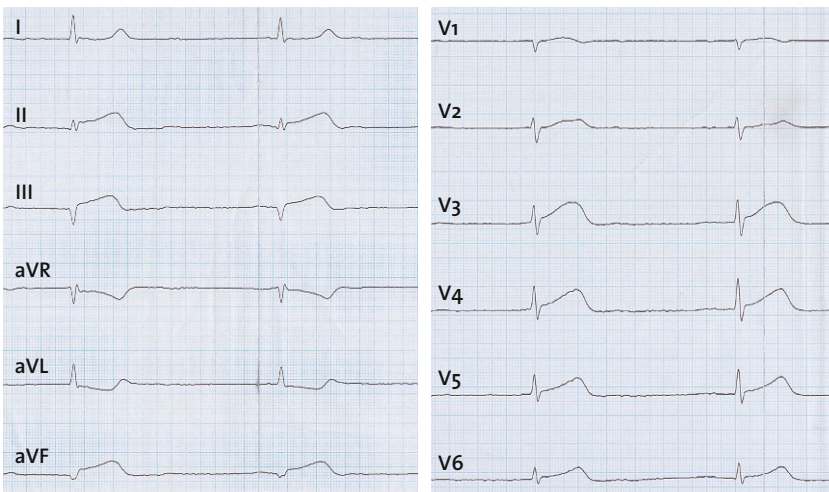


Abb. 1a und 1b Ausgedehnter Posterolateralinfarkt mit totalem AV-Block.

Fabula docet

Beim Diabetiker bleibt der Infarkt oft stumm

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 evtl. Dyspnoe. Deshalb sollte man insbesondere bei Typ-2-Diabetikern schon beim geringsten Verdacht auf ein koronares Ereignis immer ein EKG ableiten.