

Notfall Rettungsmed 2023 · 26:372–374
<https://doi.org/10.1007/s10049-022-01103-y>
 Angenommen: 31. Oktober 2022
 Online publiziert: 30. November 2022
 © Der/die Autor(en) 2022



Nur eine Panikattacke?

Saskia Zimmermann¹ · Michael Böckl² · Julian Georg Westphal³ · Jan-Christoph Lewejohann¹

¹ Klinik für Notfallmedizin, Universitätsklinikum Jena, Jena, Deutschland

² Klinik für Anästhesiologie, Klinikum der Universität München, München, Deutschland

³ Klinik für Innere Medizin I, Universitätsklinikum Jena, Jena, Deutschland

Anamnese

Eine 43-jährige Frau stellte sich wegen seit ca. zwei Jahren auftretender selbstlimitierender Anfälle von Herzrasen, die meist von präsynkopalem Schwindel begleitet waren, in der Notaufnahme vor. Die Episoden traten unprovokiert, allerdings gehäuft in Stresssituationen, auf. Zweimalig wurde auch eine Synkope beschrieben. Eine kardiologische und neurologische Abklärung einschließlich cMRT war bereits ambulant erfolgt. Dabei sei lediglich ein Mitralklappenprolaps diagnostiziert und die Symptomatik als Panikattacke gewertet worden. Brustschmerzen oder Luftnot sowie Alkohol- und anderweitiger Rauschmittelkonsum, abgesehen von einem Nikotinkonsum mit ca. 10 „pack years“, wurden verneint. Außer einer Faktor-V-Leiden-Mutation waren keine weiteren Vorerkrankungen bekannt, auch in der Familie gab es keine strukturellen Herzerkrankungen oder plötzliche Todesfälle. Keine Allergien, keine Vormedikation.

Untersuchung

Bei ärztlichem Erstkontakt präsentierte sich eine blasse, unruhig-agitierte Frau mit geschlossenen Augen. In der klinischen Untersuchung zeigte sich ein unauffälliger Befund, bis auf eine Tachypnoe und Tachykardie mit einer Herzfrequenz von ca. 120/min.

Diagnostik

Der Bedside-Monitor zeigte multiple monomorphe Extrasystolen mit intermittierenden Salven, die bis zu 20 s anhielten. Im unverzüglich angefertigten 12-Kanal-EKG (Abb. 1) wurde eine nichtbeständi-

ge ventrikuläre Tachykardie (VT) mit einer für den rechtsventrikulären Ausflusstrakt („right ventricular outflow tract“ [RVOT]) charakteristischen Morphologie sichtbar. Herzenzyme, D-Dimere, Entzündungsparameter und Schilddrüsenparameter waren normwertig. Auffällig war lediglich eine leichte Hypokaliämie (3,0 mmol/l) bei respiratorischer Alkalose.

Therapie und Verlauf

Die Patientin wurde in Reanimationsbereitschaft in den Schockraum übernommen. Es erfolgte eine Behandlung entsprechend dem ACLS-Algorithmus der American Heart Association für regelmäßige Breitkomplextachykardien mit Amiodaron und Magnesium, die bei Persistenz wiederholt wurde, sowie eine Kaliumsubstitution. Supportiv wurde aufgrund der Agitation eine Sedierung mit kumulativ 10 mg Midazolam durchgeführt. Die Maßnahmen führten zu einer Verbesserung der Beschwerdesymptomatik, begleitet von einer Spontankonversion in den Sinusrhythmus. Im Verlauf des weiteren stationären Aufenthalts erfolgten eine Kardio-MRT mit Kontrastmittel, eine TTE, ein 24-Stunden-EKG und eine elektrophysiologische Untersuchung ohne Nachweis einer strukturellen Herzerkrankung. Der Mitralklappenprolaps konnte nicht bestätigt werden. Nach Therapiebeginn mit Bisoprolol konnte die Patientin nach fünf-tägiger Beschwerdefreiheit ohne erneute VT-Intervalle entlassen werden.

Diskussion

Ca. 80 % aller VT ohne zugrunde liegende strukturelle Herzerkrankung haben ihren Ursprung im RVOT [4]. Die Hypokaliämie



QR-Code scannen & Beitrag online lesen



Abb. 1 ▲ 12-Kanal-EKG mit Schreibgeschwindigkeit 50 mm/s und 10 mm/mV. Monomorphe Breitkomplextachykardie und RVOT-Konfiguration (linksschenkelblockartig mit inferiorer QRS-Achse)

oder Stress waren möglicherweise (körperlich oder geistig) ein Trigger für die VT. Die idiopathische RVOT-VT betrifft häufiger das weibliche Geschlecht, zumeist im dritten bis fünften Lebensjahrzehnt [1, 5]. Es wird angenommen, dass ein cAMP-vermittelter überschießender Kalziumeinstrom das Auftreten der VT durch späte Nachpolarisationen triggert [2, 6, 7]. Zur Diagnosestellung können eine umfassende Eigen- und Familienanamnese, ein 12-Kanal-EKG während symptomatischer Episoden, eine Echokardiographie sowie ein Langzeit-EKG, eine Kardio-MRT und ggf. weiterführend eine elektrophysiologische Untersuchung, Biopsie, Autoimmunserologie und eine PET-CT herangezogen werden. Die Prognose ist bei RVOT-VT als „benigner“ Form einer ventrikulären Rhythmusstörung meist gut. Prognostisch ungünstige Faktoren sind u. a. ein gehäuftes Auftreten von Synkopen, der Übergang in Kammerflimmern und der plötzliche Herztod [7]. Betablocker, Kalziumkanalblocker (Verapamil) oder Klasse-I-Antiarrhythmika (Flecainid) sowie die Katheter-

ablation stellen Behandlungsoptionen dar, wobei Letztgenannte insgesamt eine höhere dauerhafte Erfolgsrate als die medikamentöse Therapie zeigt und laut der aktuellen ESC-Leitlinie 2022 als Erstlinientherapie bei symptomatischer RVOT-VT empfohlen wird [8]. Im Akutfall empfehlen die aktuellen ESC-Leitlinien bei einem instabilen Patienten die elektrische Kardioversion. Bei stabilem Patienten und Verdacht auf eine supraventrikuläre Genese wird die Durchführung eines Vagusmanövers oder die Gabe von Adenosin empfohlen. Auch bei nichtsupraventrikulärem Ursprung kann Adenosin die VT potenziell beenden. In jedem Fall sollte eine zügige Terminierung der VT erfolgen. Auch bei einem stabilen Patienten ist die elektrische Kardioversion möglich und bei einer Risikokonstellation für eine Sedierung die Gabe von Procainamid oder Amiodaron. Weitere Therapiemöglichkeiten bei bekanntem Ursprung der VT sind Betablocker oder Verapamil [8]. Differenzialdiagnostisch sind bei Auftreten von Tachykardien aus dem rechten Ventrikel eine

arrhythmogene rechtsventrikuläre Kardiomyopathie (ARVC), eine kardiale Sarkoidose, eine Myokarditis sowie ein Brugada-Syndrom und fokale Reentry-Tachykardien zu erwägen [3]. Ein regelmäßiges Follow-up zur Einschätzung der linksventrikulären Funktion sollte durchgeführt werden.

Retrospektiv war die Behandlung mit Amiodaron in diesem konkreten Fall möglicherweise nicht die Methode der Wahl, die Gabe eines der vorgenannten Medikamente wäre vorzuziehen. Die Diagnose sollte allerdings erst nach Ausschluss einer strukturellen Herzerkrankung gestellt werden [7].

Fazit für die Praxis

Bei rezidivierenden Palpitationen und Präsynkopen sollte vor Diagnosestellung einer Panikattacke immer ein EKG angefertigt werden, idealerweise während des Auftretens der Beschwerdesymptomatik. Bei Vorstellung im beschwerdefreien Intervall sollte ein 24-Stunden-EKG angefertigt werden, das mindestens eine Beschwerdeepisode enthält. Bei Bedarf sollte das EKG wiederholt werden und bei auffälligem Befund eine weiterfüh-

de Abklärung zum Ausschluss struktureller Herzerkrankungen erfolgen.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Saskia Zimmermann

Klinik für Notfallmedizin, Universitätsklinikum Jena
Jena, Deutschland
saskia.zimmermann@med.uni-jena.de

Funding. Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. S. Zimmermann, M. Böckl, J.G. Westphal und J.-C. Lewejohann geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autor/-innen keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien. Für Bildmaterial oder anderweitige Angaben innerhalb des Manuskripts, über die Patient/-innen zu identifizieren sind, liegt von ihnen und/oder ihren gesetzlichen Vertretern/Vertreterinnen eine schriftliche Einwilligung vor.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

1. Aizawa Md Y, Takatsuki Md S, Fukuda Md K (2014) ICD Therapy In RVOT-VT And Early Stage ARVD/C Patients. JAFIB 7:1086
2. Arya A, Piorkowski C, Sommer P et al (2007) Idiopathic outflow tract tachycardias: current perspectives. Herz 32:218–225
3. Lerman BB, Cheung JW, Ip JE et al (2018) Mechanistic subtypes of focal right ventricular tachycardia. J Cardiovasc Electrophysiol 29:1181–1188

4. Lerman BB, Stein KM, Markowitz SM (1996) Idiopathic right ventricular outflow tract tachycardia: a clinical approach. Pacing Clin Electrophysiol 19:2120–2137
5. Nakagawa M, Takahashi N, Nobe S et al (2002) Gender differences in various types of idiopathic ventricular tachycardia. J Cardiovasc Electrophysiol 13:633–638
6. Rillig A, Lin T, Ouyang F et al (2014) Which is the appropriate arrhythmia burden to offer RF ablation for RVOT tachycardias? JAFIB 7:1157
7. Wichter T, Paul M, Eckardt L et al (2004) Arrhythmien aus dem rechten Ventrikel. Internist 45:1125–1135
8. T-HJ ZK, De Riva M et al (2022) 2022 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death. Eur Heart J 43:3997–4126

Markus Weinert
Der 1-Minuten Arzt
Einfach. Besser.
Kommunizieren.

Why Not Publishing 2023, 292 S.,
(ISBN: 9783347878167), 49,95 EUR



Gute Kommunikation ist entscheidend. Sie ist der Schlüssel jeglicher Zusammenarbeit, und dennoch wird in der Ausbildung zum Mediziner so wenig Wert auf

diese entscheidende Komponente gelegt. Dieses Buch schließt eine Lücke, indem es auf erfrischend leichte Weise nicht nur Arzt-Patienten-Kommunikation mit vielen eindrücklichen Beispielen aus der Praxis illustriert, sondern es werden auch Themen angesprochen, die man sonst vergebens in medizinischen Kommunikationsbüchern sucht. Dieses Buch zeigt auf, warum Kommunikation wesentlich mehr ist als der Austausch von sachlichen Informationen, und gibt einen tiefen Einblick zum Umgang mit unseren Emotionen und auch der Rolle von Humor. Verschiedene Deeskalationstechniken werden ebenso behandelt wie der sinnvolle Umgang mit Fehlern. Was ist entscheidend bei der Kommunikation bei Notfällen? Dr. Weinert gibt hier einen klaren Leitfad. Welche Bedeutung hat Empathie beim ärztlichen Handeln oder beim Umgang mit „schwierigen“ Mitmenschen, seien sie Kollegen, Patienten oder Angehörige? Auch die oft sehr spezielle Interaktion mit Juristen oder den Medien wird beleuchtet. Das ganze Buch ist äußerst praxisnah und relevant gestaltet, dabei wird, wo möglich, auf solider wissenschaftlichen Grundlage geschrieben (172 Literaturstellen). Die klare Gliederung und der logische Aufbau machen es zu einem leicht zu lesenden Buch, trotz der Menge an Informationen. Am Ende jedes Kapitels gibt es eine Zusammenfassung und Praxistipps. Insgesamt kann ich das Buch uneingeschränkt empfehlen.

Prof. Dr. Volker Wenzel, M.Sc., FERC
Friedrichshafen / Tettngang