

# Wiederkehrende Synkopen unter Stress

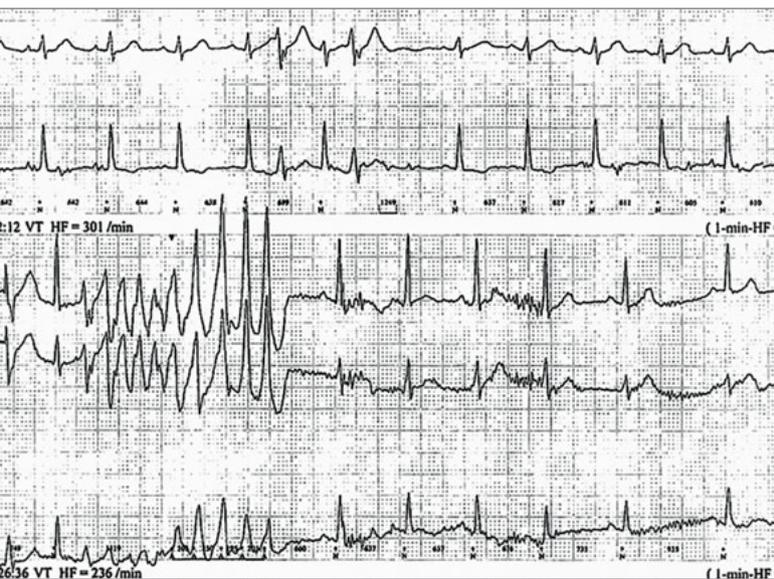


Abbildung 1: Langzeit-EKG mit polymorpher ventrikulärer Salve, Initiierung durch monomorphe ventrikuläre Extrasystole.

Eine 46-jährige Patientin stellte sich mit wiederkehrenden Synkopen in unserer Sprechstunde vor. Die Synkopen traten regelmäßig während besonderem physischen Stress auf. Als typische Situation wurde das rasche morgendliche Steigen der U-Bahn-Treppen geschildert, um rechtzeitig zur Arbeit zu kommen.

## Diagnostik

In der Abklärung insbesondere einer rhythmogenen Ursache der Synkope zeigte sich das Ruhe-EKG unauffällig. Im Echokardiogramm war die linksventrikuläre Pumpfunktion ohne pathologischen Befund, Herzhöhlen mit normaler Größe, kein Klappenvitium, unauffälliger rechter Ventrikel. Im Langzeit-EKG (Abbildung 1) fanden sich in zeitlichem Zusammenhang mit physischem Stress wiederkehrend hochfrequente, polymorphe ventrikuläre Salven. Auffällig war, dass die jeweilige ventrikuläre Tachyarrhythmie immer durch eine monomorphe ventrikuläre Extrasystole initiiert wurde. In der Herzkatheteruntersuchung konnte eine koronare Herzerkrankung ausgeschlossen werden. In der elektrophysiologischen Untersuchung war bei programmierter Kammerstimulation eine anhaltende, hochfrequente, polymorphe Kammertachykardie auslösbar, die hämodynamisch relevant war und mit externem Schock terminiert werden musste.

## Diagnose und initiale Therapie

Das Bild einer Stress-assoziierten, hochfrequenten, polymorphen ventrikulären Tachykardie sprach für die Diagnose einer „catecholaminergen, polymorphen, ventrikulären Tachykardie (CPVT)“, einer seltenen, primär rhythmologischen Erkrankung ohne begleitende strukturelle Herzerkrankung, die zum plötzlichen Herztod führen kann. Die autosomal-dominant vererbte Erkrankung hat eine Prävalenz von ca. 1:10.000. Die bei 60 Prozent dieser Patienten gezeigte Mutation des Ryanodin-Rezeptors fanden wir bei unserer Patientin nicht. Da die Patientin sich unter vorbestehender Therapie mit einem Betablocker (wegen einer milden arteriellen Hypertonie) mit wiederkehrenden Synkopen vorstellte, legten die internationalen Leitlinien zur Behandlung der CPVT die Implantation eines implantierbaren Kardioverter-Defibrillators (ICD) nahe, um den ansonsten drohenden plötzlichen Herztod zu verhindern. Wir implantierten somit einen Einkammer-ICD und führten die Betablocker-Therapie weiter.

## Weiterer Verlauf und Katheterablation

In der Folge präsentierte sich die Patientin weiter mit wiederkehrenden Synkopen in ca. vierteljährlichen Abständen. Bei ICD-Abfrage zeigten sich jeweils eine anhaltende, hochfrequente, polymorphe ventrikuläre Tachykardie

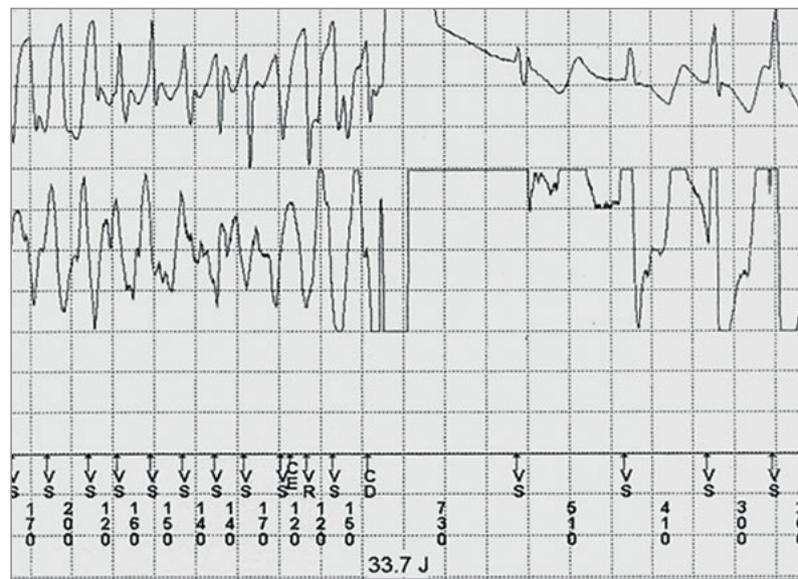


Abbildung 2: Termination einer polymorphen, hochfrequenten ventrikulären Tachykardie durch ICD-Schock.

oder Kammerflimmern, jeweils erfolgte die adäquate Terminierung durch den ersten Schock des ICD (Abbildung 2). Einen weiteren medikamentösen Therapieversuch, zum Beispiel mit dem spezifischen Antiarrhythmikum Flecainid (Studien zeigen eine mögliche Wirkung bei der CPVT), lehnte die Patientin ab.

So entschlossen wir uns zur Katheterablation der weiterhin jeder ventrikulären Tachyarrhythmie vorangehenden, rechtsschenkelblockartigen ventrikulären Extrasystole. Die Morphologie des Rechtsschenkelblocks sprach für einen Fokus in der linken Herzkammer. Nach erfolgter Katheterablation im Bereich des interventrikulären Septums ist die Patientin in einem Nachbeobachtungszeitraum von inzwischen 30 Monaten unter fortgeführtem, niedrig dosiertem Betablocker ohne Rezidiv ventrikulärer Tachyarrhythmien im Speicher des ICD und Langzeit-EKGs, Synkopen traten seither nicht mehr auf.

## Autoren

Professor Dr. Thomas Korte, Professor Dr. Christian Mewis, Dr. Markus Matula, Herzkatheterlabor Nymphenburg am Klinikum Dritter Orden, Menzinger Straße 44, 80638 München, E-Mail: thomas.korte@hgzn.de, Telefon 089 171106-0, Fax 089 171106-11