

# Synkope und Reanimation beim Tennisspiel

Ein 53-jähriger, sportlich aktiver, ernährungsbewusster Mann ohne kardiovaskuläre Risikofaktoren (ohne arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus, Hypercholesterinämie, Nikotinabusus oder positive Familienanamnese) synkopierte beim Tennisspielen.

Bis auf eine kurz zuvor beschriebene Schwindelsymptomatik keine Prodromi. Kein beobachtetes Krampfgeschehen. Passanten zufolge war der Patient zyanotisch.

Es wurde kein Puls getastet, weshalb sofort eine Laienreanimation eingeleitet und der Rettungsdienst alarmiert wurde. Der AED löste nicht aus. Nach einem Reanimationszyklus wehrte sich der Patient und war sofort wieder ansprechbar und vierfach orientiert. Zu dem synkopalen Ereignis bestand eine retrograde Amnesie.

In der Notaufnahme zeigte sich der Patient kardiopulmonal stabil, klinisch unauffällig, ohne typische Angina-pectoris-Beschwerden oder Dyspnoe. Der letzte ambulant durchgeführte kardiologische Check-up vor zwei Jahren aufgrund damals rezidivierend auftretender stechender Brustschmerzen sei unauffällig gewesen. In letzter Zeit wurden ebenfalls Brustschmerzen jeglicher Form sowie eine Belastungsdyspnoe oder weitere Symptome verneint. Der 53-jährige wies keine Vorerkrankungen auf und nahm keine Dauermedikation ein. Die Initialdiagnostik (körperliche Untersuchung, EKG, Labor mit Troponin I und Röntgenthorax, transthorakale Echokardiografie, Ergometrie) ergab keine akute Pathologie.

Bei bisher unauffälligen Untersuchungsbefunden und kontinuierlicher Beschwerdefreiheit wünschte der 53-jährige am Folgetag die Entlassung. Trotz des geringen kardiovaskulären Risikoprofils empfehlen wir dem Patienten eine weiterführende nicht-invasive Diagnostik mittels Koronar-CT. Dieses wurde wenige Tage später in domo durchgeführt. Das Koronar-CT zeigte eine ausgeprägte Kalklast im Bereich der proximalen LAD mit Verdacht auf eine höhergradige Stenose (Abbildung 1). Nach den ESC-Leitlinien von 2019, die die klinische Wahrscheinlichkeit einer obstruktiven koronaren Herzkrankheit auf der Basis von Angina-Symptomen, Risikofaktoren, Geschlecht und Alter differenzierter und patientenbezogen erfasst, wäre unser 53-jähriger Patient aufgrund fehlender Symptome als very low risk ( $\leq 5\%$ ) eingestuft worden.

In der folgenden invasiven Koronarangiografie bestätigte sich ein hochgradig subtotaler Ver-

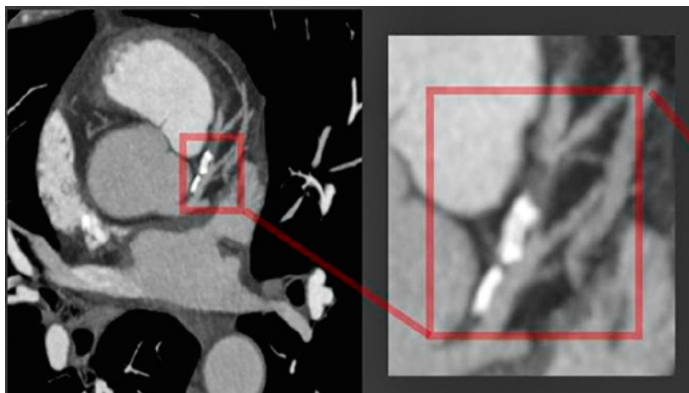


Abbildung 1: Koronar-CT mit Hinweis auf hochgradige Stenose der proximalen LAD.

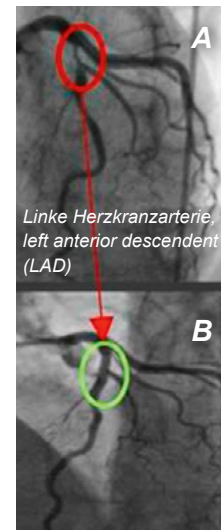


Abbildung 2: Koronarangiografie.  
A: Hochgradig subtotaler Verschluss der proximalen LAD (rot).  
B: Ergebnis nach perkutaner Koronarintervention und drug-eluting stent Implantation (grün).

schluss der proximalen LAD (Abbildung 2A), der erfolgreich mittels perkutaner Koronarintervention und Drug-Eluting Stent-Implantation behandelt werden konnte (Abbildung 2B). Der peri- und postinterventionelle Verlauf gestaltete sich komplikationslos.

Der Patient wurde auf eine duale Antiplättchentherapie sowie eine Therapie mit einem Statin eingestellt und beschwerdefrei entlassen.

## Diskussion

Der Fall verdeutlicht, dass gerade Patienten mit stummer koronarer Herzkrankheit in überwiegend symptomorientierten Scores oft unterschätzt werden können, weshalb die koronare CT-Angiographie zunehmend an Bedeutung gewinnt, insbesondere in niedrig- bis moderat-riskanten Gruppen [3]. Die während körperlicher Belastung aufgetretene Synkope lieferte in unserem Fall den entscheidenden Hinweis auf eine mögliche kardiale Ursache. Bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit kann eine Synkope selbst bei erhaltener linksventrikulärer Ejektionsfraktion das Risiko für einen plötzlichen Herztod etwa verdreifachen [4].

Gleichzeitig zeigt die in Deutschland durchgeführte randomisierte Tomahawk-Studie, dass eine standardmäßige Durchführung einer invasiven Koronarangiografie nach außerklinischer Reanimation keinen generellen Überlebensvorteil bringt und sogar Risiken birgt; sinnvoll ist sie

nur bei klarer Evidenz für eine koronare Ursache mit potenzieller Revaskularisationsmöglichkeit [5].

Entscheidend bleibt daher eine individuelle Patientenselektion. Zusammenfassend gilt am Ende unseres Fallberichts: Hinterher hat man es meist vorher gewusst – ein Argument mehr dafür, dass die Diagnostik manchmal über den gewohnten Blick hinausgehen muss.

Trotz etablierter Präventionsstrategien gegen klassische kardiovaskuläre Risikofaktoren finden sich – wie in unserem Fall – auch Patienten ohne erkennbares Risikoprofil mit manifester KHK, die zudem eine höhere Mortalität aufweisen, was die Bedeutung der Primär- und Sekundärprophylaxe nicht schmälert. Denn sie ist wichtiger Pfeiler in der Behandlung kardiovaskulärer Erkrankungen.

Das Literaturverzeichnis kann im Internet unter [www.bayerisches-aerzteblatt.de](http://www.bayerisches-aerzteblatt.de) (Aktuelles Heft) abgerufen werden.

## Autorin und Autoren

dr. med. Veronika Schmidt  
Dr. Andreas Czernic  
Professor Dr. Sebastian Kufner

Klinik für Kardiologie und internistische Intensivmedizin, Helios Klinikum München West, Steinerweg 5, 81241 München