

Atypische Angina pectoris

Diagnostische und therapeutische Überlegungen

von **Christiane Buhr**,
wissenschaftlich begleitet von
Professor Dr. Malte Ludwig*

Anamnese

Ein 41-jähriger Patient stellt sich mit akut aufgetretenem retrosternalem Druckgefühl und reduziertem Allgemeinzustand vor. Fünf Tage vorher hatte er an einem fieberhaften Infekt mit Lymphknotenschwellung gelitten. Der Patient gibt an, zwei Tage zuvor bereits eine kurze Episode von thorakalem Schmerz verspürt zu haben. Seither war er jedoch gänzlich beschwerdefrei gewesen. Frühere Belastungsdyspnoe oder -angina werden verneint.

Kardiovaskuläre Risikofaktoren: arterieller Hypertonus. **Auskultation:** I. + 2. Herzton rein, keine pathologischen Nebengeräusche.

Aufnahmediagnose

akutes Koronarsyndrom

Technische Untersuchungen

Elektrokardiographie: signifikante Infarkttypische ST-Strecken-Hebungen (Abb. 1).

Laborchemie: Troponin I 21,75 ng/ml, CK 908 U/l, CK-MB 81 U/l, Myoglobin 298 µg/l, CRP 0,7 mg/dl, BNP-Wert 79,8 pg/ml.

Koronarangiographie: keine signifikanten Koronarstenosen oder -anomalien.

Echokardiographie: erhöhte linksventrikuläre Muskelmasse mit 205 g/m² (Normwert für Männer < 134 g/m²), posterolaterale Hypokinesie, diastolische Dysfunktion I°.

MRT: subepikardiales fleckförmiges „late enhancement“ (Abb. 2). **Myokardbiopsie:** lymphozytäres Infiltrat und Nekrose einzelner Herzmuskelzellen (Abb.3). **PCR des Myokards:** Nachweis von Parvovirus B19.

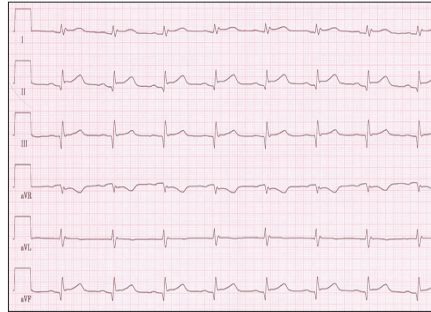


Abbildung 1

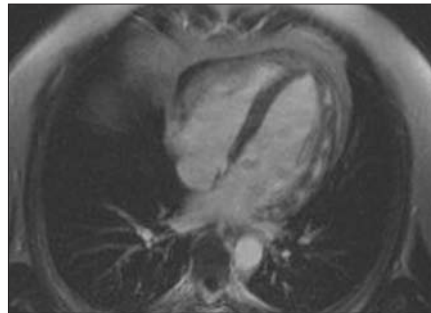


Abbildung 2

Verlauf

Neben körperlicher Schonung wird eine Therapie mittels β -Blocker zur Unterstützung und Entlastung der kardialen Leistung eingeleitet. Hierunter ist der Patient im weiteren Verlauf beschwerdefrei. Die Herzenzyme erreichen innerhalb von 14 Tagen Normwerte und auch die ST-Hebungen im EKG sind regredient, wobei nach drei Tagen eine T-Negativierung auftritt. Binnen zwei Monaten kommt es zur vollständigen Erholung der linksventrikulären Funktion mit Rückbildung der Wandbewegungsstörungen und der diastolischen Dysfunktion sowie Normalisierung der linksventrikulären Muskelmasse.

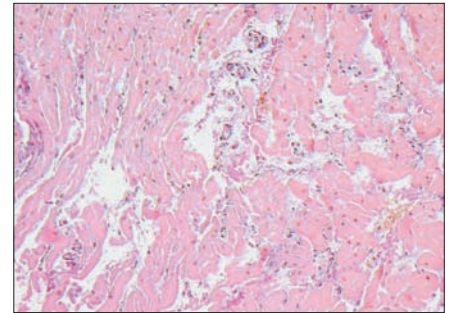


Abbildung 3

Kurzanleitung zur „Zertifizierten Kasuistik“

Hinweis: Die 2 Fortbildungspunkte können über das System des Einheitlichen Informationsverteilers (EIV) Ihrem Punktekonto bei der Ärztekammer gutgeschrieben werden (siehe S. 8 der Ausgabe RhÄ 1/2006). Es werden Ihre Einheitliche Fortbildungsnummer, die Veranstaltungsnummer und die Anzahl der Punkte übermittelt.

via Rheinisches Ärzteblatt

Im *Rheinischen Ärzteblatt* werden jeweils veröffentlicht: der einführende Artikel zum Thema, der Fragenkatalog und die Lernerfolgskontrolle und Bescheinigung. Ausführliche medizinische Informationen, insbesondere zum differenzialdiagnostischen Vorgehen werden parallel im Internet www.aekno.de in der Rubrik „Rheinisches Ärzteblatt/Themen“ im Anschluss an den Artikel veröffentlicht.

Einsendeschluss: Die Lernerfolgskontrolle muss spätestens bis **Mittwoch 27.2.2008** per Fax oder per Post eingegangen sein (Poststempel). Fax: 0211/4302-18412, Postanschrift: Nordrheinische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung, Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf.

Auflösung: im Heft 3/2008 in der Rubrik Nachrichten in Kürze.

via www.aekno.de

Die Zertifizierte Kasuistik findet sich auf der Homepage der Ärztekammer Nordrhein (www.aekno.de) unter anderem in der Rubrik „Fortbildung/OnlineFortbildung“.

Anmeldung: Nach erstmaliger Registrierung erfolgt die zukünftige Anmeldung über Nachnamen und die per E-Mail übermittelte Benutzer-ID.

* Christiane Buhr ist Assistenzärztin in der kardiologischen Klinik der Uniklinik Essen – Westdeutsches Herzzentrum Essen. Professor Dr. Malte Ludwig ist Chefarzt der Abteilung für Angiologie und Phlebologie am Krankenhaus Tutzing.

Fragenkatalog zur Zertifizierten Kasuistik

Atypische Angina pectoris

Bitte übertragen Sie Ihre Antworten auf die dafür vorgesehene Lernerfolgskontrolle auf der nächsten Seite. Für die erfolgreiche Teilnahme an der Fortbildung müssen mindestens sieben Fragen richtig beantwortet sein.

1. Die erhobenen Befunde sprechen am ehesten für das Vorliegen einer

- a) koronaren Herzerkrankung.
- b) abgelaufenen Myokarditis heilend oder ausgeheilt.
- c) akuten Myokarditis.
- d) Perikarditis.
- e) dilatativen Kardiomyopathie.

2. Die 1986 publizierten Dallas-Kriterien zur Diagnosestellung der Myokarditis fordern

- a) eine Reduktion der linksventrikulären Funktion von mindestens 10 Prozent in der Echokardiographie.
- b) ein entzündliches Infiltrat des Myokards mit Nekrose und/oder degenerativen Veränderungen der benachbarten Myozyten.
- c) einen Virusnachweis mittels PCR in der Myokardbiopsie.
- d) das Vorliegen von mindestens einem Haupt- und fünf Nebenkriterien oder zwei Haupt- und drei Nebenkriterien.
- e) den Virusnachweis im Blut.

3. Welches der aufgeführten Symptome gehört nicht zum typischen Bild einer Virusmyokarditis?

- a) Palpitationen
- b) Herzrhythmusstörungen
- c) atypische Angina pectoris
- d) Dyspnoe
- e) Exanthem

4. Welche Aussage trifft zu? In der MRT-Untersuchung können sich beim Vorliegen einer Myokarditis typischerweise folgende Befunde finden:

- 1) mittmyokardiales bis subepikardiales „late enhancement“
- 2) subendokardiales „late enhancement“
- 3) Ödem
- 4) Wandbewegungsstörungen
- 5) Einschränkung der linksventrikulären Ejektionsfraktion

- a) Nur 1 ist richtig.
- b) 1 und 2 sind richtig.
- c) 1 und 3 sind richtig.
- d) 1, 3, 4 und 5 sind richtig.
- e) Alle Antworten sind richtig.

5) Welche Aussage zur MRT ist richtig?

- a) Eine Signalanhebung in den T2-gewichteten Sequenzen ist typisch für eine abgelaufene Myokarditis.
- b) Eine Signalanhebung in den T2-gewichteten Sequenzen ist typisch für eine akute Myokarditis mit Ödem.
- c) Begleitende Wandbewegungsstörungen treten in den seltensten Fällen auf.
- d) Das MRT ist derzeit der Goldstandard zur Diagnostik der Myokarditis.
- e) Späte Kontrastmittelanreicherung bei Myokarditis betrifft hauptsächlich die freie Wand des rechten Ventrikels.

6) Welche Ursachen der ST-Streckenhebungen müssen differentialdiagnostisch in Betracht gezogen werden?

- 1) Frühe Repolarisation
- 2) Aneurysma
- 3) ST-Hebungsinfarkt
- 4) Linksherzhypertrophie
- 5) Tako Tsubo Syndrom

- a) Nur 1 ist richtig.
- b) 1 und 2 sind richtig.
- c) 1 und 3 sind richtig.
- d) 1, 3 und 4 sind richtig.
- e) Alle Antworten sind richtig.

7) Mit welchen Begleiterkrankungen kann die Myokarditis vergesellschaftet sein?

- 1) HIV
- 2) Ischämie
- 3) Sarkoidose
- 4) Lupus erythematoses
- 5) Hepatitis C

- a) Nur 1 ist richtig.
- b) 1 und 2 sind richtig.
- c) 1 und 3 sind richtig.
- d) 1, 3 und 4 sind richtig.
- e) Alle Antworten sind richtig.

8) Die WHO-Klassifikation der Kardiomyopathien unterscheidet Hauptformen und spezifische Kardiomyopathien. Welche der aufgeführten Kardiomyopathien gehört zu den Hauptformen?

- a) Ischämische Kardiomyopathie
- b) Hypertensive Kardiomyopathie
- c) Inflammatorische Kardiomyopathie
- d) Arrhythmogene rechtsventrikuläre Kardiomyopathie (ARVC)
- e) Toxische Kardiomyopathie

9) Welche Aussage zur inflammatorischen Kardiomyopathie mit Virusnachweis trifft nicht zu?

- a) Mit der Viruselimination kann die kardiale Funktion verbessert werden.
- b) Erste Studien zur Therapie wurden mit Interferon durchgeführt.
- c) Die Verbesserung der kardialen Funktion ist meist mit einer deutlichen Reduktion der Viruslast assoziiert.
- d) Bei Persistenz des Virus und der Viruslast kommt es häufig zu einer langsamen Verbesserung der kardialen Funktion.
- e) Die Viruslast kann durch die Endomyokardbiopsie bestimmt werden.

10) Die Herzmuskelbiopsie bei Myokarditis erlaubt Aussagen zu

- a) der Histologie.
- b) der Immunhistologie.
- c) der Virologie.
- d) keinem in a – c aufgeführten diagnostischen Verfahren.
- e) allen in a – c aufgeführten diagnostischen Verfahren.

Lernerfolgskontrolle und Bescheinigung der Zertifizierten Kasuistik zum Thema „Atypische Angina pectoris“



★ 2 7 6 0 5 1 2 0 0 7 0 3 5 3 6 0 0 4 2 ★

Hier Teilnehmer EFN-Dode aufkleben

Titel, Vorname, Name (Bitte Druckbuchstaben)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

(Eine Weitergabe der erworbenen Punkte ist nur bei aufgeklebtem Barcode möglich.)

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Fortbildungspunkte über den EIV meinem elektronischem Punktekonto auf elektronischem Wege gutgeschrieben werden (Näheres siehe Rheinisches Ärzteblatt 11/2005 S. 11f.).

Bitte füllen Sie die Lernerfolgskontrolle aus und unterzeichnen Sie die Erklärung.

Einsendeschluss: Mittwoch, 27. Februar 2008 per Fax oder Post (Poststempel)

Faxnummer: 0211/4302 18412

Postadresse: Nordrheinische Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung, Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf

Lernerfolgskontrolle

Zertifizierte Kasuistik „Atypische Angina pectoris“ (Rheinisches Ärzteblatt 1/2008)

Bitte nur eine Antwort pro Frage ankreuzen

Frage	Antwort	a)	b)	c)	d)	e)
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						

Erklärung: Ich versichere, dass ich die Beantwortung der Fragen selbst und ohne fremde Hilfe durchgeführt habe.

Ort, Datum, Unterschrift

Bescheinigung

Hiermit wird bescheinigt, dass bei der Lernerfolgskontrolle mindestens 70 % der Fragen richtig beantwortet wurden. Für die Zertifizierte Kasuistik werden 2 Fortbildungspunkte angerechnet.

Die Fortbildungspunkte können nicht zuerkannt werden, da weniger als 70 % der Fragen richtig beantwortet wurden.

Auflösung im *Rheinischen Ärzteblatt* März 2008 in der Rubrik Nachrichten in Kürze.

Düsseldorf, den _____

(Datum, Stempel, Unterschrift) **Diese Bescheinigung ist nur mit Stempel gültig.**