

Frauenherzen

4 Patientinnen aus der hausärztlichen Praxis

Dr.med.Mona Hasna

Allgemeine Innere Medizin FMH

Basel



4 Frauen, 4 Konsultationsgründe

Sx re Kieferwinkel, Ohrenschmerzen re, Druck über re. SD-Lappen

51-jährige Kunsttherapeutin, 175 cm, 70 kg, RR 125/70, Puls 64/min unregelm.

- >>> Nicht-anhaltende, monomorphe Breitenkomplextachycardie, PCCS III

schon länger währende familiäre Konfliktsituation mit depressiver Entwicklung

70-jährige Bäuerin, 168cm, 87 kg, RR 130/80, Puls 72/min regelm.

- >>> ektopische atriale Tachycardien mit Rezidiv nach Ablation, AV-Knoten-Reentry Tachykardie, AP CCS II

psycho-physische Erschöpfung wegen massivem Tinnitus, „aber irgendwie stimmt körperlich sonst noch was nicht mehr mit mir“

57-jährige freischaffende Musikerin, 160cm, 62 kg, RR 120/80, Puls 80/min regelm.

- >>> AP CCS II-III, V.a. paroxysmale Tachycardien

Rezept, fast schon beim Verabschieden fällt langsamer Puls auf

43-jährige Projektleiterin in der Pharmaindustrie, 170 cm, 83 kg, RR 100/60, Puls 44/min regelm.

- >>> AV Block III° mit kompletter AV-Dissoziation>>>Schrittmacher-Empfehlung
- >>>> A.spinalis anterior-Syndrom mit spinaler Ischämie bei Kreislaufstillstand und cardiopulm. Reanimation

Herz der Kunsttherapeutin

KV-Risikofaktore:

pos. Familienanamnese

Notfall-EKG:

ausgeprägte normofrequente Sinusarrhythmie >>>

LZ-EKG (24 h):

mehrere Sinustachycardien mit ST-Streckensenkung,
nicht-anhaltende, monomorphe Kammertachycardie >>>

Echo:

inferiore, inferolaterale Hypokinesie >>>

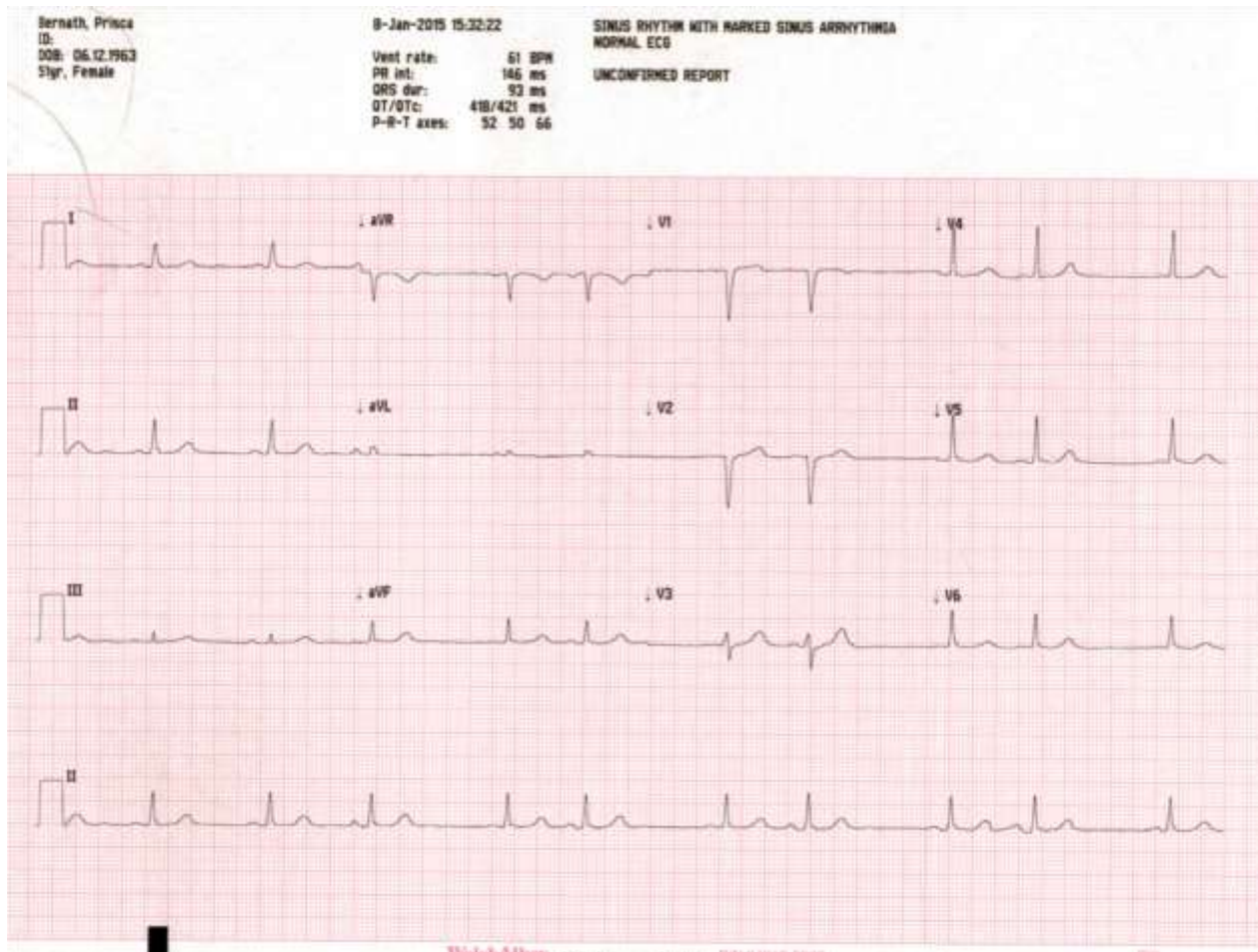
Ergo/Stressecho:

Abbruch bei 100 Watt wegen AP CC III mit ST-Streckensenkungen II, III,
avF, V4-6 >>>

Koro:

Ausschluss einer stenosierenden Koronarsklerose

EKG Erstkonsultation



Herz der Bäuerin

KV-Risikoprofil:

Art.Hypertonie (behandelt), Hyperchol.ämie (behandelt), pos.FA(Mutter mit 38 J.an Herzversagen verstorben, Bruder mit 60J.MI, Tochter unklare Oedeme und Anasarka)

EKG:

Normalbefund

Echo:

Normalbefund >>>

Ergo:

gute Leistungsfähigkeit, regelrechte Herzfrequenz und RR – Regulation, nur diskrete ST-Streckensenkung inferior und V5 , reversibel 3 Min. nach Belastung >>>

Stressechocardiographie :

umschriebene Kinetikstörung inferolateral >>>

Koronarangiographie:

Ausschluss einer stenosierenden Koronarsklerose

LZ-EKG: klinisch asymptomatische supraventrikuläre Tachycardien, DD: Reentrytachycardie?

Therapieversuch mit Dilatrend, wird von der Patientin nicht gut toleriert, Umstellung auf Isoptin120

Klinischer Verlauf: unter Therapie jetzt rez. paroxysmale Palpitationen zT mit Unwohlsein >>>

Verlaufs-24 h EKG: **Paroxysmale supraventrikuläre, regelmässige Tachycardien in Ruhe Kammerfrequenz 125/min, bei Anstrengung bis 175/min , da Re-Entry-Mechanismus (ggf. AVNRT) wahrscheinlich**
>>>

Elektrophysiologische Untersuchung : **Vorhoftachycardie mit Ursprung Bereich Crista terminalis im hohen re. Vorhof >>>erfolgreiche Katheterablation der ektopen, atrialen Re-Entry-Tachycardie**

Klinischer Verlauf: **2 Monate nach Ablation erneut regelmässiges Herzrasen mit Ruhedfrequenzen >100(min (ggf. wegen des abrupten Absetzen des Antidepressivums (Cipralext) und eines akuten HWI)**
>>> **LZ-EKG : unauffällig, Pat. berichtet aber weiterhin von störenden Palpitationen und dem Gefühl von Herz-Absackern >>>**

Implantation eines sc-gelegenen Micro-Ereignisrecorder (Medtronic-carelink:

regelmässige supraventrikuläre Tachycardien mit ff bis 170/min, keine eindeutigen P-Wellen (35 Episoden in 5 Wo)

DD: Rezidiv der behandelten atrialen Tachycardie oder eine AV-Knotenreentrytachycardie bei dualer AV-Knotenphysiologie

>>>

Erneute elektrophysiologische Untersuchung: **Rezidiv der Arrhythmie>>erneute Ablation**

Klinischer Verlauf: **seit Austritt aus dem Spital Dyspnoe bei geringster körperlicher Belastung. Ursache bisher unklar**

Herz der Musikerin

KV-Risikoprofil:

Ex Nikotin-Konsum (seit 15 J stopp), LDL 5,4, Chol. 7,4, beh.Art.Hypertonie, pos.FA: Vater vor dem 60 LJ. MI)

EKG:

Normalbefund>>>

Echocardiographie:

LV-Hypertrophie, ansonsten Normalbefund >>>

Ergo/Stressechocardiographie:

>>Abbruch wegen zunehmender AP ab 100 Watt, regelrechte HF und grenzwertig hypertensiver RR-Regulation, Hinweis für induzierbare Myocardischämie antero-apical >>>

Koronarangiographie wegen AP CCII-III:

Ausschluss einer stenosierenden Koronarsklerose, Koronarien, insbesondere Vorderwandarterie (LAD) aber sehr enggestellt, reversibel nach Nitro ic

LV-Angio: normal dimensionierter , alseits gut kontraktiles li Ventrikel (EF ca. 60%)

>>> Störung der koronaren Endothelfunktion (Hyperchol.ämie getriggert) am ehesten Ursache der Angina pectoris (Therapie mit ASS 100, Dilzem 90 und Crestor 5)

Herz der Projektleiterin

Ruhe EKG :

SR, Kammerfrequenz 43/min, AV Block 3° mit kompletter AV-Dissoziation, unterschiedliche QRS Morphologie, kompl. RSB

Echocardiographie:

morpholog. normales Herz >>>

Ergometrie/Stressecho:

leicht red. Leistungsfähigkeit, chronotr. Inkompetenz (HF max 75/min bei 125 Watt) und regelrechte RR-Regulation, kein Hinweis für induzierbare Myocardischämie >>>

LZ-EKG:

in 40 h Aufzeichnungszeitraum >600 Pausen >2s, max.2,2s tags u.nachts bei AV Block 3°

>>> wegen asymptomatischer Pat. und Pausen <3 s >>> elektive Schrittmacher Indikation bei deutlich chronotroper Inkompetenz und Abklärung des am ehesten erworbenen AV-Blocks (Borreliose-Serologie (unauffällig). , Sarkoidose (im CT kein Hinweis))

>>>klinischer Verlauf:

Pat. ist bestürzt über die Befunde und der SM-thematik, möchte zunächst ihre Geschäftsreise in die USA antreten und ggf nach ihrer Rückkehr weitere Untersuchungen machen

In der 24 h EKG Verlaufskontrolle einige Wochen später , fand sich eine **Frequenzstarre Tag/Nacht (48/42/min). Chronotrope Inkompetenz bei überwiegend AV-Block III mit AV-Dissoziation. Nächtliche Kammerfrequenz von bis zu 29/min**

Prof. Dr.Hornig bespricht mit der Pat. die bestehende Schrittmacherindikation. (8.4.14)

Pat. kommt im Anschluss in meine Sprechstunde und bekundet ihren Widerwillen bzgl. Schrittmacher-Implantation. **Es gehe ihr gut, sie habe keine Beschwerden und sehe nicht wirklich ein warum sie sich dieser Prozedur unterziehen sollte.**

Versuche der Pat. nochmals die Notwendigkeit der SM-Implantation nahe zu bringen.

Pat. wehrt weiterhin ab, könne sich im Moment noch nicht zu so einem Schritt entschliessen.

>>>

Am 3.5.14 wird Pat. mit dem Notarzt in ein Karlsruher KH gebracht, sie war beim Einkaufen in einer Kundentoilette bewusstlos aufgefunden worden und über mehrere Minuten nicht ansprechbar gewesen.

Am 6.5.14 sollte die SM-Implantation erfolgen. Auf den Weg in den OP wird Patientin wegen einer **Asystolie reanimationspflichtig** (P. ging noch schnell auf die Toilette, hatte dort die Asystolie und konnte erst nach dem die Pflege sie vermisste, sie gefunden wurde und die Tür aufgebrochen werden musste, reanimiert werden!)

Anlage des SM unter cardiopulm. Reanimation

>>>> **Hypoxische Enzephalopathie ED 6.5.14 (initial GCS 3)**

**Hochgradiger V.a. A:spinalis anterior-Syndrom mit spinaler Ischämie
mit inkompletter schlaffer Paraplegie**

nach kardiopulmonaler Reanimation bei Asystolie iR. eines AV-Blocks 3°

Ursache des AV-Blocks blieb bis dato unklar, genetische Ursachen wurden gesucht.

Verlegung nach 1 Monat mit kognitiven Defiziten und inkompletter Paraplegie ins REHAB Basel dort vom 2.6.14 bis 12.12.14 stationär

Seit Mitte Dez.14 in der Tagesklinik des REHAB.

Seit März 15 arbeitet Pat. wieder zu 30 % an ihrem alten Arbeitsplatz. Gebäude wurde behindertengerecht umgebaut.

Patientin ist kognitiv wieder voll da, allerdings zeitlich noch beschränkt belastbar.

Läuft bereits kurze Strecken mit US-Orthesen ohne Stöcke.

Ziel der Patientin: die 100% AF

4 Frauen, 4 Herzen, 4 Lehrstücke

1. Patientin mit nicht-anhaltender monomorpher Breitenkomplex-Tachycardie, AP CCS III
Pat. ist zu jung um Beschwerden so stehen zu lassen, hat ein path. Stressecho, lebenslange Medikation ist keine Option>>>da muss mittels Coro nachgeschaut werden
2. Patientin mit ektopter atrialer Tachycardie, Rezidiv nach Ablation, AV-Knoten-Reentry-Tachycardie
Pat. kommt Monate lang wegen „seelischen Herzschmerzen“, plötzlich ändert die Symptombeschreibung, trotz der psychiatrischen Anamnese >>> ernstnehmen, suchen!
3. Patientin mit AP CCS II-III, V.a. paroxysmaler Tachycardie
Es hat sich sicherlich gelohnt bereits kurze Zeit nach der 1. kardiologischen Standortbestimmung nochmals „nachzusehen“.
4. Patientin mit AV-Block 3° und Schrittmacherindikation
eine körperliche Untersuchung lohnt sich immer! auch junge Menschen können gravierende Herzerkrankungen/HRST haben, die lange asymptomatisch bleiben, weil sie im Alltag adaptiert sind

51-jährige Patientin, Kunsttherapeutin, RNF-Dienst wegen akuten Sx re Kieferwinkel, re Ohr und re. Halsseite

Anamnese und körperliche Untersuchung >>> Diagnose und Therapie

- V.a entzündlichen Prozess im Bereich des Weisheitszahns re,
- beginnende Otitis media re,
- unklarer Druckschmerz, Schmerz re SD-Lappen DD: Thyreoiditis de Quervain

>>>UEW zum Zahnarzt, Antibiose und SD-Diagnostik

beim Verabschieden berichtet die Patientin fast beiläufig sie habe in der letzten Nacht für einige Minuten „Herzrasen“ und festes Klopfen hinter dem Brustbein verspürt, Angstgefühle seien auch dabei gewesen, jetzt sei aber alles wieder gut!

wegen Notfallkonsultation eigentlich keine Zeit mehr! aber trotzdem genauere Befragung bzgl. Herzsensationen

>>>seit 6 Mon. bei körperlicher Anstrengung Engegefühl hinter dem Brustbein zT. ganzer Brustkorb (als ob ein Gürtel um den Brustkorb gezogen würde) mit Ausstrahlung bis in die Kehle, wo es zu einem Würgegefühl käme.

Am Vortag erstmalig auch nachts. Bei genauerer Befragung spüre sie ihren Puls eigentlich schon seit Monaten immer wieder als ob er flattern würde, auch sei der Pulsschlag sehr hart. Einen äusseren Grund dafür sehe sie nicht.

KV-Risikofaktoren: pos. Familienanamnese

70-jährige Patientin, Bäuerin, in der hausärztlichen Sprechstunde wegen seelisch stark belastender Konfliktsituation i.R. der Weitergabe des Hofes an den Sohn, im Verlauf Entwicklung einer schweren depressiven Episode

bei einer der Konsultationen berichtet Patientin ihr sei neben all dem seelischen Schmerz um den Hof, der Enttäuschung wegen dem Sohn und den Sorgen um den Ehemann, aufgefallen, dass sie in letzter Zeit auch sich anders anfühlende Schmerzen in der Brust habe, v.a. beim Bergauflaufen und beim Velofahren. Sie verspüre dann so ein Engegefühl hinter dem Brustbein und ein Panzergefühl um den Brustkorb mit Ausstrahlung in die Kehle und Hals.

Gelegentlich käme dies in letzter Zeit auch auch in Ruhe vor. Palpitationen verspüre sie keine. Gelegentlich wache sie nachts auf, fühle sich elend, dies sei aber ganz anders als das Engegefühl bei körperlicher Belastung. Sie dachte es wäre vielleicht gut, dies mal bei mir zu erwähnen. Es wäre ihr fast peinlich, würde sie doch schon seit Wochen in der Sprechstunde jammern müssen und das sei so gar nicht ihre Art.

KV-Risikofaktoren: Hypertonie (seit 6 Jahren behandelt), Hypercholestrinämie (behandelt)

pos. Familienanamnese (Mutter mit 38 J. an Herzversagen verstorben, ein Bruder mit Anfang 60 Herzinfarkt, Tochter mit Herzproblemen mit Oedemen und Anasarka)

Herz >>>>

57-jährige Patientin, freischaffende Musikerin, in der Sprechstunde wegen psychophysischer Erschöpfung nach Hörsturz vor halben Jahr, mit anhaltendem Tinnitus und chronischem Partnerschaftskonflikt

sie spüre sie sei wegen der Gesamtsituation erschöpft, aber irgend etwas stimme zusätzlich nicht

Anamnestisch berichtet die Pat., dass sie neben der Anstrengung als Musikern mit einem verminderten Gehör und dem störenden Pfeiffon zu arbeiten, das Gefühl habe irgend etwas stimme mit ihrem Schnuff und der linken Seite (zeigt dabei auf die Herzgegend) nicht mehr. Natürlich sei sie durch das Ohr psychisch recht belastet auch würde der chronisch erschöpfende Partnerschaftskonflikt das seinige dazu beitragen, aber sie würde auch körperlich, beim Joggen und in letzter Zeit auch bei den Chorproben nicht mehr so leistungsfähig sein, ein Druck hinter dem Brustbein mit Ausstrahlung in den li. Arm käme immer öfters vor. Sie habe deshalb das Joggen schon zunehmend vermieden, sei traurig darüber, da sie sich ohne körperliche Bewegung noch müder fühle und auch an Gewicht zugenommen habe. Die ganze Situation würde sie verunsichern >>>

KV-Risikofaktoren: Ex-Nikotin-Konsum (seit ca 15 J.stop, vorher ca 15 packyears), Hyperchol.ämie (LDL 5.4 mmol/l, G.Chol.7.3), Art.Hypertonie (behandelt, normoton) pos. Familienanamnese: Vater 1. Herzinfarkt vor dem 60. LJ

Wegen v..a paroxysmalen Tachycardien war Pat. **bereits vor anderthalb Jahren zur kardiologischen Standortbestimmung** bei Prof. Dr Hornig, damals fand sich eine **behandlungsbedürftige Art.Hypertonie** , sowie in der Echocardiographie darstellbare **dicke, ins aortale Lumen ragende sklerosierte Atherome bei ansonsten cardialem Normalbefund.**

Stressechocardiographie: regelrecht bis 120s 150 Watt, **ohne induzierbare Kinetikstörung.**

Behandlungsbeginn mit Atorvastin 40, Cosaar 50, regelmässige körperl. Aktivität. Unter der Therapie stabilisierten sich die RR Werte und die Cholesterinwerte sanken.

43-jährige Patientin, Projektleiterin in einem Pharmabetrieb, Erstkonsultation, kommt nur schnell für Rp in die Sprechstunde. Geschäftsreise in die USA stehe bevor. Bei bekannter hereditärer Thrombophilie bei Faktor 5 Leiden Mangel brauche Pat. niedermol. Heparin während der Flugreise.

Sehe Patientin zum ersten Mal, bespreche Thromboseprophylaxe, mache bei völlig asymptomatischer Pat., mehr der Form halber vor dem Verabschieden noch kurzen körperlichen Status mit RR und Puls, dabei fällt eine ff von 45/min auf! >>>

EKG: Sinusbradycardie (HF 43/min), linksanteriorer Hemiblock, sowie Rechtsschenkelblock

Genauere Anamnese: aus beruflichen Gründen würde sie seit 1 Jahr keinen Sport mehr betreiben, davor ca. 2 Std /Wo Tennis und Bogenschiessen ohne Beschwerden. Synkopen seien bisher noch nie aufgetreten, Schwindelgefühl in letzter Zeit öfters Mal beim Aufstehen, aber eigentlich fühle sich Pat. kerngesund, vielleicht ein bisschen viel Stress in der Arbeit

KV-Risikofaktoren: pos. FA: Bruder der Mutter mit 55J. an MI verstorben, Grossmutter mütterlicherseits mit >80J. Schrittmacher benötigt, Bruder mit Art.Hypertonie, keine Fälle von plötzlichem Herztod im jungen Erwachsenenalter.

>>>

Sofortige UeW zur kardiologischen Abklärung bei hochpathologischen Ruhe-EKG