

Inkomplett trifaszikulärer Block

Beat Schaer, Peter Ammann, Stefan Osswald

Der 55jährige Patient mit schlecht eingestellter Hypertonie wurde wegen zunehmender Dyspnoe kardiologisch abgeklärt (Echokardiographie, Koronarographie). Es wurde die Diagnose einer hypertensiven Herzkrankheit mit schwer eingeschränkter Funktion (EF 25%) gestellt. Das EKG zeigte einen kompletten Linksschenkelblock (LSB) mit einem AV-Block I (Abb. 1 ). Trotz einer 4er-Kombination persistierten initial Hypertonie und Dyspnoe NYHA III. Wegen einer

selbstlimitierenden Kammertachykardie von 10 Schlägen wurde eine elektrophysiologische Abklärung (EPS) durchgeführt. Unter der Therapie war der Patient zwischenzeitlich fast beschwerdefrei geworden (NYHA I); er erwähnte aber Präsynkopen, die vasovagal beziehungsweise bradykardieverdächtig waren.

Das intrakardiale EKG (Abb. 2 ) zeigte neben dem bekannten kompletten LSB (QRS-Breite 170 ms) einen hochgradigen AV-Block I (PQ-Zeit 295 ms) mit einem deutlich verlängerten HV-Intervall (95 ms, Norm bis 55 ms) als Ausdruck einer schweren infranodalen Reizleitungsstörung. Aufgrund der Reizleitungsstörungen und der Synkopenanamnese wurde ein Zweikammerschrittmacher implantiert; auf einen zusätzlichen Defibrillator wurde bei fehlender Induzierbarkeit von Kammertachykardien verzichtet.

Die Unterscheidung eines potentiell benignen nodalen AV-Block (normales HV-Intervall) von einem infranodalen Block mit hohem Risiko für einen kompletten AV-Block im Verlauf, ist im Oberflächen-EKG alleine nicht möglich, sondern kann nur mittels intrakardialen Messungen erfolgen. Bei Patienten mit einem inkomplett trifaszikulären Block (AV-Block Grad I mit LSB, mit Rechtsschenkelblock, RSB, und linksanteriorem Hemiblock oder mit RSB und linksposteriorem Hemiblock) und einer Synkopenanamnese besteht eine eindeutige Schrittmacherindikation. Auf jeden Fall sollten Medikamente (Betablocker, Verapamil, Amiodarone etc.), welche die AV-Überleitung und vor allem die infranodale Reizleitung weiter verschlechtern können, vermieden werden.



Abbildung 1.
12-Kanal-EKG mit komplettem Linksschenkelblock und AV-Block I, sog. inkomplett trifaszikulärer Block.



Abbildung 2.
Intrakardiale Ableitung im Bereiche des AV-Knotens; A = Vorhoferregung, H = His-Potential, V = Ventrikelregung. Links: Normalbefund, AV-Intervall 144 ms, HV-Intervall 49 ms. Rechts: pathologischer Befund des geschilderten Patienten, AV-Intervall 295 ms, HV-Intervall 95 ms.

Korrespondenz:
Prof. Dr. med. Stefan Osswald
Kardiologie
Universitätskliniken
Petersgraben 4
CH-4031 Basel
sosswald@uhbs.ch