

# Myokardruptur nach Hinterwandinfarkt

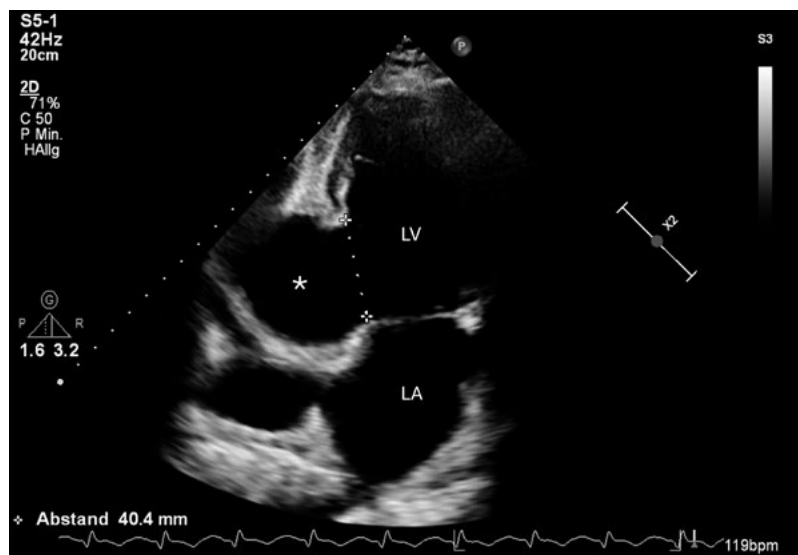


Abbildung 1: 2D-Echokardiografie, 2-Kammerblick. Linker Ventrikel (LV), Linkes Atrium (LA), Myokardruptur der Hinterwand mit Ausbildung eines LV-Pseudoaneurysmas (Stern). Der Aneurysmahals (gepunktete Linie) misst 40 mm.

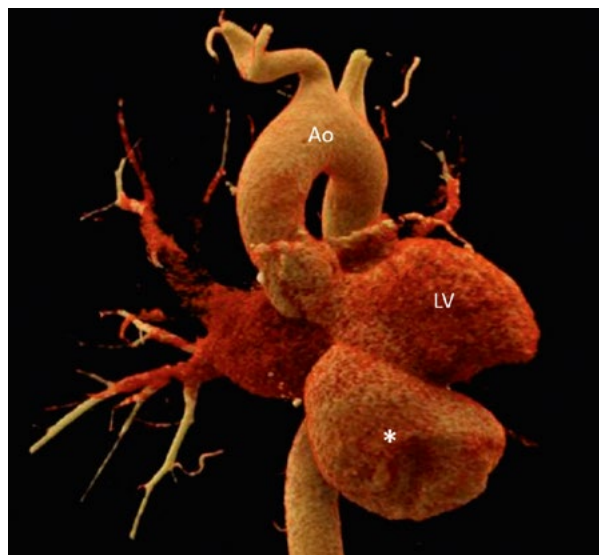


Abbildung 2: Computertomografie, i. v. Kontrastmittel, 3D-Rekonstruktion. Linker Ventrikel (LV), LV-Pseudoaneurysma (Stern), Aortenbogen (Ao).

## Klinik

Ein 68-jähriger Patient stellt sich Notfallmäßig mit rezidivierenden thorakalen Schmerzen und zunehmender Belastungsdyspnoe vor. 14 Tage zuvor habe er starke, selbstlimitierende linksthorakale Schmerzen nach körperlicher Arbeit verspürt. Bis auf eine arterielle Hypertonie bestehen keine Vorerkrankungen. Es bestand eine Sinustachykardie (120/min, Blutdruck 130/90 mmHg). In der körperlichen Untersuchung fiel ein Holosystolikum auf.

## Diagnostik

Im EKG bestanden T-Negativierungen in II, III, aVF und V4–V6. Echokardiografisch zeigte sich eine Myokardruptur der Hinterwand mit Ausbildung eines Pseudoaneurysmas (Abbildung 1) sowie eine hochgradige Mitralklappeninsuffizienz. Lokalisation und Ausmaß des Pseudoaneurysmas wurden in der Computertomografie genauer charakterisiert (Abbildung 2). Korrelierend zum Echokardiografie-Befund bestand koronarangiografisch ein Verschluss der rechten Koronararterie. In Zusammenschau der Befunde wurde die Diagnose einer gedeckten Myokardruptur nach abgelaufenem Hinterwandinfarkt gestellt.

## Fazit

Bei einer gedeckten Myokardruptur entwickelt sich ein Pseudoaneurysma, welches durch anhaftendes Perikard oder Narbengewebe begrenzt wird [1]. Das linksventrikuläre Pseudoaneurysma ist eine seltene Komplikation nach einem Myokardinfarkt. Die Klinik ist oft unspezifisch, es können Symptome einer Herzinsuffizienz oder eines akuten Koronarsyndroms auftreten [2, 3]. Bildgebende Verfahren der Wahl sind die Echokardiografie, Computertomografie und die kardiale Magnetresonanztomografie [4, 5].

Ein Pseudoaneurysma ist durch eine Diskontinuität des Myokardes charakterisiert, im Gegensatz zur transmuralen Aussackung bei einem echten Aneurysma. Die bildgebende Differenzierung der beiden Entitäten stellt eine große Herausforderung dar [3]. In unserem Fallbeispiel ist der breite Aneurysmahals untypisch. Der spitzwinklige Abgang spricht jedoch für ein Pseudoaneurysma (Abbildung 1).

Aufgrund der hohen Rupturgefahr wird meist eine operative Versorgung, mittels Direktnaht oder Patch-Verschluss, angestrebt [6, 7]. Bei konservativer Therapie ist eine hohe Mortalität (bis 50 Prozent) beschrieben [3, 8]. In unserem Fall war

aufgrund des ausgeprägten Befundes eine Operation technisch nicht möglich, der Patient verstarb schließlich 20 Tage nach Diagnosestellung.

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

## Autoren

Dr. Malin Gottschling  
Dr. Manfred Berger  
Dr. Sina Grote  
Dr. Marcus Plail  
Dr. Moritz Steiner  
Professor Dr. Andreas Luchner

Krankenhaus Barmherzige Brüder  
Regensburg, Prüfeninger Straße 86,  
93049 Regensburg