

VII - Komplexe klinische Entscheidungen

Frankfurt, 03. März 2018

Sport und Herzrhythmusstörungen

Fall # 3

www.prof-wendt.de



Offenlegung etwaiger Interessenkonflikte

Prof. Dr. Th. Wendt Niedergelassener Kardiologe (CODE CardioVascular)
Gutachter
Autor
kein öffentliches Amt

Offenlegung finanzieller Beziehungen zu:

AstraZeneca	Scientific Board
Bayer	Referententätigkeit
Berlin Chemie	Referententätigkeit
Boehringer Ingelheim	Referententätigkeit
Bristol-Myers Squibb	Referententätigkeit
Daiichi Sankyo	Referententätigkeit
Pfizer	Referententätigkeit
Sanofi	Referententätigkeit
Solvay	Referententätigkeit
FAFA-Sponsoren	Referententätigkeit

Offenlegung unvergüteter Tätigkeiten für:

Deutsche Herzstiftung	Mitglied des Wiss. Beirats
Hessischer Rundfunk	Sachverständiger
Hess. Tennisverband	Anti-Dopingbeauftragter
J.W.Goethe-Universität	apl.-Professur
Personal MedSystems	wiss. Kooperation
Infarct Protect	wiss. Kooperation
S + B medVET	wiss. Kooperation

Stand 3/18

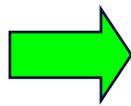
Ambivalenz zu sportlicher Aktivität

Akute Belastung



pro-arrhythmisch

Chronische Belastung
(aerobes Ausdauertraining)



anti-arrhythmisch



Kasuistik Dieter E.

Früher Tennisprofi, jetzt Tennislehrer, verheiratet.

Nie ernsthaft krank gewesen.

Unauffälliges cv-Risikoprofil. 174cm, 79kg.

Unauffällige Familienanamnese bezügl. plötzlichem Herztod.

Kein C2.

Keine Dopinganamnese (wie im Tennis nachgewiesen für
Clenbuterol, Kokain, Ephedrin, Cannabis, Meldonium).

Im Alter von 49 J. erstmals belastungsunabhängiges
Herzstolpern, kein Herzrasen, kein Schwindel.

Labor, Echo, Carotis-Doppler und Bel.-EKG bis 300 Watt opB.

Koronarangiographie: Ausschluß KHK, Ausschluß
Koronaranomalie, unbedeutende Muskelbrücke RIA.

Jährliche nicht-invasive follow-ups stets unauffällig.



Kasuistik Dieter E.

Im Alter von 57 J. rezidivierende Präsynkopen beim Golf und Tennisunterricht, insgesamt 11x innerhalb eines Jahres, jeweils ohne EKG-Dokumentation.

Medikation: keine

C2: nihil

Labor: unauffällig, Kalium 4,3

Ruhe-EKG: Sinusrhythmus, PQ 146ms, QTc 424ms (108%)

Carotis-DV: bds. negativ

Bel.-EKG: bis 175 Watt opB

Echo: unauffällig

24-h-EKG: durchgehend SR. Wenige VES, vereinzelte couplets

Koro.: idem wie 8 Jahre zuvor

EPU: fehlende Induzierbarkeit sv. / ventr. Arrhythmien,
keine akzessorischen Leitungsbahnen



TED

Was würden Sie (bei Präsynkopenanamnese und unauffälliger EPU) zur weiteren differentialdiagnostischen Abklärung veranlassen?

1. MRT zum Ausschluß einer fokalen Myokarditis
2. Streß-Echo zur Abklärung einer belastungsinduzierten Ischämie bei Muskelbrücke
3. Kipptisch (auch wenn die Symptomatik unter Belastung und nicht nach langem Stehen auftrat)
4. Event-Rekorder-Implantation
5. Feldtest



Feldtest in Reanimationsbereitschaft

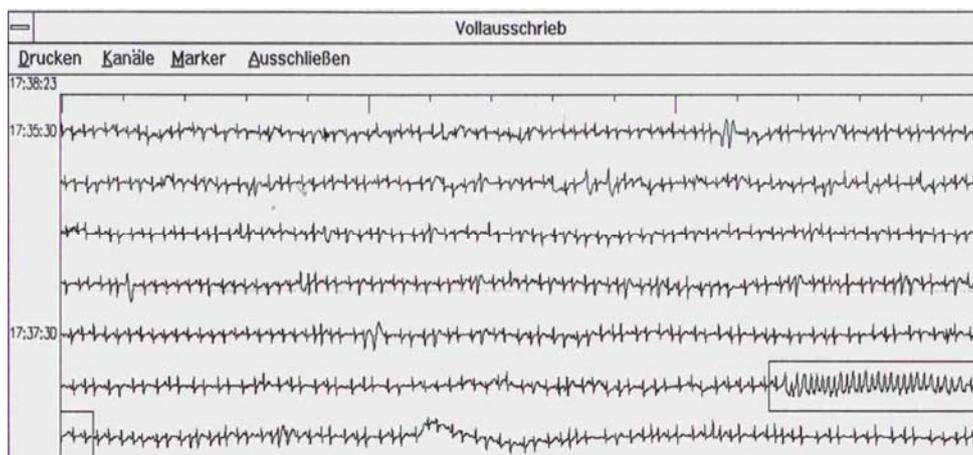


Nach 20 Minuten Bälleschlagen kommt es um 17:40h zu der bekannten Schwindelsymptomatik, Patient sinkt langsam zusammen zunächst noch ansprechbar, Gesichtsfarbe aschfahl, kein Puls tastbar
Monitor-EKG (Defi-paddels): regelmäßige, monomorphe Tachykardie um 200 mit breiten Kammerkomplexen
Präkordialschlag, dreimal kurz massiert. Puls kommt zurück, zunächst unregelmäßig, Patient wird wach.

EKG-Ausdruck um 17:37h...



Feldtest in Reanimationsbereitschaft



Erste Überraschung:

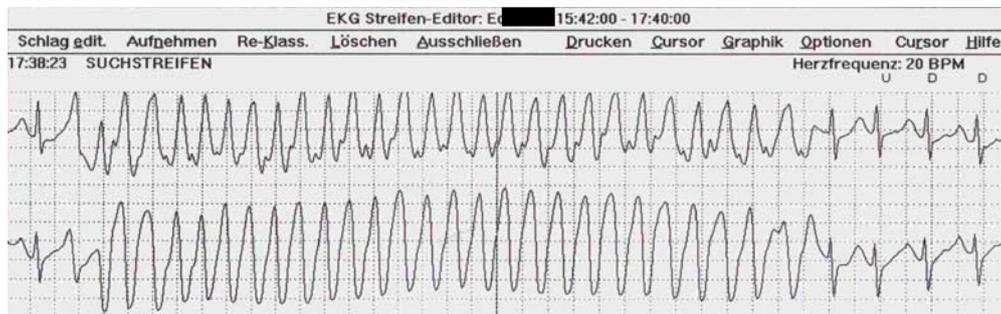
Vorhofflimmern

Zweite Überraschung:

17:37 VHF → VT → spontan VHF



Feldtest in Reanimationsbereitschaft



Dritte Überraschung: verlängerte QT-Zeit in den ersten VHF-Schlägen nach der VT

Differentialdiagnose (bei nicht vorhandener akzessorischer Leitungsbahn) des zu diesem Zeitpunkt 57-jähr. Patienten: QT-Syndrom oder Katecholamin-Komponente beim Tennis/Golf



TED

Was würden Sie therapeutisch tun?

1. Sportverbot
2. Life vest beim Sport
3. ICD-Implantation
4. PVI
5. Amiodarone / Flecainid / Sotalol
6. Betablocker



Kasuistik Dieter E.

Weiterer Verlauf:

Betablockade → darunter unauffälliger Kontroll-Feldtest (90 min)

Dieter E. ist heute 78 Jahre alt, seitdem:

- **Unter kontinuierlicher Betablockade und Golf > Tennis keine erneute Synkope in den letzten 21 Jahren**
- **Hüft-TEP rechts und links**
- **1x TIA → orale Antikoagulation**
- **1x Tachymyokardiopathie → Rekompensation**
- **1x elektr. CV → vorübergehend Amiodarone, dann > → seitdem durchgehend SR**



Take home-message Fall # 3

**Wenn die EPU nicht weiterführt
kann ein sportartspezifischer Feldtest
- ggfls. in Reanimationsbereitschaft -
zur differentialdiagnostischen Klärung
einer kardialen Symptomatik beitragen,
ehe ein event-Rekorder implantiert wird.**

