

Austrian Heart Failure Summit 2024

Case: Ischämische Kardiomyopathie

Fallvorstellung:

48-jähriger Patient

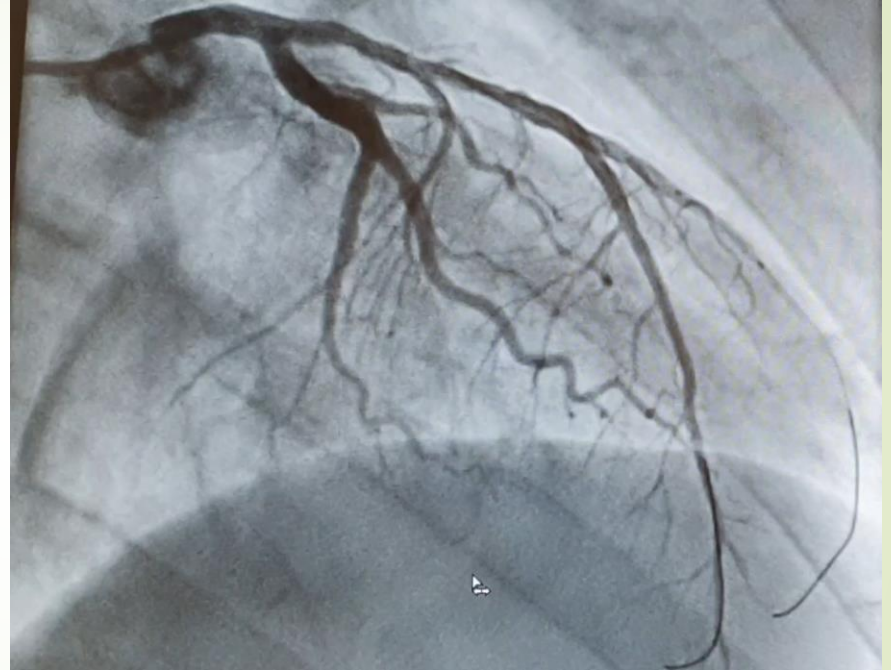
Vorgeschichte:

- **15.03.2023:** Akut Aufnahme ins Uniklinikum Salzburg bei **STEMI Vorderwand** und Z.n. **Lysetherapie**.
- Akut **PCI mit 1xDES in mLAD und 1xDES in RDG 1** bei thrombotischem Verschluss

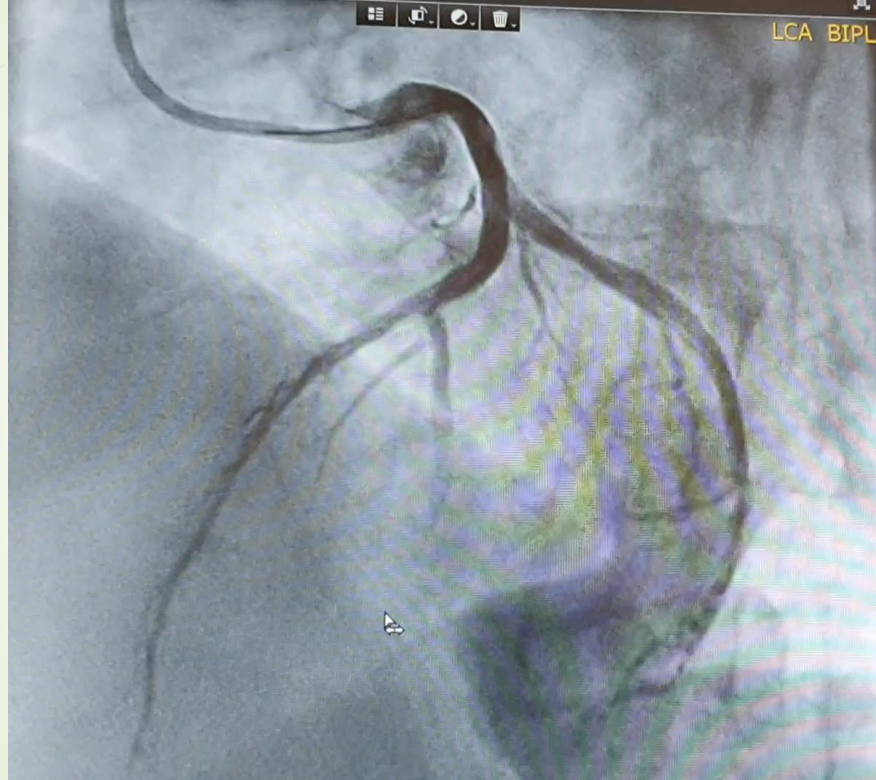
15.03.2023



CAG: 15.03.2023



CAG: 15.03.2023



Fallvorstellung:

Echokardiographie: EF 45%, apikale Hypokinesie, **kein Thrombus** nachweisbar

- Verlegung ins **Heimort-Krankenhaus**

Verlegungsmedikation:

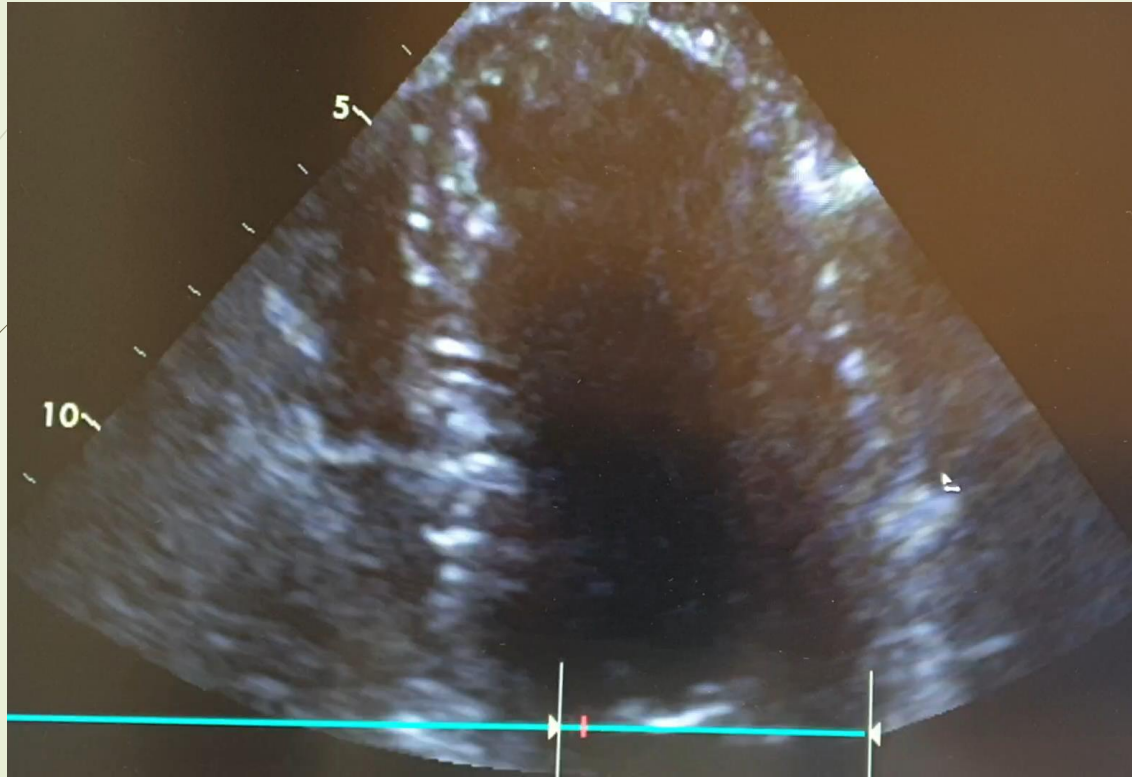
Bisoprolol 2,5mg 1-0-0

Ticagrelor 90mg 1-0-1 (bis 15.03.2024)

T-ASS 100mg 0-1-0 (Dauertherapie)

Atorvastatin 40mg 0-0-1

Echokardiographie, Heimort-Krankenhaus:



Fallvorstellung:

Vorgeschichte:

Echokardiographie: Nachweis eines **LV-Apex Thrombus**

Entlassungsmedikation:

Bisoprolol 2,5mg 1-0-0

Plavix 75mg 1-0-0 (bis 15.03.2024)

Edoxaban **30mg** 1-0-0

Atorvastatin 40mg 0-0-1

Pantoloc 40 mg 1-0-0

Fallvorstellung:

11.03.2024: Akut Aufnahme bei ACS Rezidiv

Anamnese: Seit einigen Tagen zunehmende pektanginöse Beschwerden und Dyspnoe

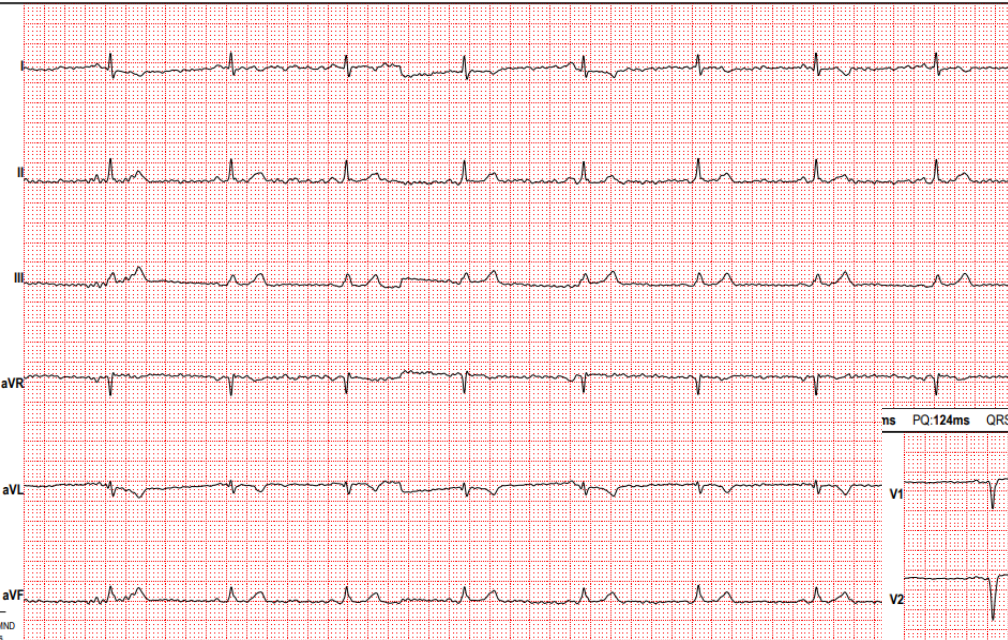
Vorerkrankungen:

- Protein S Mangel, APC Resistenz

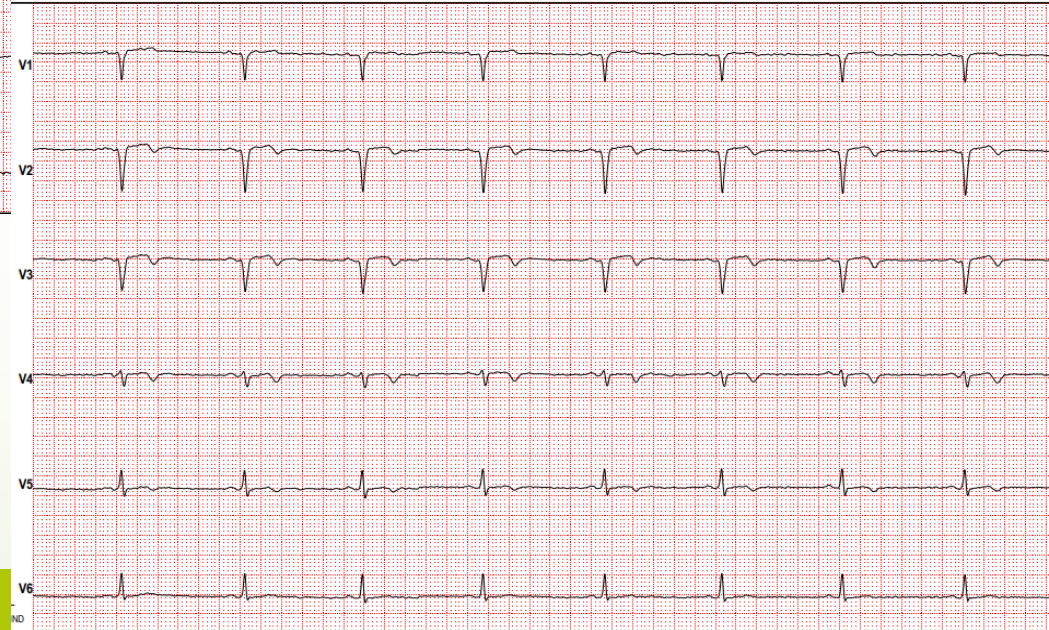
Vormedikation:

- **Edoxaban 30mg** 1-0-0
- **Bisoprolol 2,5mg** 1-0-1
- **Ezerosu 10/20mg** 0-0-1

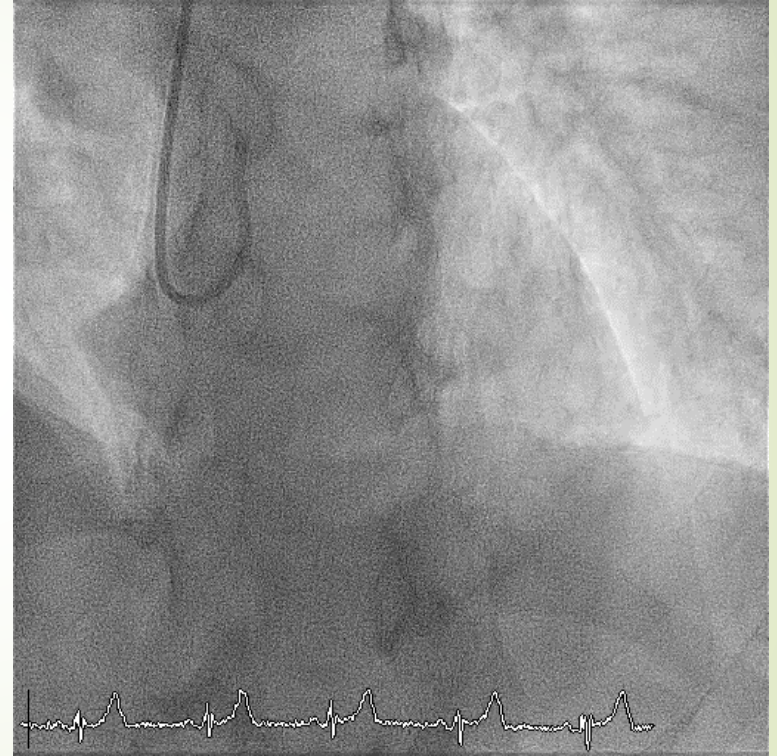
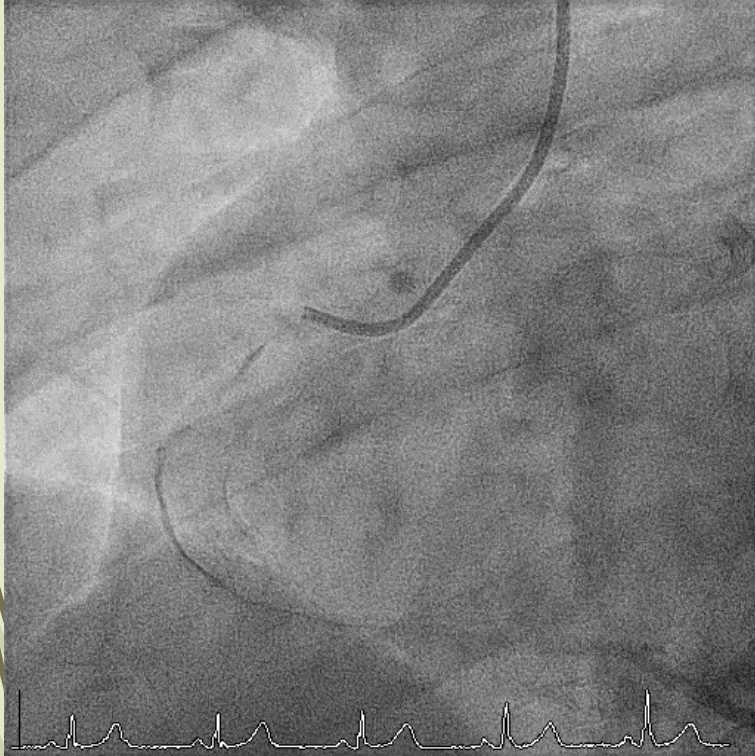
PQ:124ms QRS:92ms QT:406ms QTc:376ms QTrel:96% *Herzfrequenz:51/min



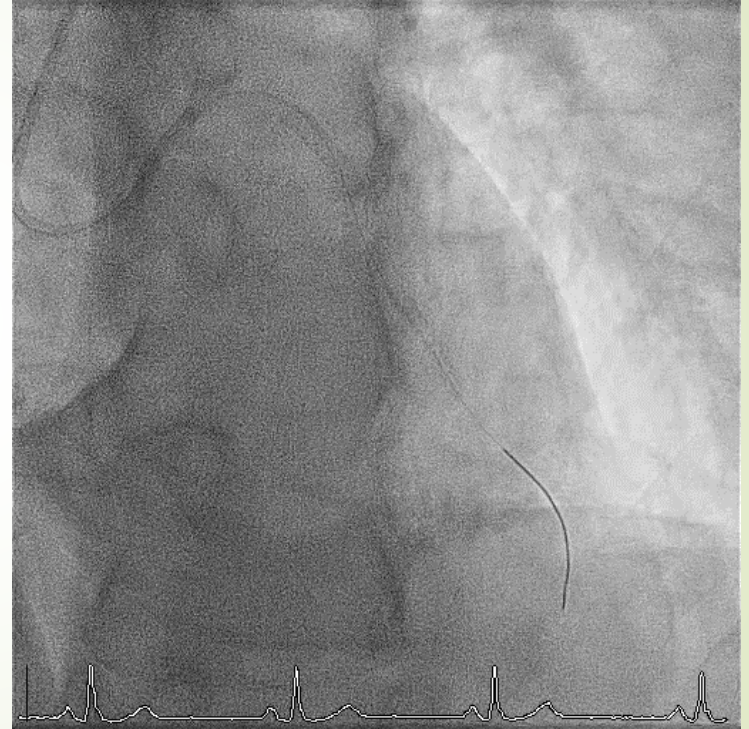
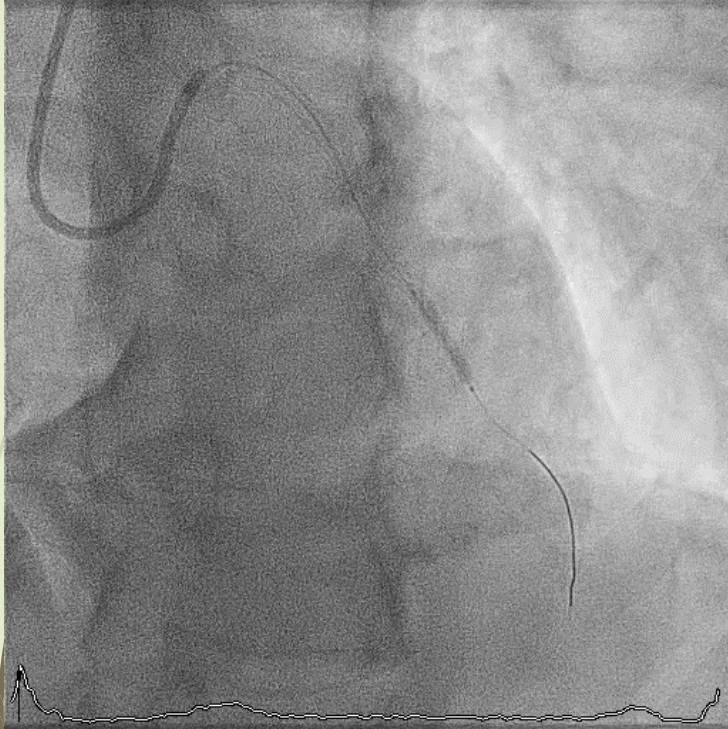
ns PQ:124ms QRS:92ms QT:406ms QTc:376ms QTrel:96% *Herzfrequenz:51/min



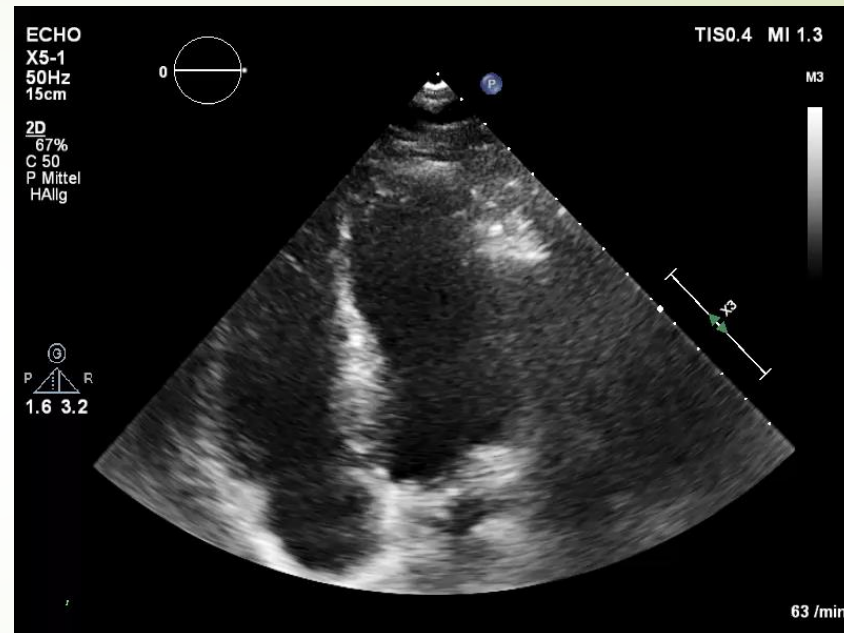
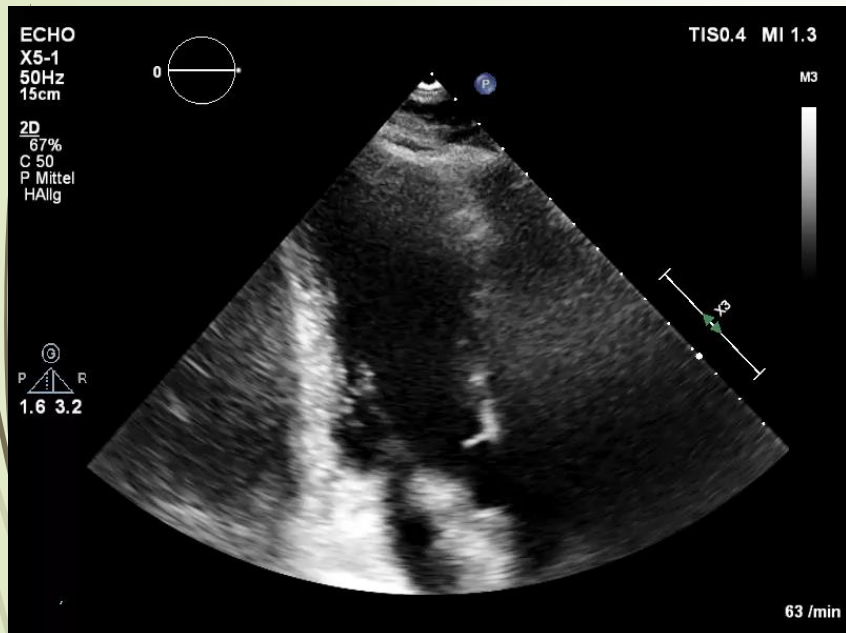
Akut CAG am 11.03.2024



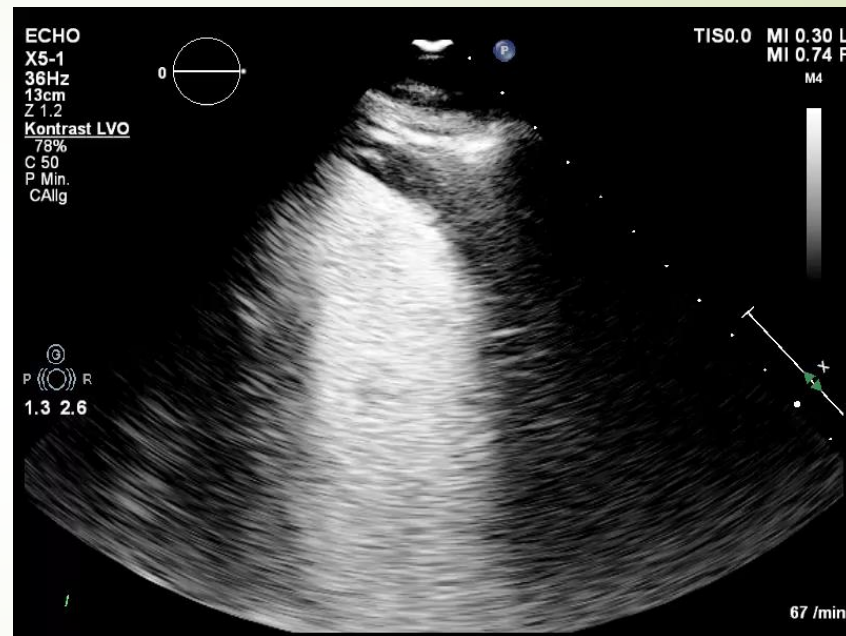
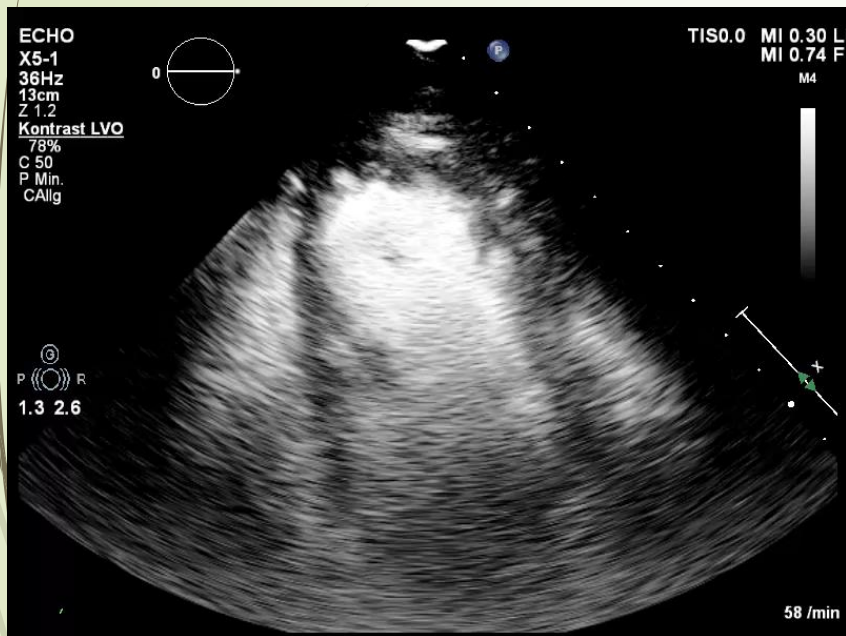
Akut CAG am 11.03.2024



11.03.2024: Echokardiographie



11.03.2024: Echokardiographie



Verlauf:

Gastroskopie:

- Aufgrund rezidivierenden epigastrischen Schmerzen.

Befund:

- Axiale Hiatushernie, GERD, Irritationszeichen im Antrum und Bulbus

Verlauf:

Labor:

	11.03.2024	12.03.2024
Hämoglobin	17,8 g/dl	18,1 g/dl
Leukozyten	10,3 $10^3/\mu\text{l}$	9,9 $10^3/\mu\text{l}$
Kreatinin	0,89 mg/dl	0,89 mg/dl
GFR	> 60ml/min	> 60ml/min
Troponin T	7 pg/ml (Ref. 0-14)	34 pg/ml
CK	89 U/l (Ref. 0-190)	98 U/l
LDH	149 U/l (Ref. 129-232)	136 U/l
LDL	51,4 mg/dl	
Cholesterin	103 mg/dl	
HbA1c	5,8 %	

Therapievorschlag:

Entlassungsmedikation 15.03.2024:

- **Thrombo ASS 100mg** 0-1-0: Dauertherapie
- **Ticagrelor 90mg** 1-0-1: Bis 11.03.2025
- **Pantoprazol 20mg** 1-0-0: Solange duale PT
- **Sacubitril/Valsartan 49/51 mg** 1-0-1
- **Dapagliflozin 10mg** 1-0-0
- **Bisoprolol 2,5mg** 1-0-1
- **Ezerosu 10/40mg** 0-0-1: Dosiserhöhung von 10/20mg (LDL Ziel unter 40mg/dl)

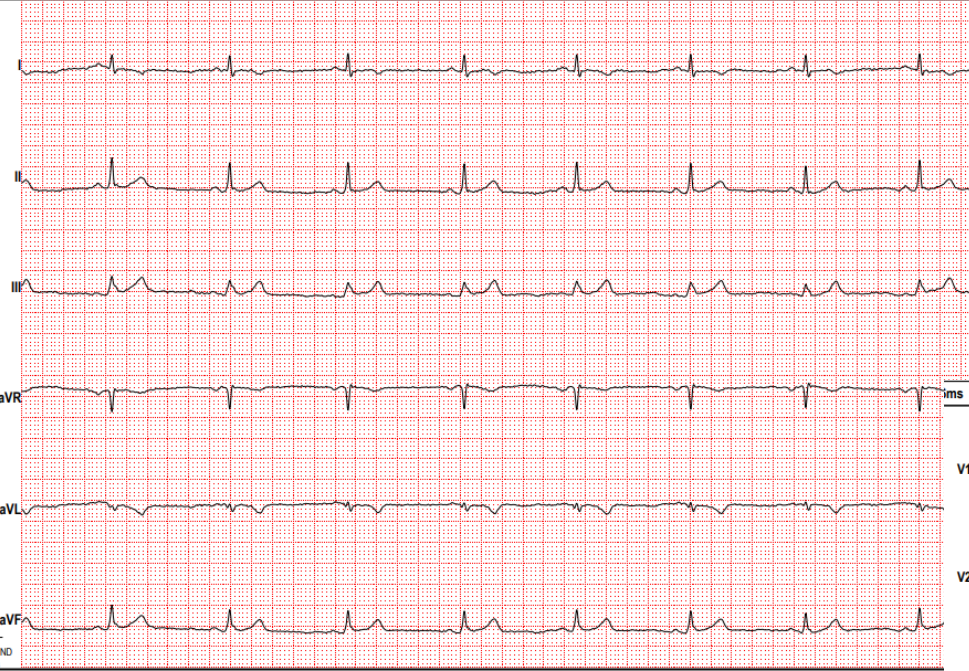
Edoxaban wurde bei keinem Hinweis für Apex thrombus und bei keiner weiterer Indikation für OAK abgesetzt.

Verlauf:

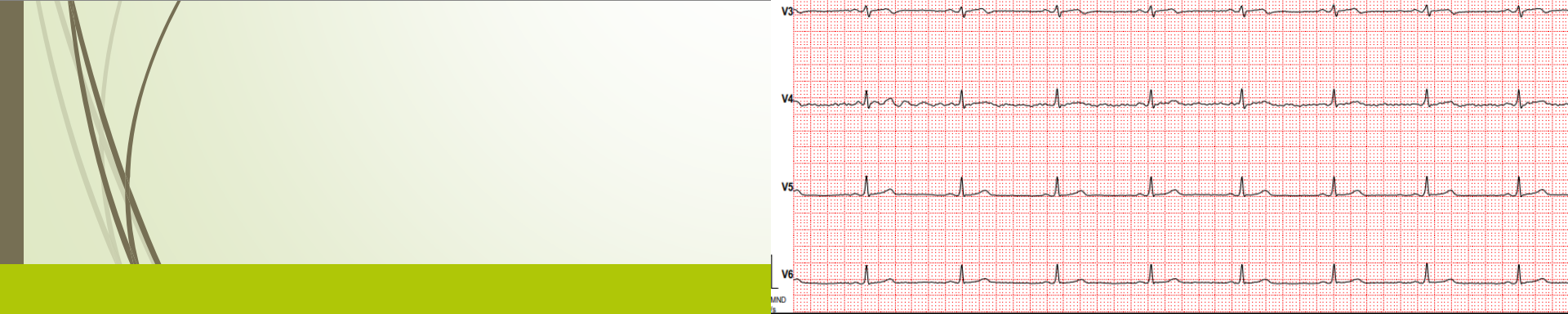
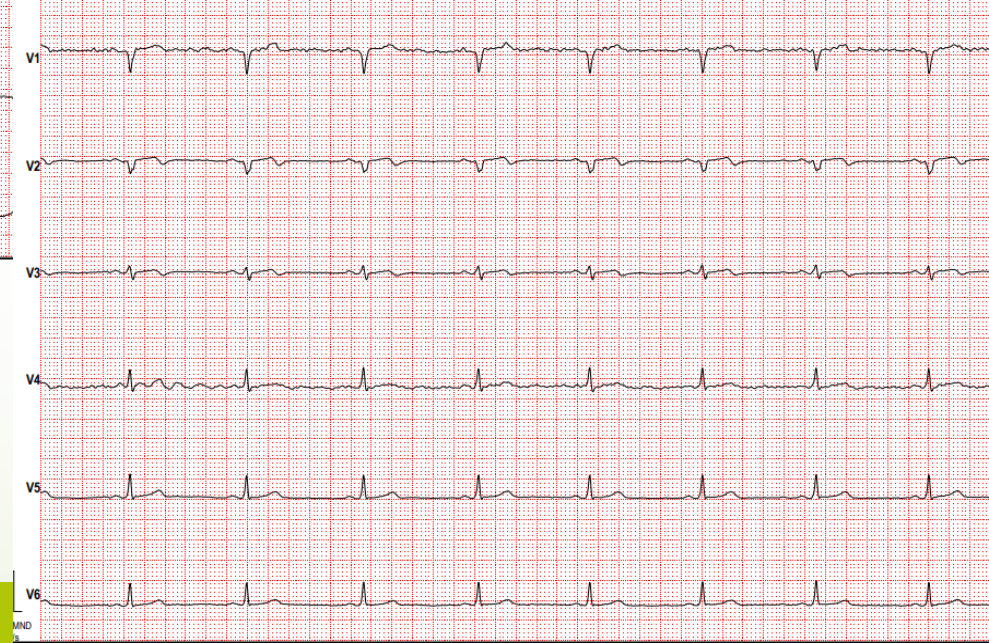
Wiederaufnahme am 16.03.2024

- Einlieferung mit Hubschrauber bei V.a. STEMI VW mit erneuten thorakalen Beschwerden und Präkollaps.
- **Thorax RTG:** unauffällig
- **Echo:** Keine Änderung zum Vorbefund, kein Apex thrombus, EF ca. 35%

PQ:134ms QRS:90ms QT:408ms QTc:389ms QTrel:100% *Herzfrequenz:54/min



ms PQ:134ms QRS:90ms QT:408ms QTc:389ms QTrel:100% *Herzfrequenz:54/min



Verlauf:

Labor:

	16.03.2024	17.03.2024
Hämoglobin	17,0 g/dl	
Leukozyten	10,6 $10^3/\mu\text{l}$	11,6 $10^3/\mu\text{l}$
Kreatinin	1,02 mg/dl	0,89 mg/dl
GFR	> 60ml/min	> 60ml/min
Troponin T	58, Ko: 57 pg/ml	42, Ko: 17 pg/ml
CK	87 U/l (Ref. 0-190)	75 U/l
LDH	155 U/l (Ref. 129-232)	154 U/l
LDL	61,4 mg/dl	
Cholesterin	106 mg/dl	

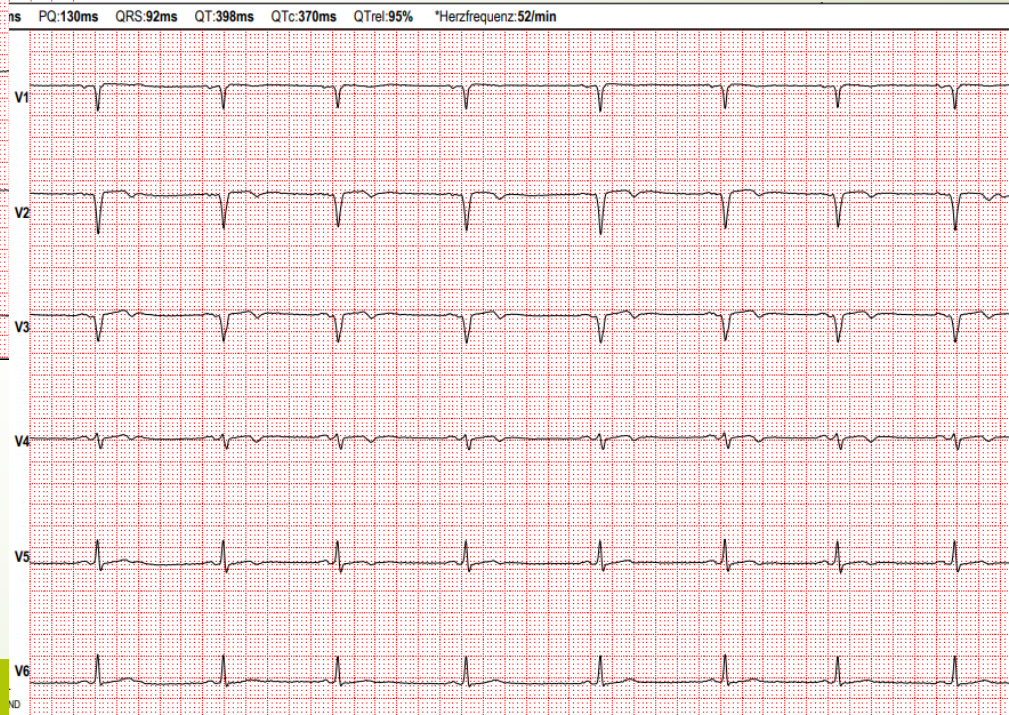
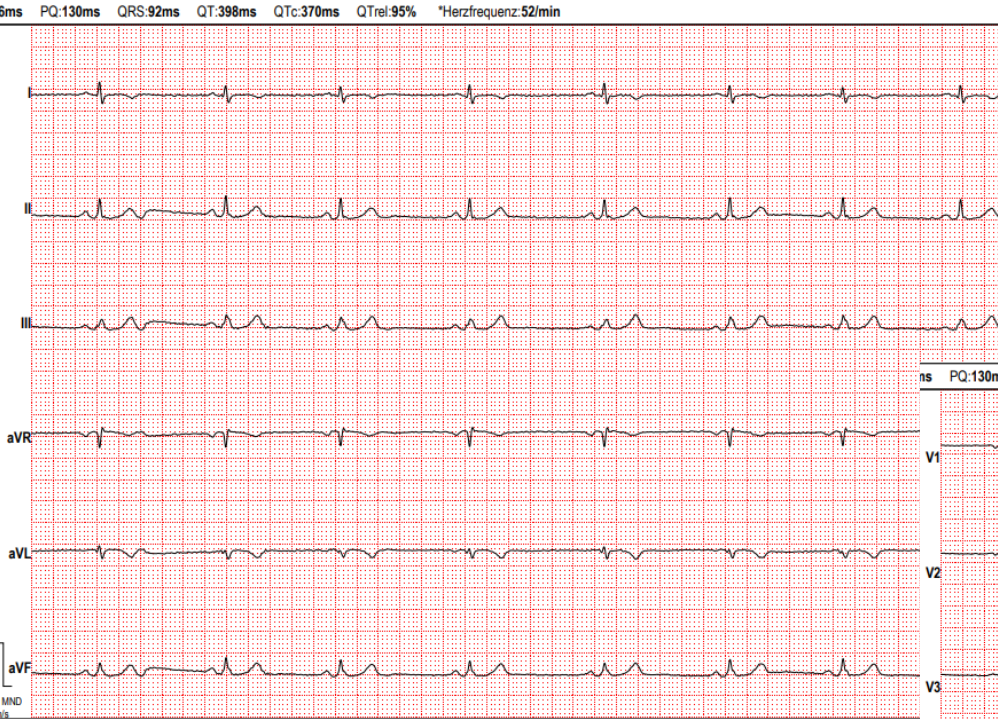
Entlassung am 18.03.2024

Verlauf:

Wiederaufnahme am 25.03.2024

- Erneut akute Einlieferung mit Hubschrauber bei V.a. STEMI Vorderwand im EKG in der Hausarztpraxis.

- Anamnestisch seit gestern erneute **linksseitige Thoraxschmerzen** mit der Ausstrahlung in Schulter ohne Dyspnoe. Zusätzlich **Schwindel** seit einigen Tagen

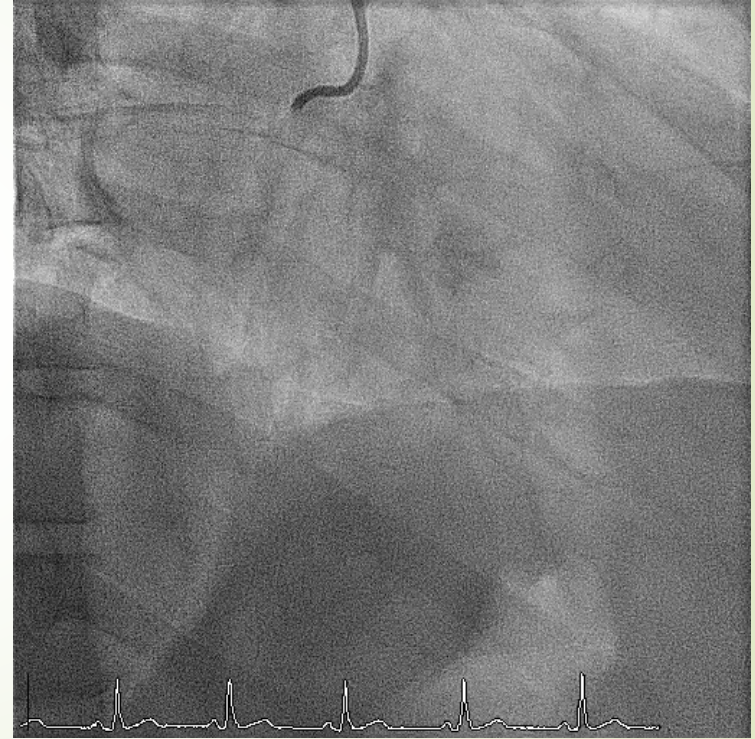
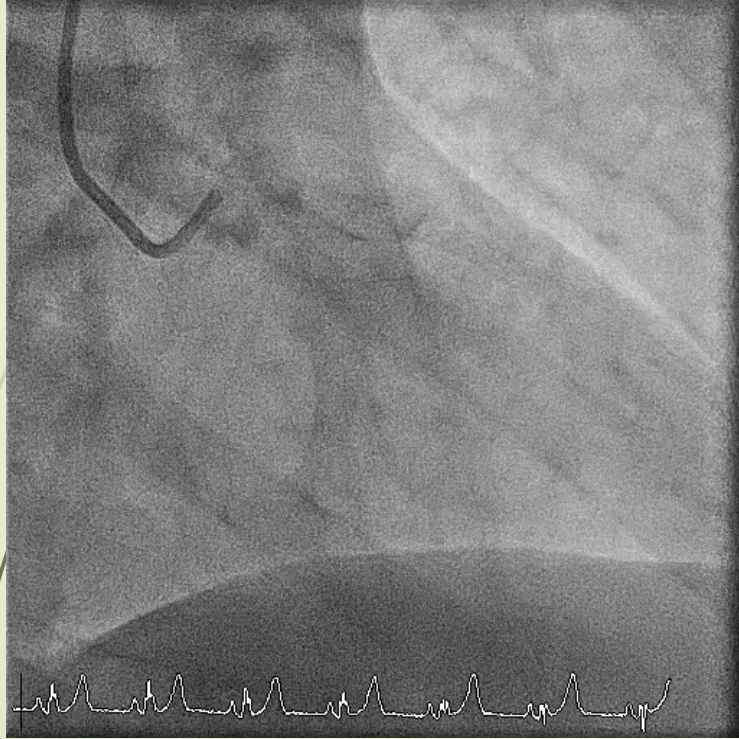


Verlauf:

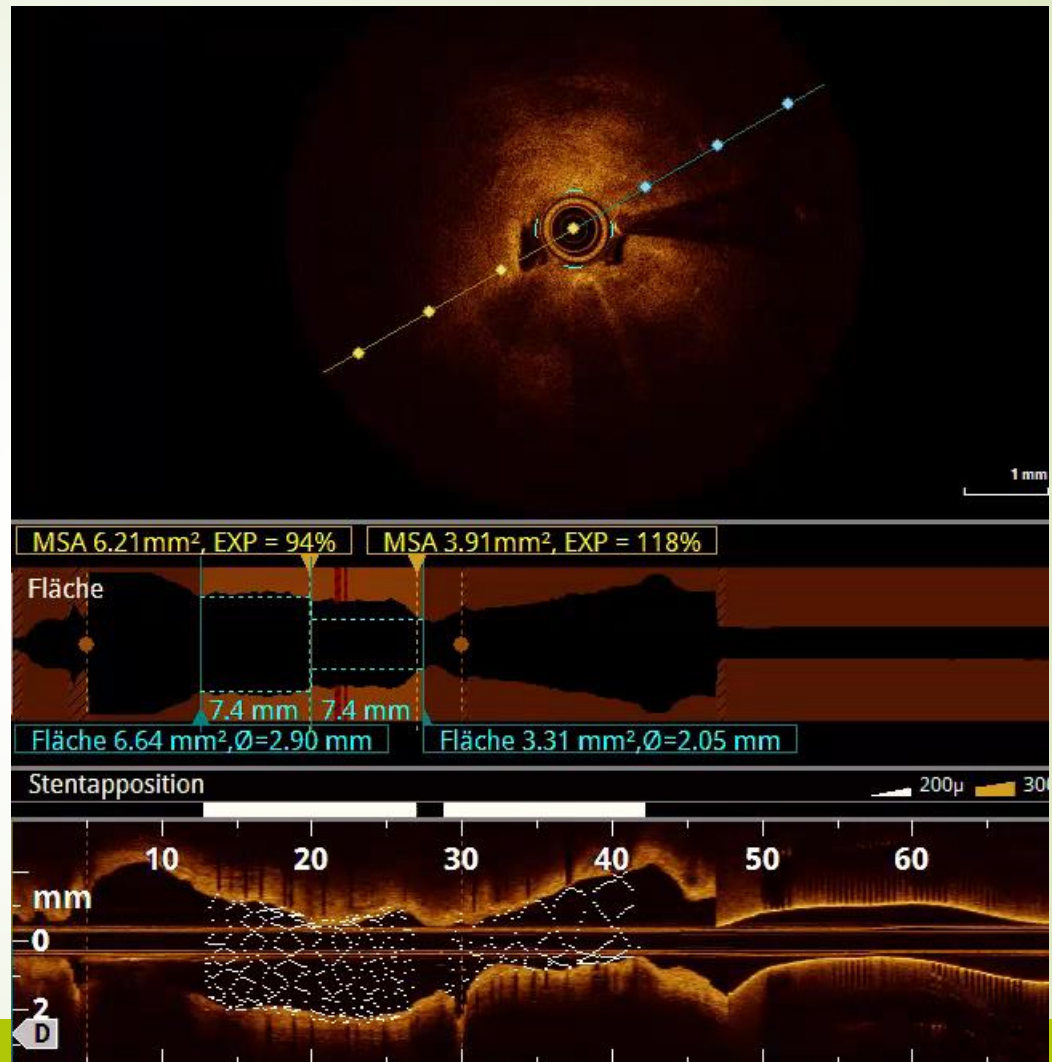
Labor:

	25.03.2024
Hämoglobin	17,9 g/dl
Leukozyten	11,4 $10^3/\mu\text{l}$
Kreatinin	0,88 mg/dl
GFR	> 60ml/min
Troponin T	6 pg/ml (Ref. 0-14)
CK	104 U/l (Ref. 0-190)
LDH	305 U/l (Ref. 129-232)

CAG 26.03.2024



OCT 26.03.2024:



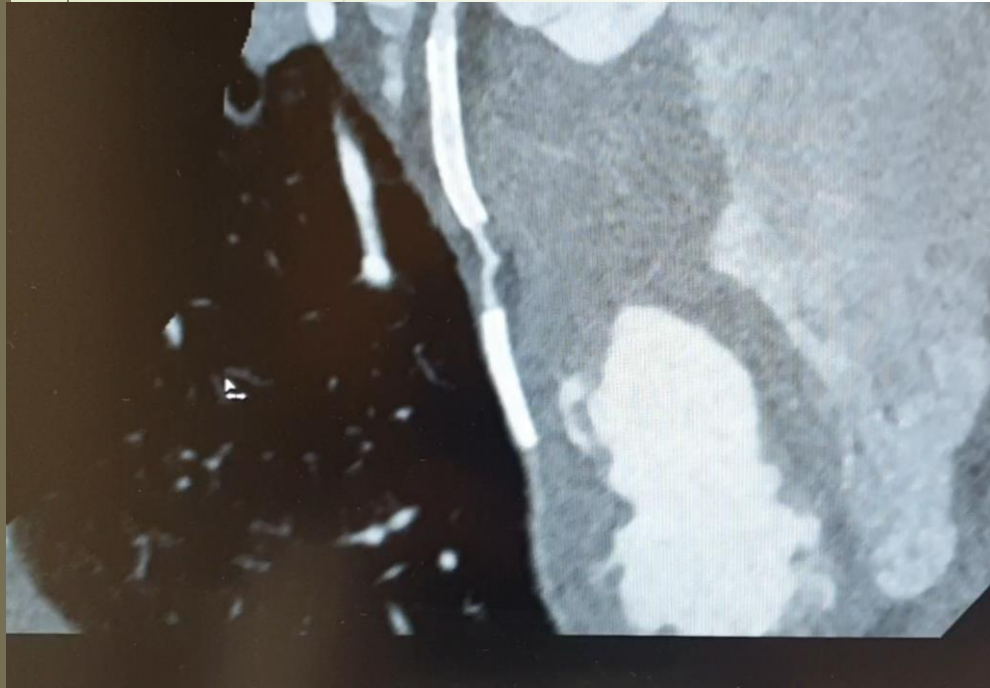
Verlauf:

Kontrolle in der kardiologischer Ambulanz am 23.04.2024

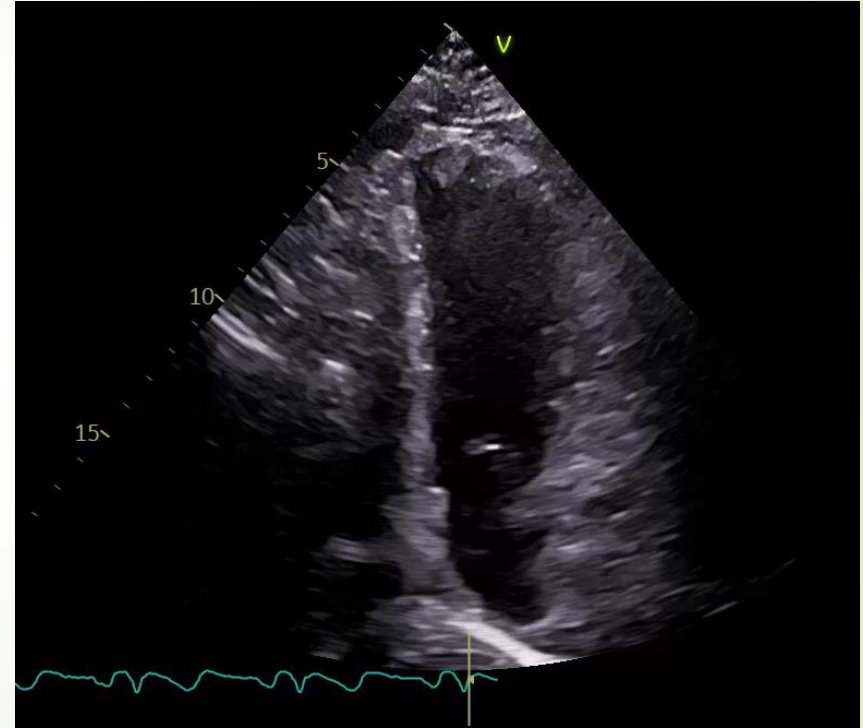
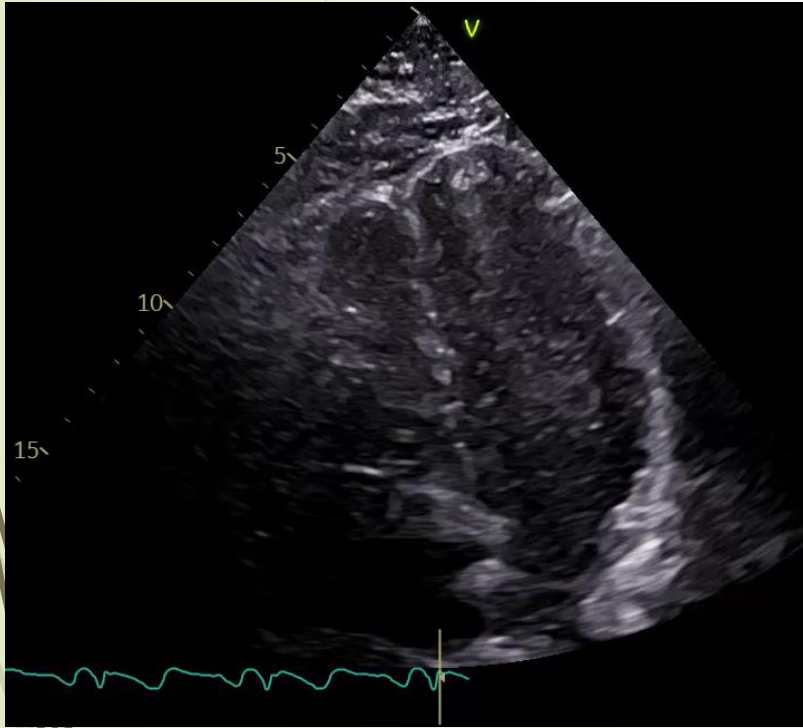
- Anamnestisch weiterhin **immer wieder Angina pectoris** bei der Belastung sowie **Schwindel**
- **Schädel CT:** unauffällig
- **Neurologische Untersuchung:** Kein Anhaltspunkt für Schwindelsymptomatik

CT Coronarangiographie:

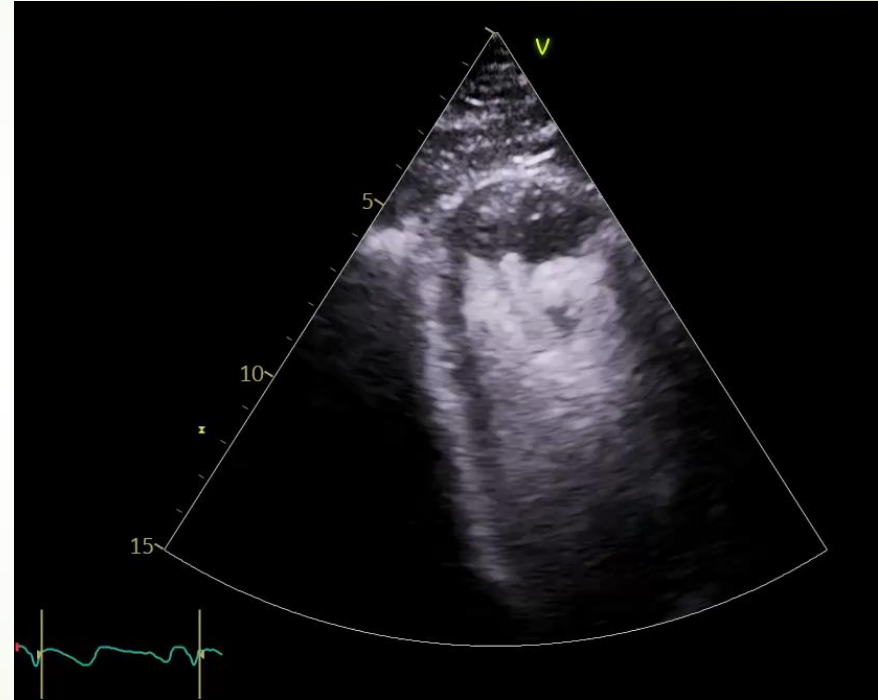
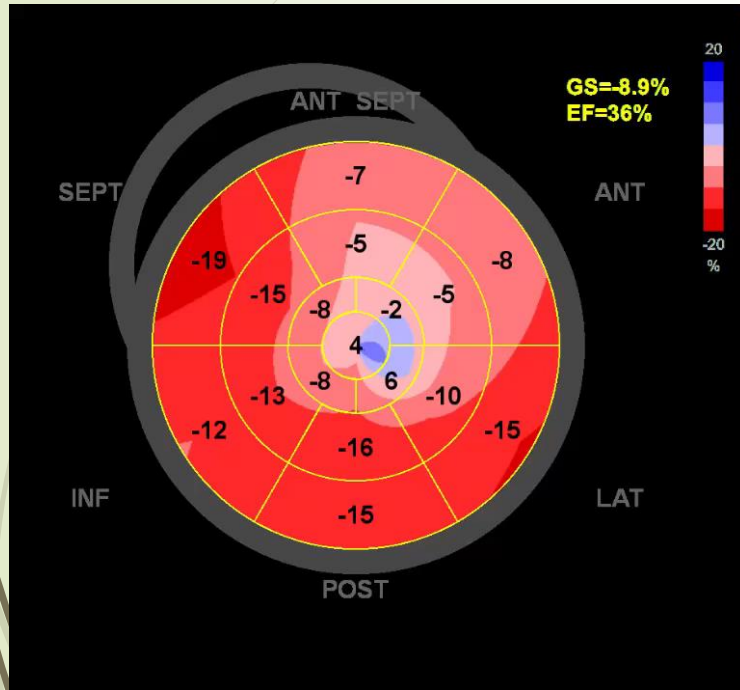
- Bei V.a. submyocardialer Verlauf des Stents in RDG I als Ursache der AP



Echokardiographie:



Echokardiographie:



Therapievorschlag:

- **Marcoumar Tbl**, INR Ziel 2,5-3,0
- **Inhixa 8000 IE** 1-0-1 (bis INR 2x im Ziel)
- **Plavix 75mg** 1-0-0 bis 11.03.2025 (Loading mit 600mg)
- Ticagrelor 90mg, T-ASS 100mg abgesetzt
- **Pantoprazol 20mg** 1-0-0: Solange laufende duale Therapie
- **Sacubitril/Valsartan 49/51 mg** 1-0-1
- **Dapagliflozin 10mg** 1-0-0
- **Bisoprolol 2,5mg** 1-0-1
- **Ezerosu 10/40mg** 0-0-1 (LDL Ziel unter 40mg/dl)

Verlauf:

Engmaschige INR Kontrolle und Anpassung der Marcoumar-Dosis in unserer kardiologischen Ambulanz.

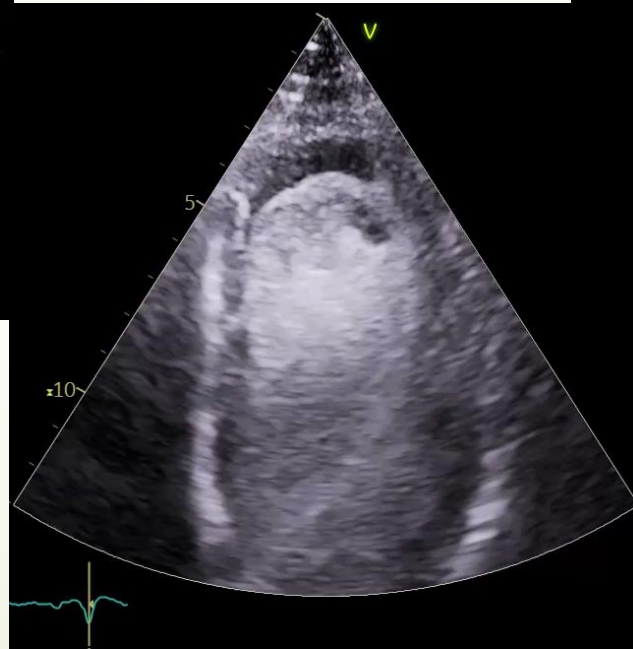
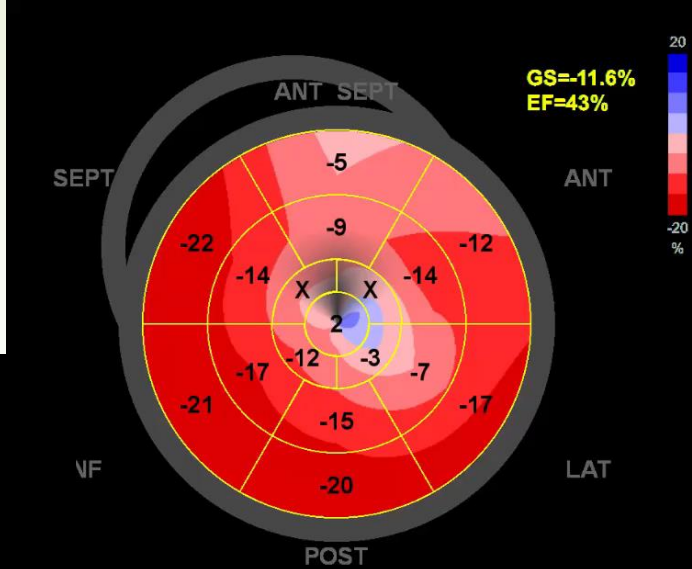
Kontrolle am 30.04.2024

- Anamnestisch keine Angina pectoris, anhaltend noch leichte Schwindelsymptomatik bei Hypotonie-Neigung (**Dosisreduktion von Sacubitril/Valsartan 49/51 1-0-1 auf ½-0-1**)
- **Echokardiographie:** Ischämische CMP mit mittelgradig red. EF von 43%, Apex-Akinesie und Aneurysma mit noch kleinem wandanliegendem Thrombus.

Verlauf:

Kontrolle am 28.05.2024

- Keine AP-Beschwerden, auch kein Schwindel mehr vorhanden
- INR Wert im Ziel-Bereich



Therapievorschlag:

- **Marcoumar Tbl**, Dauertherapie, INR Ziel 2,5-3,0
- **Plavix 75mg** 1-0-0 bis 11.03.2025
- **Pantoprazol 20mg** 1-0-0: Solange duale Therapie
- **Sacubitril/Valsartan 49/51 mg** $\frac{1}{2}$ -0-1
- **Dapagliflozin 10mg** 1-0-0
- **Bisoprolol 2,5mg** 1-0-1
- **Ezerosu 10/40mg** 0-0-1 (LDL Ziel unter 40mg/dl)

Take Home Message:

- **Persistierende EKG Veränderungen bei Apex-Aneurysma** können zu den diagnostischen Schwierigkeiten im niedergelassenen Bereich mit **falscher Interpretation** und **Verwechslung mit STEMI** führen.
- Mit einer **Leitlinien konformer Herzinsuffizienztherapie** kann eine **Verbesserung der EF, Linderung der Symptome** sowie **Verbesserung der Lebensqualität** bei den Patienten mit ischämischer Kardiomyopathie erreicht werden.
- Eine **Auftitrung der Therapie** bis zur maximaler Dosis ist manchmal aufgrund der Nebenwirkungen nicht möglich. Eine **individuelle Anpassung der Dosis** ist erforderlich.

Danke für die Aufmerksamkeit!

