

Barbara Kunz<sup>a</sup>, Girish Ramteke<sup>b</sup>,  
Philipp Herzog<sup>c</sup>, Marco Roffi<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Medizinische Poliklinik und

<sup>b</sup> Kardiologie, UniversitätsSpital Zürich

<sup>c</sup> Praxis für allgemeine und psychosomatische Medizin,  
Zürich

## Akutes Koronarsyndrom im Alter von 25 Jahren?

### Fallbeschreibung

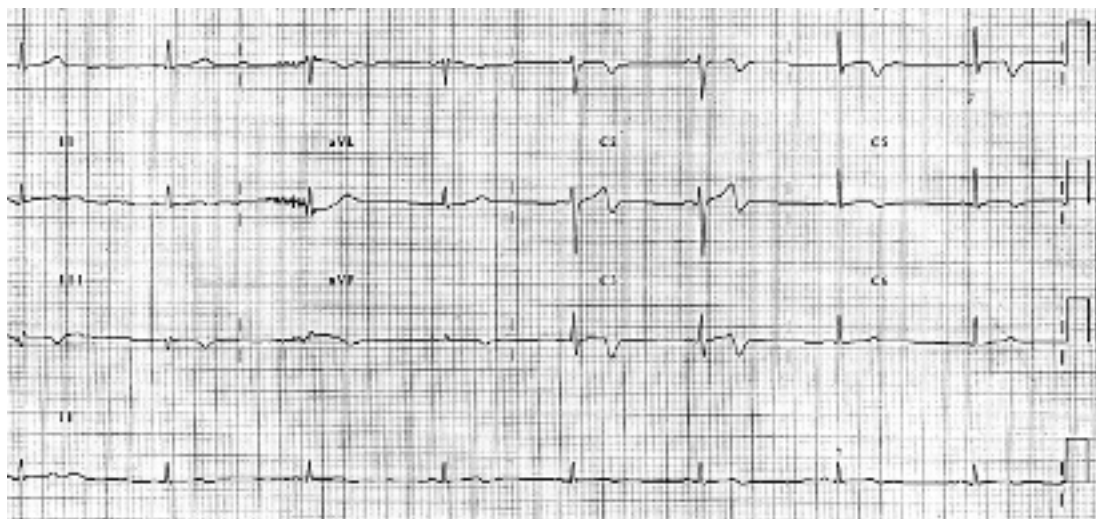
Ein 25-jähriger gebürtiger Mazedonier wurde vom Hausarzt notfallmässig in die Notfallstation des UniversitätsSpitals eingewiesen. Am Vortag war aus der Ruhe heraus plötzlich ein ziehender Schmerz im linken Arm aufgetreten, welchen der Patient initial auf vermehrtes Krafttraining zurückführte. Als es im Verlauf zusätzlich zu einem linksthorakalen Druckgefühl kam, stellte er sich in der Notfallstation eines Regionalspitals vor. Laborchemisch und elektrokardiographisch fanden sich dort keine Hinweise auf ein kardial-ischämisches Geschehen, und die Beschwerden wurden als muskuloskelettal interpretiert. Der nach fünf Stunden spontan schmerzfreie Patient verliess unbeobachtet das Spital, noch bevor eine geplante zweite Kontrolle der Herzenzyme erfolgen konnte. Der weiterhin beschwerdefreie, aber verunsicherte Patient

meldete sich am nächsten Tag beim Hausarzt, der ihn mit Verdacht auf ein akutes Koronarsyndrom notfallmässig zuwies.

Anamnestisch war bereits einen Monat zuvor in Ruhe eine erstmalige Episode von thorakalem Druckgefühl mit Ausstrahlung in den linken Arm aufgetreten, welche nach Stunden spontan sistierte. Die persönliche Anamnese war bzgl. Operationen und schweren Erkrankungen bland. Als kardiovaskuläre Risikofaktoren liessen sich ein Nikotin-Konsum (1 p/d, kumulativ 6 py) und eine positive Familienanamnese eruieren. Der Vater des Patienten war mit 49 Jahren an einem Myokardinfarkt verstorben. Die Schwester, welche an einem Diabetes mellitus litt, verstarb plötzlich mit 33 Jahren aus unklaren Gründen in Mazedonien. Weiter berichtete er, dass beim Hausarzt wiederholt hypertone Blutdruckwerte gemessen worden seien. Allerdings konnte sich der Patient nicht zu einer antihypertensiven Dauer-

### Abbildung 1

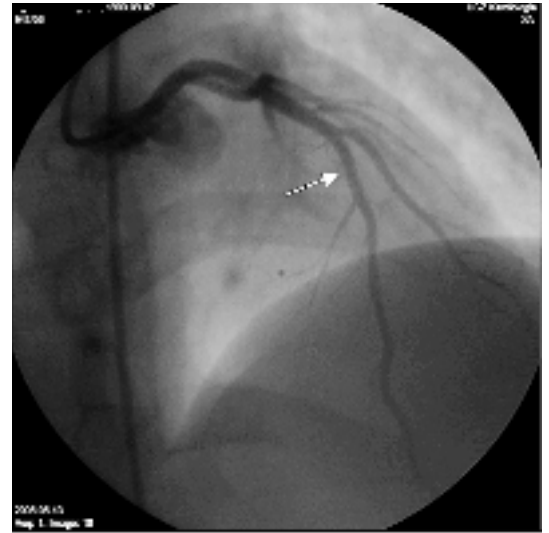
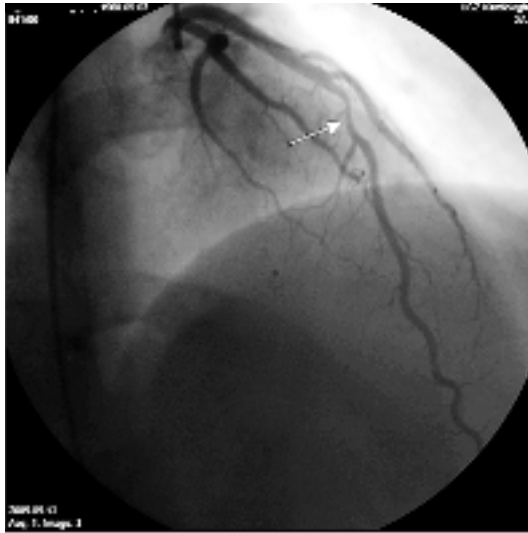
Im EKG sind biphasische / negative T-Wellen in den präkordialen Ableitungen (V<sub>1</sub>–V<sub>5</sub>) sichtbar. Die R-Zacken sind erhalten.



Korrespondenz:  
PD Dr. med. Marco Roffi  
Kardiologie  
UniversitätsSpital  
Rämistrasse 100  
CH-8091 Zürich  
E-Mail: marco.roffi@usz.ch

**Abbildung 2**

Koronarangiographie mit einer kranialen Aufnahme der linken Koronarie. Im mittleren RIVA besteht eine tubuläre Lumeneinengung, etwas unscharf (Pfeil links). Nach Stent-Einlage (Pfeil rechts) regelrechte Verhältnisse.



therapie entschlossen. Zudem hatte ein regelmässiger Kokain-Konsum von 2000–01/2004, sowie eine kurzfristige Einnahme von Anabolika von Januar bis März 2004 im Rahmen von Kraftsport bestanden. Eine aktuelle Einnahme beider Substanzen wurde glaubhaft verneint.

In der klinischen Untersuchung zeigte sich ein 25-jähriger Patient in gutem AZ und muskulösem EZ (169 cm, 86 kg, BMI 30). Mit 149/90 mm Hg war er hyperten. Puls regelmässig, 80/min. Der übrige internistische Status war unauffällig. Zeichen der Herzinsuffizienz oder pathologische Herzgeräusche bestanden nicht. Die am Vortag beklagten Beschwerden konnten weder durch Thoraxkompression noch durch Armbewegungen ausgelöst werden. Elektrokardiographisch fanden sich im Vergleich zum Befund vom Vortag neue biphasische / negative T-Wellen in den präkordialen Ableitungen (Abb. 1). Das Troponin war mit 0,18 µg/l leicht erhöht. Bei hochgradigem Verdacht auf ein akutes Koronarsyndrom trotz des jungen Alters wurde dem Patienten eine notfallmässige Koronarangiographie empfoh-

len. Er lehnte diese zunächst ab, war aber mit einer Hospitalisation einverstanden. Nach Gabe von Aspirin, Clopidogrel, Heparin und des Glykoprotein-IIb/IIIa-Rezeptor-Antagonisten Tirofiban wurde dann am nächsten Tag eine Koronarangiographie durchgeführt, welche eine unscharfe 50–70prozentige Stenose im mittleren RIVA (Abb. 2, links) bei sonst angiographisch unauffälligen Koronarien und normaler LV-Funktion zeigte. Die Läsion konnte problemlos mittels eines Sirolimusbeschichteten Stents versorgt werden (Abb. 2, rechts).

Die «take home message» dieses Falles ist, dass es keine untere Altersgrenze für das akute Koronarsyndrom gibt. Trotz klarer Hinweise auf eine Myokardischämie (Anamnese, Risikofaktoren, EKG, Enzyme) waren wir in Versuchung, in Anbetracht des jungen Alters des Patienten, eine koronare Herzkrankheit für unmöglich zu halten. Differentialdiagnostisch sollte ein Kokain-Abusus als Ursache der Myokardischämie in dieser Patientengruppe immer in Betracht gezogen werden.