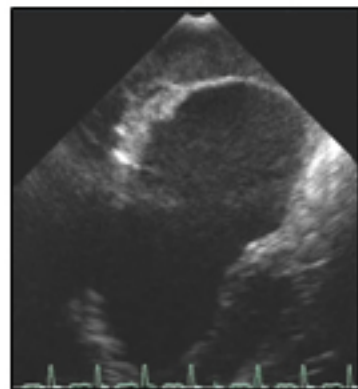
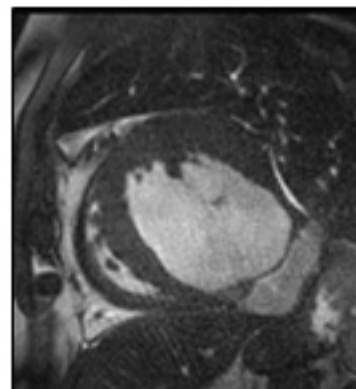


Anamnese:

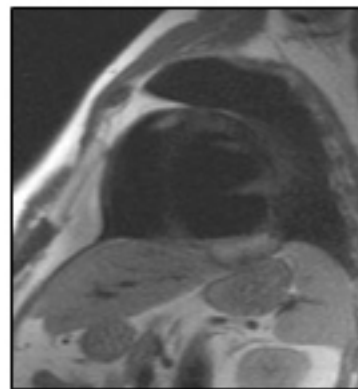
Ein 49-jähriger Patient erlitt 2004 einen Hinterwandinfarkt. Erst zwei Tage nach dem Infarkt ereignis erfolgte die stationäre Aufnahme mit Rekanalisation und Stentimplantation der medialen rechten Koronararterie (RCA). Es resultierte eine Hinterwandakinesie mit eingeschränkter linksventrikulärer Ejektionsfunktion (EF 45 %). Jetzt stellte sich der Patient mit einer seit 3 Wochen bestehenden Dyspnoe erneut vor. Eine Koronarangiographie zeigte ein gutes PCI-Ergebnis an der RCA und wie vorbestehend eine signifikante Stenose des zweiten Posterolateralastes (PLA2). In der Echokardiographie fiel ein inferobasales Aneurysma mit ungewöhnlicher Binnenstruktur auf, zur weiteren Abklärung erfolgte die Überweisung in unsere Klinik.



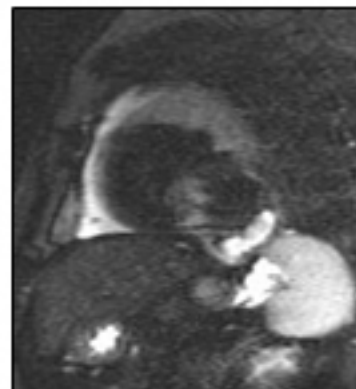
TEE: transgastrischer Blick



MRT: True Fisp Sequenz



MRT: Dark Blood Sequenz



HASTE Inversion Recovery

Late Enhancement auf, welches vom linken Ventrikel zur Aussenseite des flüssigkeitsgefüllten Anteils zog. Die Membran selbst zeigte kaum ein Late Enhancement.

Therapie:

In Zusammenschau der vorliegenden Befunde wurde der Verdacht auf die gedeckte Perforation eines Hinterwandaneurysmas gestellt. Aufgrund des nicht unerheblichen Ruptur-Risikos eines Pseudoaneurysmas erfolgte die Operation. Bei der Präparation von dorsal fand sich zunächst ein deutlich verdicktes Perikard. Nach Eröffnung zeigte sich ein verflüssigtes Hämatom von gelartiger Konsistenz. Der linke Ventrikel selbst zeigt im Übergangsbereich zum rechten Ventrikel eine Ruptur mit einem 3 cm langen, schlitzförmigen Einriss. Dieser Bereich ließ sich im TEE am besten darstellen. Es erfolgte eine komplikationslose Resektion des Ventrikelaneurysmas und die Deckung des Defektes mit einem Gore-Tex-Patch (Vascutek Gelseal 8 x 4 cm) sowie die gleichzeitige Myokardrevaskularisation (ACVB-PLA2). Nach dreiwöchiger kardiologischer Rehabilitation wurde der Patient beschwerdefrei entlassen. Die Kontrolle nach einem halben Jahr ergab eine deutliche klinische Besserung und zeigte einen befriedigend kontrahierenden linken Ventrikel.



MRT: Late Enhancement



MRT: Late Enhancement

Diagnostik:

Echokardiographisch zeigte sich der linke Ventrikel vergrößert und leicht hypertrophiert bei mittelgradig eingeschränkter globaler Kontraktilität (EF: 45%). Im Bereich der Hinterwand zeigte sich ein Aneurysma mit starker Beweglichkeit einer dünnen Membran. Dorsal dieser dünnen Membran fand sich ein echoarmer Bereich unklarer Genese, begrenzt von einer akinetischen Wand. Im Kardio-MRT bestätigte sich der Befund einer Membran mit deutlicher Bewegung und die echoarme Binnenstruktur stellte sich als ein flüssigkeitsgefüllter Bereich dar ohne Kontrastmittelaufnahme. Es fiel ein deutliches

Diskussion:

Die Häufigkeit der Aneurysmbildung nach Myokardinfarkten hat heutzutage durch die frühe Revaskularisation abgenommen. Unser Patient hatte sich erst 2 Tage verspätet in ärztliche Behandlung begeben. Während die Aneurysma im Vorderwandbereich häufiger entstehen, finden sich Pseudoaneurysmata zahlreicher im Hinterwandbereich. Nach Perforation des linken Ventrikels im Bereich der dünnen Ventrikelwand bildet sich oft eine Verfestigung des Perikards mit einem deutlichen Late Enhancement wie in unserem Fall. Die chirurgische Behandlung war ohne Ersatz der Mitralklappe möglich und führte zur klinischen Verbesserung der geklagten Luftnot.