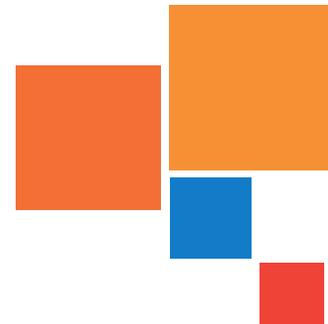


Fallvorstellung erhöhtes Troponin nicht immer ein ACS

Stephanie Dörflinger
KSBL Liestal



Frau M. D.o.S 41j

Hausärztliche Selbstvorstellung

- Thoraxschmerzen, Dyspnoe und Erbrechen nach dem Haarewaschen

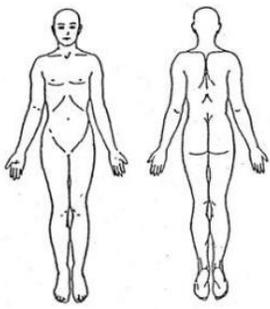
Keine Vorherkrankungen

Keine cvRF

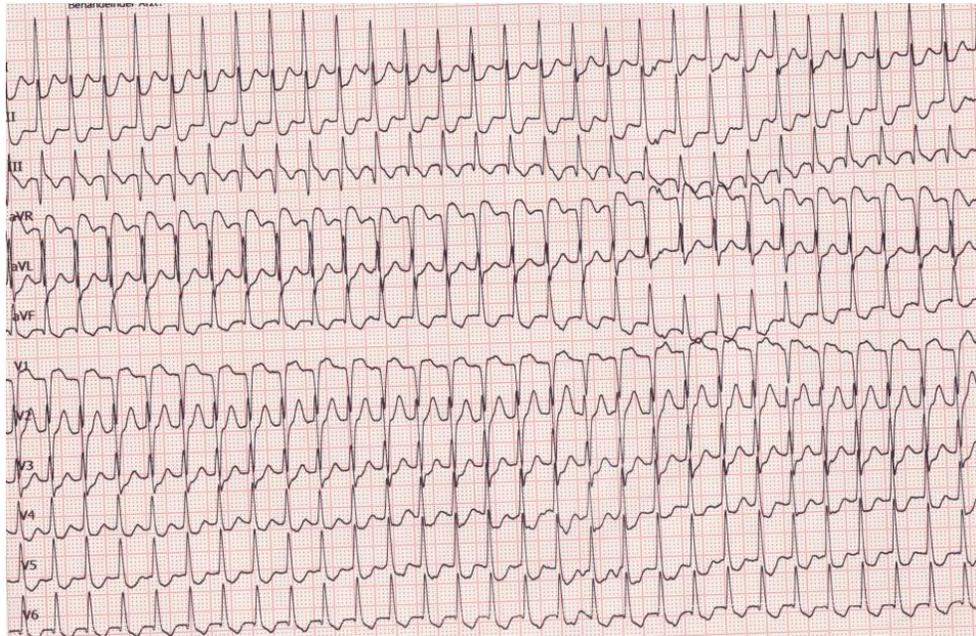
HA

- Normoton, tachykard, normoxäm
- EKG: Schmalkomplextachykardie 150/Min
- Labor: Troponin (nicht hs) >2000ng/l





BD 97/79 mmHg, HF
150/Min
Reine Herztöne
Bibasale RGs



Tc SR mit aszendierenden ST-Senkungen

Labor	Eintritt
Hs-Trop <14ng/l	3614
CK <170 U/l	347
NT-pro-BNP <125ng/l	7'208

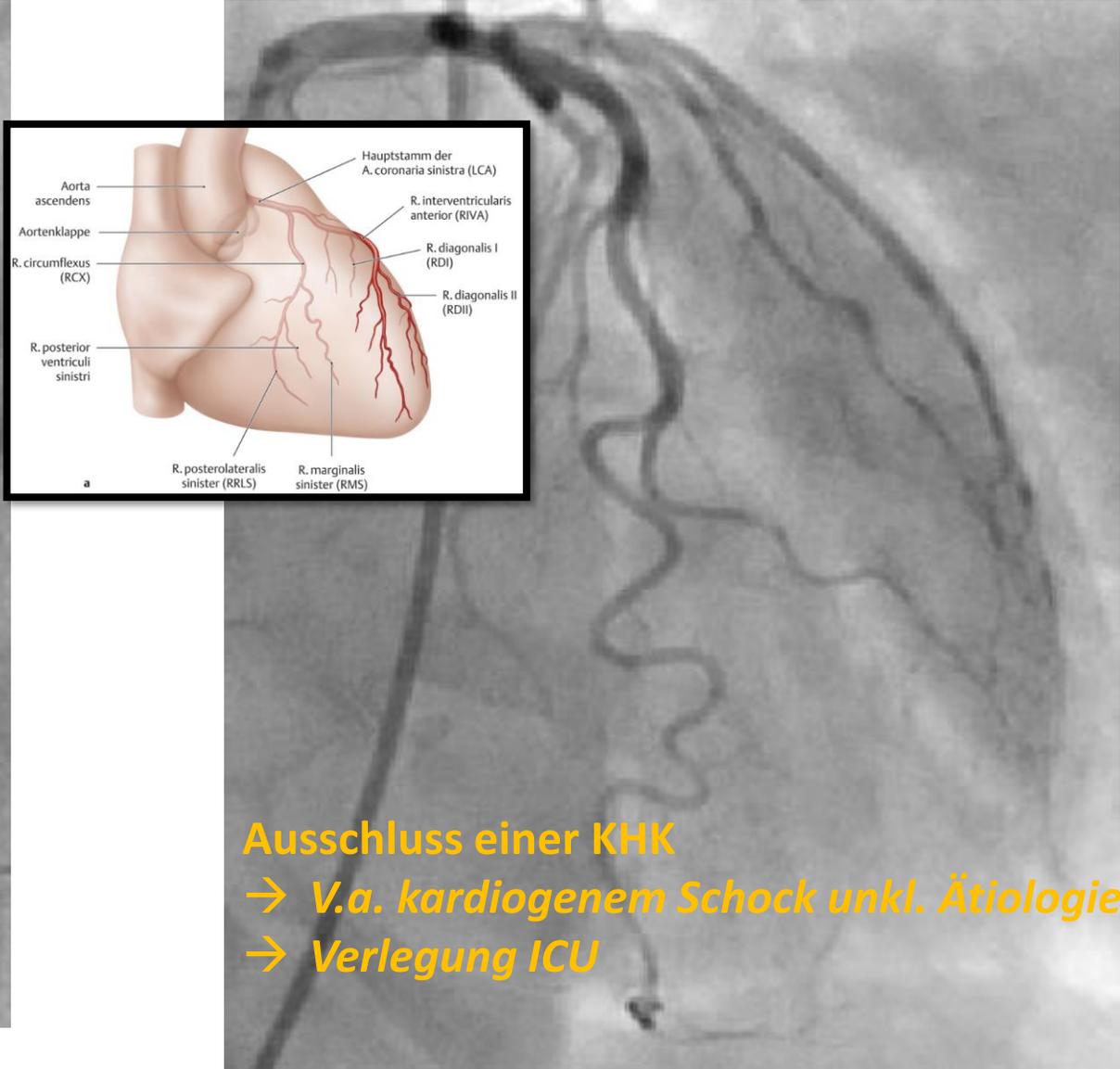
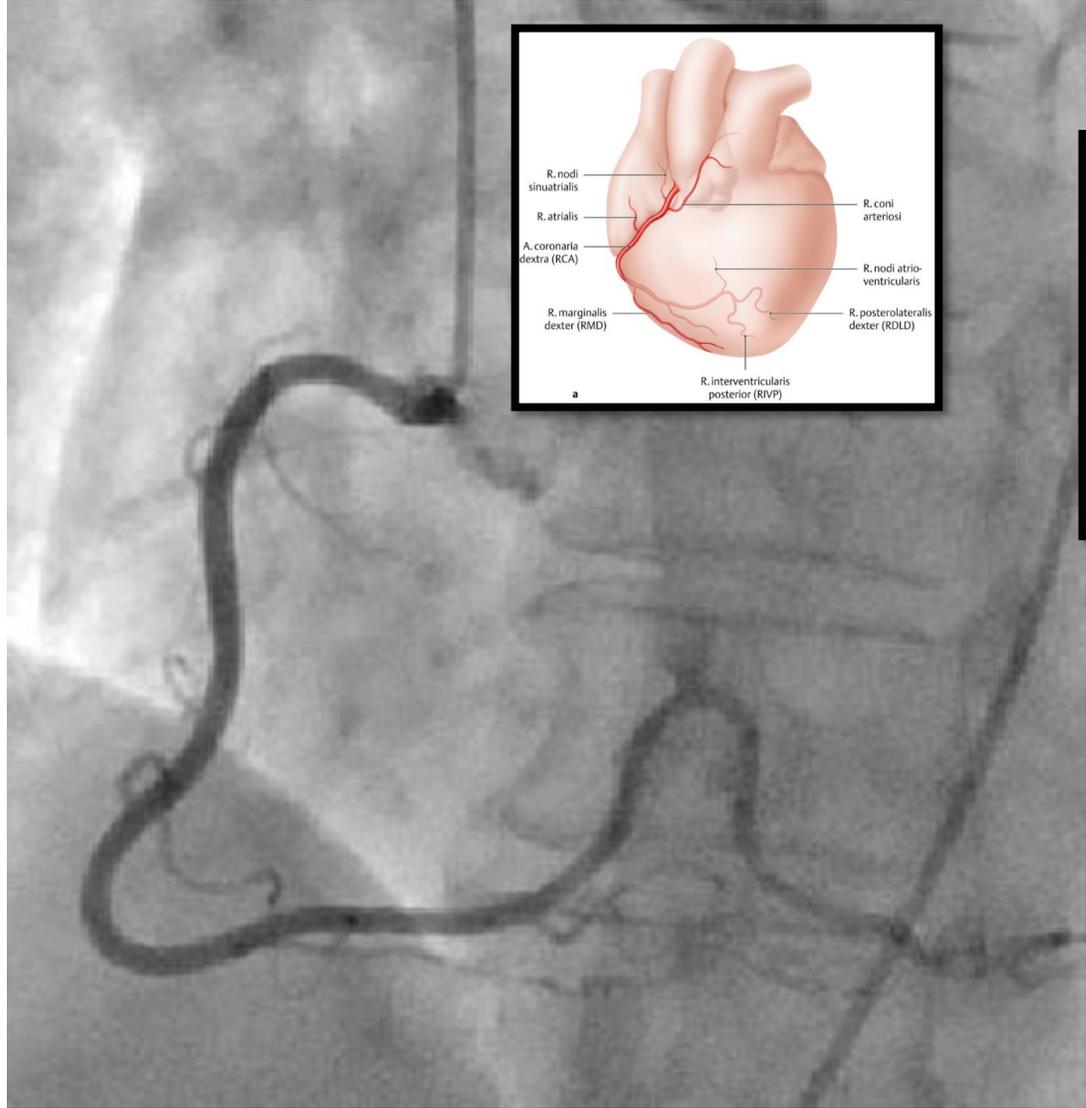
Labor	Eintritt
TSH 0.27 – 4.2 mU/l	9.86
Krea <84 umol/l	104
eGFR >90 ml/min/1.73m ²	57





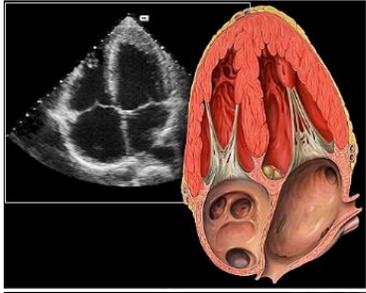
- Keine LE
- Bilaterale Pleuraergüsse
- Fleckige, teils konfluierende, bipulmonale Milchglasinfiltrate und Bronchialwandverdickung/-ödem im Rahmen der Dekompensation zu werten DD infektiöse Infiltrate weniger wahrscheinlich.

→ V.a. NSTEMI ad Koro



Ausschluss einer KHK
 → *V.a. kardiogenem Schock unkl. Ätiologie*
 → *Verlegung ICU*

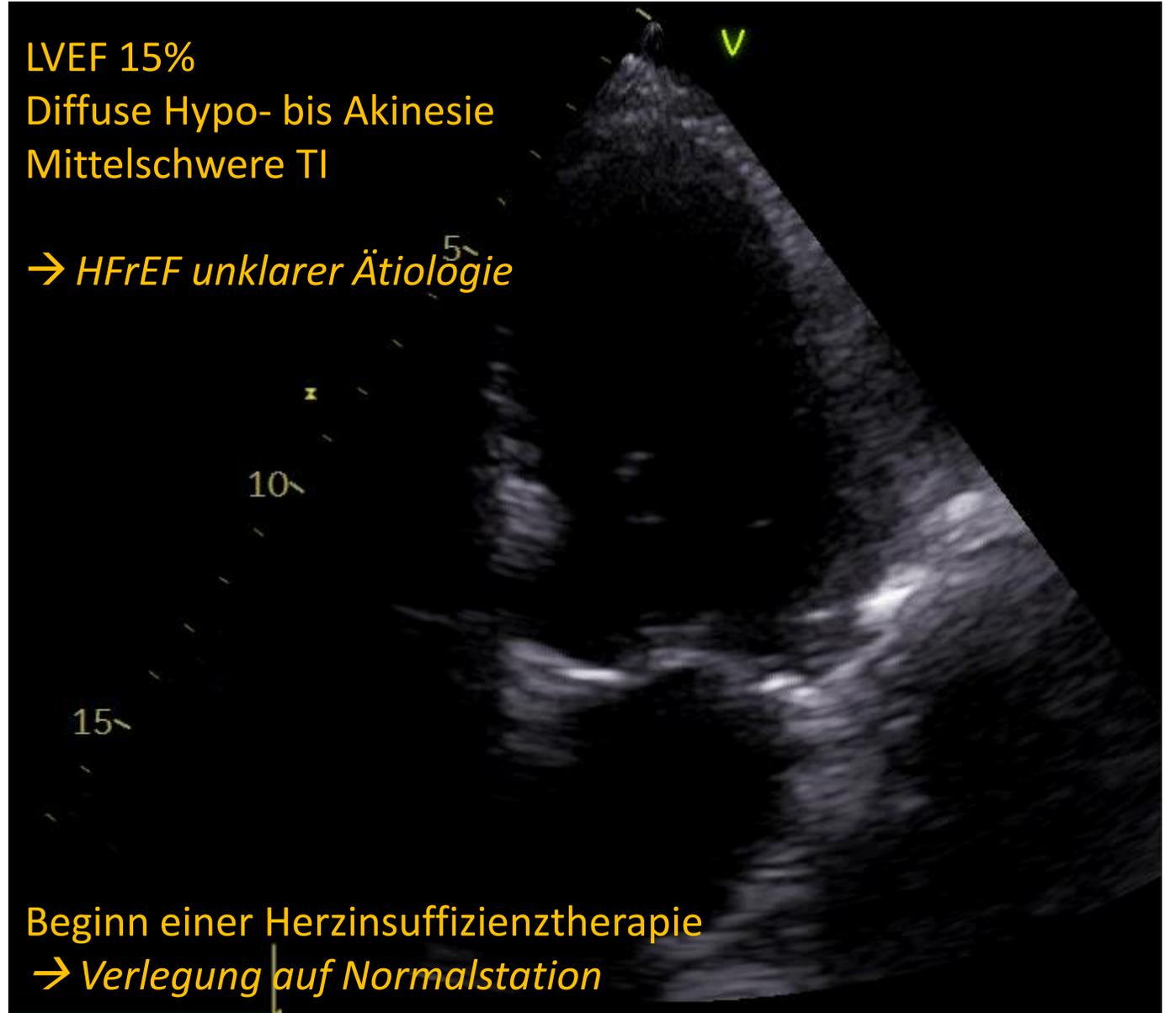




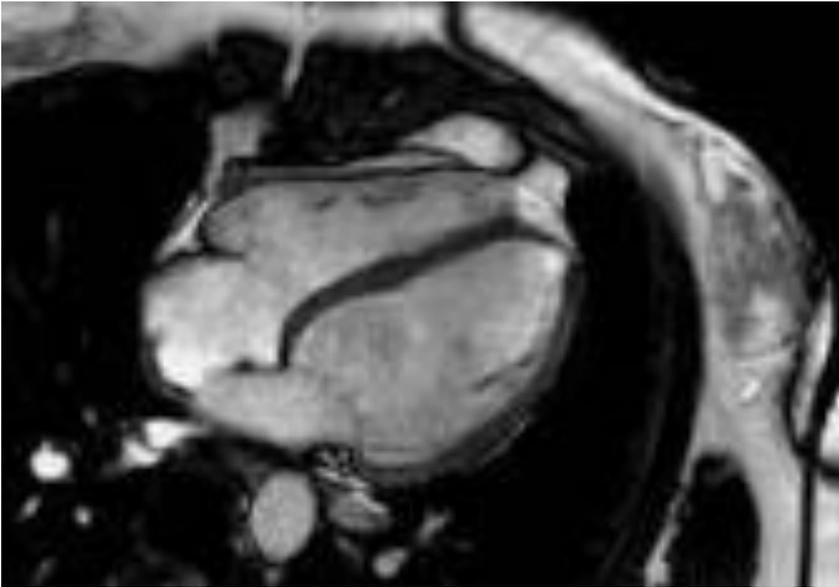
Normale LVEF, keine WBS

LVEF 15%
Diffuse Hypo- bis Akinesie
Mittelschwere TI

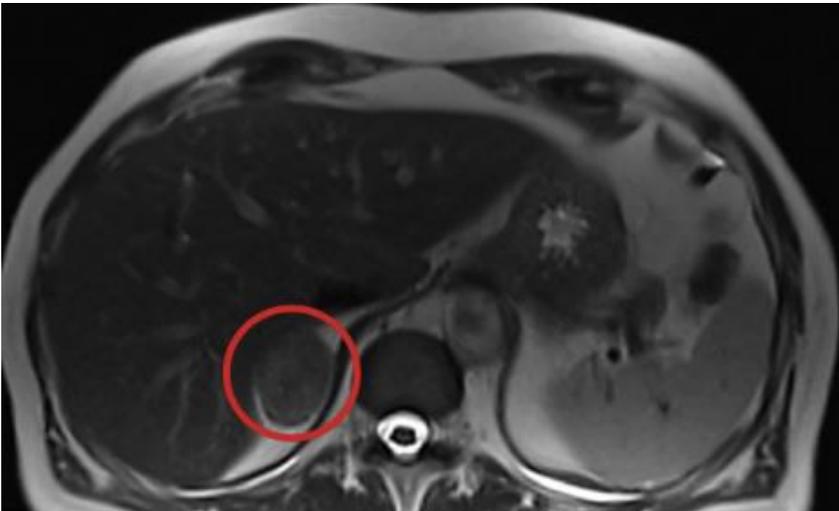
→ *HFrEF unklarer Ätiologie*



Beginn einer Herzinsuffizienztherapie
→ *Verlegung auf Normalstation*



- Keine Ischämie
- Keine Klappendysfunktion
- Kein Thrombus
- LVEF 27%
- Hypokinesie basolateral und apikal, Akinesie lateral mittventrikulär
- Myokardiales Ödem
- V.a. Phäochromozytom rechts und Katecholamin-Toxizität mit konsekutiv



Labor	Tag 2	Tag 8
Freies Metanephrin <i>0.03-0.85 nmol/l</i>	26.84	99.6
Freies Normetanephrin <i>0.04-1.39 nmol/l</i>	3.95	7.27
Freies Methoxytyramin <i><0.06 nmol/l</i>	0.19	2.14
Chromogranin-A <i><102 yg/l</i>	-	656



Diagnosen

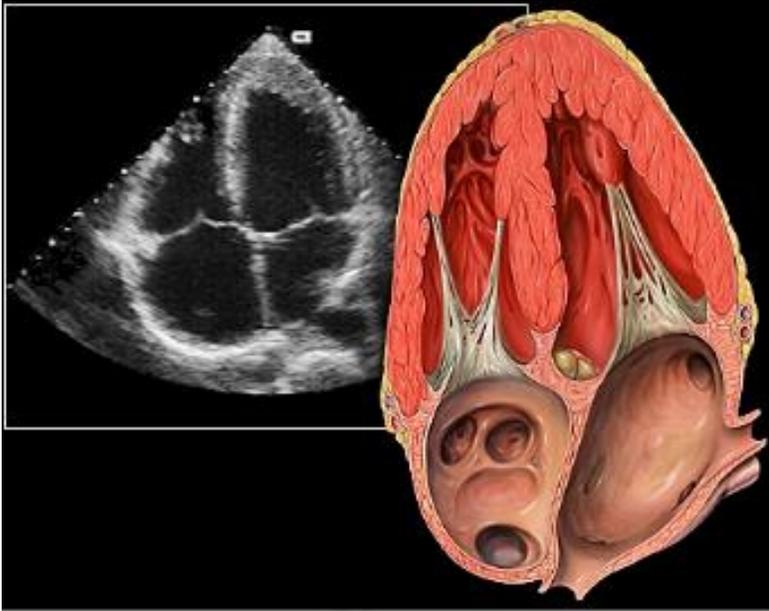
1. Phäochromozytom Nebenniere rechts mit Phäochromozytom-Krise

→ *Laparoskopische Adrenalektomie rechts*

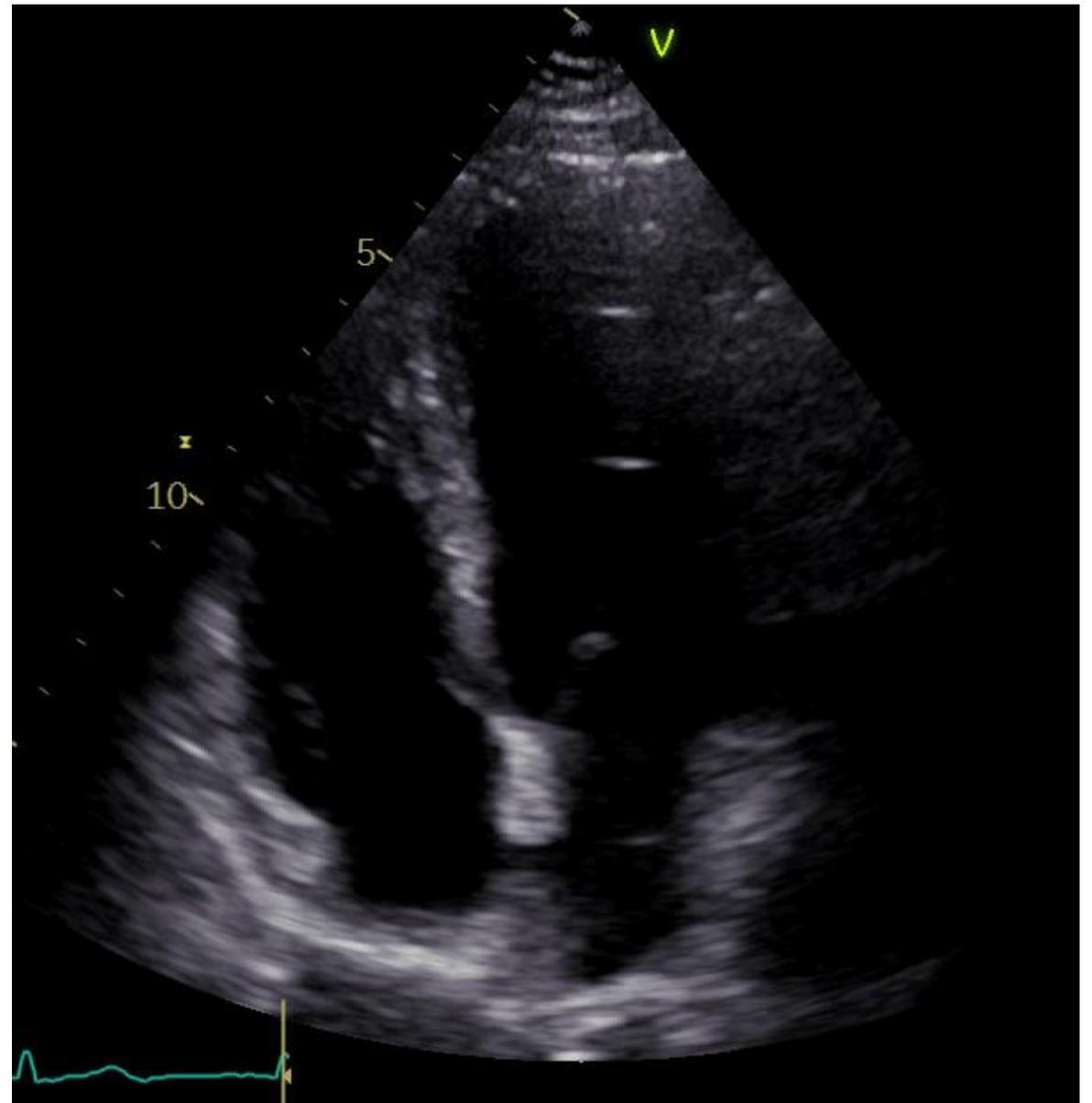
2. St.n. Kardiogenem Schock mit Lungenödem bei katecholamin induzierter Kardiomyopathie



Im Verlauf.....



LVEF 65%, keine regionalen
Wandbewegungsstörungen, Reduktion der HI-
Therapie bis auf Concor 2.5mg
→ *Austritt nach Hause*
→ *Ambulante kardiale Rehabilitation*



Nach 1 Monat...

Dyspnoe NYHA II-III
Müdigkeit und Leistungsintoleranz
→ im Verlauf der Reha deutlich besser



LVEF 65%, keine Wandbewegungsstörungen



Eingeschränkte Leistungsfähigkeit und Müdigkeit
Klinisch und elektrisch negativ



