

Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislauserkrankungen

Echokardiographie aktuell:

Pericarditis constrictiva – Das Chamäleon der Kardiologie

Weihs W, Genger M, Schuchlenz H

Journal für Kardiologie - Austrian

Journal of Cardiology 2014; 21

(3-4), 102-103

Homepage:

www.kup.at/kardiologie

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche



Offizielles
Partnerjournal der ÖKG



Member of the ESC-Editor's Club



Offizielles Organ des
Österreichischen Herzfonds



ACVC
Association for
Acute CardioVascular Care

In Kooperation
mit der ACVC

Indexed in ESCI
part of Web of Science

Indexed in EMBASE

Veranstaltungskalender

Hybrid-Veranstaltungen der Herausgeber des **Journals für Kardiologie**

Finden Sie alle laufend aktualisierten Termine
auf einem Blick unter

www.kup.at/images/ads/kongress.pdf

Echokardiographie aktuell: Pericarditis constrictiva – Das Chamäleon der Kardiologie

A12042
Softlink

W. Weihs, M. Genger, H. Schuchlenz
Aus dem Echolabor des LKH Graz-West

■ Anamnese

Ein 51-jähriger Patient wird wegen zunehmender Atemnot, Beinödemen und Zunahme des Bauchumfanges aufgenommen. Die Beschwerden begannen vor 8 Jahren, wobei anfangs die gastrointestinale Symptomatik im Vordergrund stand. Es erfolgten mehrere diesbezügliche Abklärungen inklusive zweier Leberpunktionen, welche jeweils das Bild einer ausgeprägten Leberstauung mit beginnendem zirrhotischen Umbau ergaben. Die erheblichen echokardiographischen Befunde wurden als unauffällig beschrieben.

Klinisch-physikalisch befindet sich der Patient in einem deutlich reduzierten Allgemein- bei normalem Ernährungszustand. Auskultatorisch zeigen sich eine rhythmische, tachykarde Herzaktion, keine pathologischen Geräusche, beidseits abgeschwächte Atemgeräusche und Knistern. Es liegen ausgeprägte periphere Ödeme sowie ein Aszites vor. Der grobneurologische Status ist unauffällig.

Die medikamentöse Therapie umfasst Lisinopril, Silibinin, Diosmin, Trazodon, Escitalopram, Vitamin D, Folsäure und Vitamin B.

Im EKG zeigen sich ein Sinusrhythmus 96/min, Indifferenztyp, normale PQ-Zeit, P-mitrale und eine T-Negativierung in den Ableitungen III, aVF sowie V3–V6. Unter den erhobenen Laborparametern sind folgende pathologisch: Leuko 13.770 (4000–9000) $10^3/\mu\text{l}$, Thrombo 605 (140–400) $10^3/\mu\text{l}$, Bili 1,58 (0,3–1,2) mg/dl, AP 296 (40–129) U/l, GGT 136 (10–71) U/l, LDH 263 (120–240) U/l, CRP 8,8 (0,0–0,5) mg/dl.

Thorax-Röntgen: das Herz allseits über die Norm vergrößert, keine Stauungszeichen, beidseits basale Pleuraergüsse, verstärkte peribronchiale Lungengerüstzeichnung.

Aufgrund der Diskrepanz zwischen den (echokardiographischen) Vorbefunden und der Klinik wurde eine neuerliche Echokardiographie veranlasst.

■ Echokardiographie

Im parasternalen Längs- und Querschnitt zeigen sich ein normal großer linker Ventrikel mit guter systolischer Funktion, ein vergrößerter linker Vorhof sowie minimale Sklerosierungen am Klappenapparat ohne Beeinträchtigung der Funktion. Auffallend ist ein massiv verdicktes Perikard (Abb. 1). Im M-Mode kommen folgende für eine Pericarditis constrictiva (PC) charakteristischen Zeichen zur Darstellung: ein verdicktes Perikard, ein „septal bounce“ sowie ausgeprägte respiratorische Volumenschwankungen des linken und rechten Ventrikels (Abb. 2). Im apikalen Vierkammerblick sind die normal großen Ventrikel bei dilatierten Vorhöfen wegweisend. Die auch in diesem Schnitt erkennbare abnorme Septumbeweglichkeit ist ein spezifisches Zeichen einer PC. Der transmitrale Fluss ist restriktiv verändert und bietet verstärkte respiratorische Schwankungen. Im Tissuedoppler ist $\dot{e}$ tief und das Verhältnis von $E/\dot{e}$ beträgt 7 – ein wichtiges Unterscheidungsmerkmal von der restriktiven Kardiomyopathie (Abb. 4).

■ Verlauf

Die Diagnose einer PC wird im „cardiac CT“ bestätigt. Es liegen praktisch keine myokardialen „Verankerungen“ vor, so-

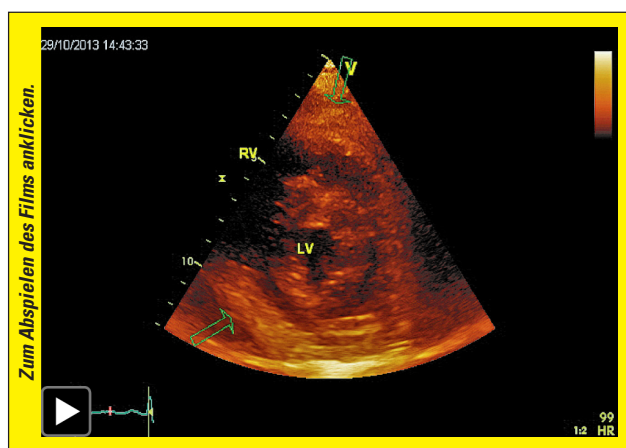


Abbildung 1: Parasternaler Querschnitt. Normal großer linker Ventrikel (LV) mit guter Pumpfunktion. Massive Verdickung des Perikards < 1 cm (Pfeile).

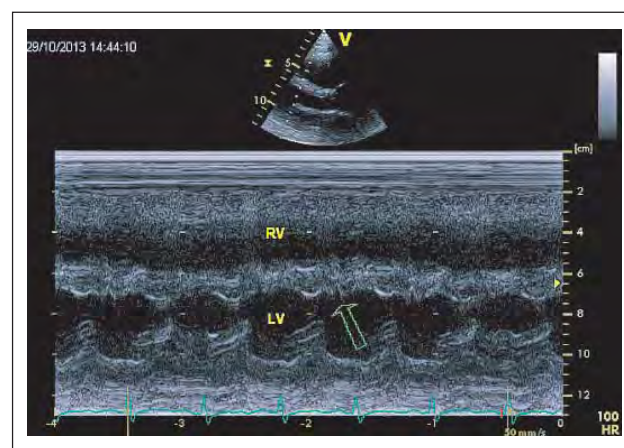


Abbildung 2: M-Mode des linken Ventrikels: verdicktes Perikard, „septal bounce“, starke respiratorische Schwankungen der links- und rechtsventrikulären Diameter.

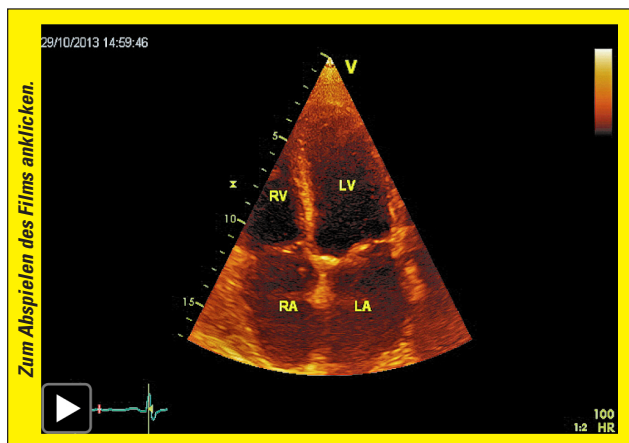


Abbildung 3: Apikaler Vierkammerblick: beidseits vergrößerte Vorhöfe, gute globale Linksventrikelfunktion, „septal bounce“.

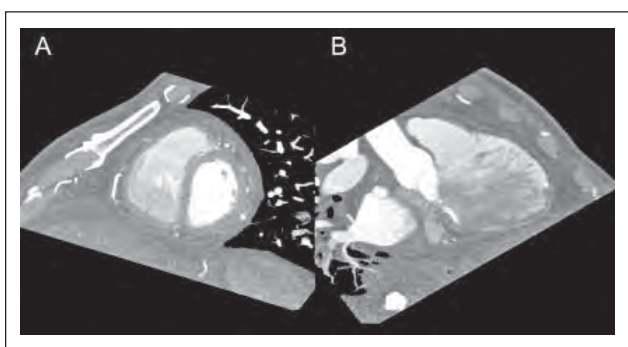


Abbildung 5: „Cardiac CT“: verdicktes Perikard, keine wesentlichen myokardialen „Verankerungen“.

dass von einer guten Operabilität ausgegangen werden kann (Abb. 5). Der Patient wird komplikationslos perikardektomiert.

■ Kommentar

Die PC stellt nach wie vor eine diagnostische Herausforderung dar. Durch den langsam schleichenden Verlauf über mehrere Jahre nach dem akuten entzündlichen Prozess am Peri-

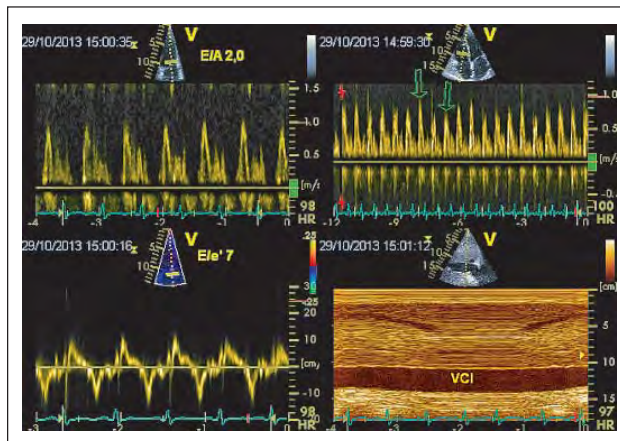


Abbildung 4: Dopplerechokardiographie: restriktiver transmitraler Fluss mit ausgeprägten respiratorischen Schwankungen (Pfeile), tiefes ϵ im Tissuedoppler, fehlende respiratorische Kaliberschwankungen der Vena cava inferior (VCI).

kard wird die Diagnose einer PC in vielen Fällen erst in einem fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung gestellt. Selbst trotz routinemäßig durchgeführter Echokardiographie kann man zu fehlerhaften Ergebnissen kommen. Erst die sorgfältige Evaluierung der ein- und zweidimensionalen sowie der Dopplerechokardiographie unter exakter Betrachtung der atemabhängigen Veränderungen und der ergänzende Gewebedoppler führen zur richtigen Diagnose. Die typischen respiratorischen Schwankungen der Einflussgeschwindigkeiten beider Vorhöfe und Ventrikel, die verstärkte Interaktion der Ventrikel und die erhaltene longitudinale Funktion des linken Ventrikels sind wegweisend für die Diagnose einer PC. Letzteres gilt allerdings nur für die reine PC mit der eindeutigen Indikation zur Perikardektomie, während die gemischt konstriktiv-restriktiven Formen nach wie vor ein diagnostisches Dilemma darstellen.

Korrespondenzadresse:

Dept. Dr. Wolfgang Weihs

Dept. f. Kardiologie u. Intensivmedizin – LKH Graz-West
A-8020 Graz, Göstingerstraße 22

E-Mail: wolfgang.weihs@lkh-grazwest.at

Die entsprechenden Filme finden Sie unter www.kup.at/A12042 oder
mittels Eingabe von A12042 in ein Suchfeld auf www.kup.at.
(Zum Abspielen der Filme ist die Installation des Adobe Flash Players erforderlich)

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

☒ Medizintechnik-Produkte



Neues CRT-D Implantat
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3
Labotect GmbH



InControl 1050
Labotect GmbH

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ Bestellung e-Journal-Abo

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

Impressum

Disclaimers & Copyright

Datenschutzerklärung