

Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislauserkrankungen

Churg-Strauß-Vaskulitis mit kardialer Beteiligung

Heger M, Bergler-Klein J, Binder T

*Journal für Kardiologie - Austrian
Journal of Cardiology* 2002; 9
(10), 465-466

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

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031105M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-

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

Churg-Strauß-Vaskulitis mit kardialer Beteiligung

M. Heger, J. Bergler-Klein, Th. Binder

Aus dem Echokardiographie-Labor der Kardiologischen Abteilung,
Universitätsklinik für Innere Medizin II, Wien

Vorgeschichte

Bei einem 43jährigen Patienten ist seit zwei Jahren ein Asthma bronchiale bekannt. Die übrige Anamnese war unauffällig. Vor 3 Monaten war eine stationäre Aufnahme wegen Dyspnoe notwendig. Während der letzten 4 Wochen klagte er über Fieber, Müdigkeit und zunehmende Atemnot, weshalb er neuerlich stationär aufgenommen wurde. Im Thoraxröntgen zeigten sich kleinfleckige Infiltrationen beidseits sowie ein vergrößerter Herzschatten. Weiters wurde eine reduzierte Linksventrikelfunktion beschrieben (EF ca. 30 %). Trotz Antibiotikatherapie kam es zu einer weiteren Verschlechterung der respiratorischen Insuffizienz, sodaß eine Intubation erforderlich wurde. Nach längerem Intensivaufenthalt und nach Respiratorentwöhnung fieberte der Patient neuerlich an.

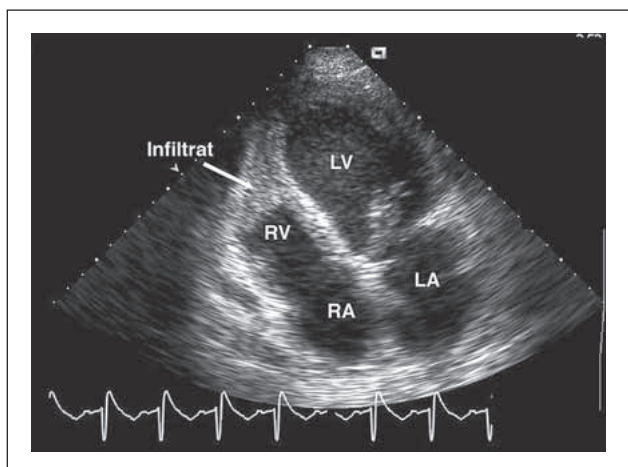


Abbildung 1: Vierkammerblick. Im Bereich des rechtsventrikulären Apex findet sich eine gut abgrenzbare Raumforderung (eosinophiles Infiltrat); LA = linker Vorhof, LV = linker Ventrikel, RA = rechter Vorhof, RV = rechter Ventrikel

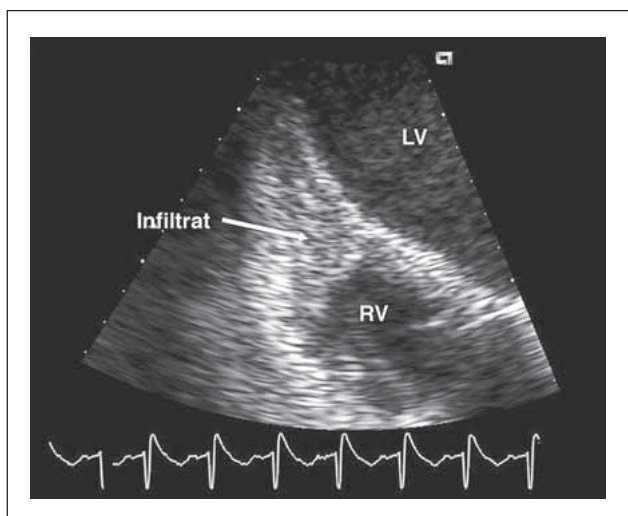


Abbildung 2: Zoom-Darstellung des rechten Ventrikels (RV). Das Infiltrat ist typischerweise echoreich, oft geschichtet und füllt den Apex aus; LV = linker Ventrikel

Neben erhöhten Entzündungsparametern fand sich vor allem eine deutliche Eosinophilie. Zur weiteren Abklärung wurde er an unser Zentrum überwiesen.

Im EKG zeigten sich eine Sinustachykardie mit einer HF von 120/min sowie eine fehlende R-Progression von V1 bis V3.

Es erfolgte eine Bronchoskopie, wobei sich in der Bronchiallavage (inkl. Biopsie) das Bild einer neutrophilen Kapillaritis und fokalen Vaskulitis mit Vermehrung der eosinophilen Granulozyten zeigte.

Echokardiographie

Neben einer höhergradig reduzierten systolischen Linksventrikelfunktion (EF nach Simpson ca. 27 %) fanden sich echoreiche Strukturen im rechten Ventrikel welche den rechtsventrikulären Apex fast vollständig ausfüllten (Abb. 1 und Abb. 2). Die Rechtsventrikelfunktion war normal. Zusätzlich fanden sich eine diastolische Dysfunktion des linken Ventrikels (Restriktion), eine leichte bis mittelgradige Mitralinsuffizienz (Abb. 3), eine leichte bis mittelgradige Trikuspidalinsuffizienz sowie ein zirkumferenter Perikarderguß mit einer Größe von ca. 1 cm hinter dem linken Ventrikel (Abb. 4). Im linken Ventrikel waren keine Raumforderungen nachweisbar.

Diskussion

Die Kombination Asthma bronchiale, pulmonale Infiltrate, Hypereosinophilie und extravaskuläre Eosinophilie entsprechen nach den Richtlinien des American College of Rheumatology einem Churg-Strauß-Syndrom.

Die Veränderungen im Bereich des rechten Ventrikels sind Folge der Granulomatose bzw. der Hypereosinophilie, wobei es dadurch typischerweise zu einer Endokardverdickung sowie zu infiltrativen Ablagerungen im Bereich des Apex (links- und rechtsventrikulär) kommt. Der Apex kann von diesen

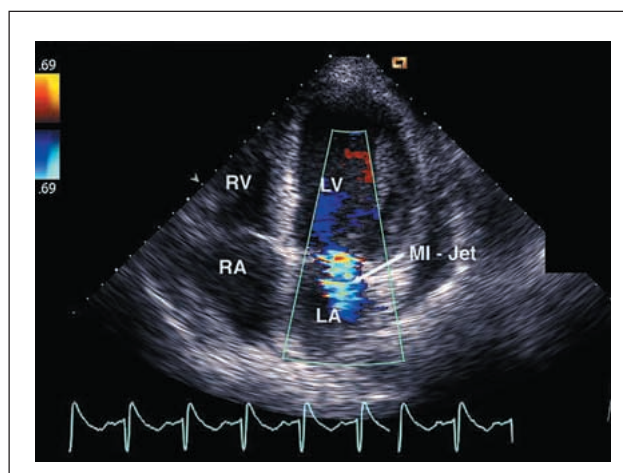


Abbildung 3: Die Mitralklappe sowie der subvalvuläre Apparat sind verdickt, und es besteht eine leichte bis mittelgradige Mitralinsuffizienz; LA = linker Vorhof, LV = linker Ventrikel, RA = rechter Vorhof, RV = rechter Ventrikel, MI-Jet = Mitralinsuffizienz

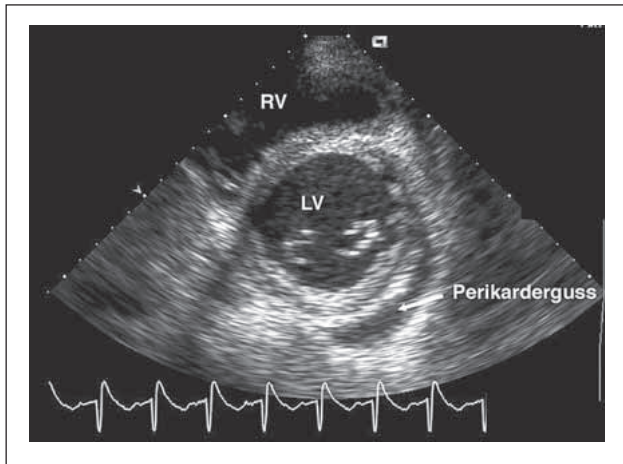


Abbildung 4: Häufig findet sich bei Patienten mit einem Churg-Strauß-Syndrom auch ein Perikarderguss; LV = linker Ventrikel, RV = rechter Ventrikel

Infiltraten vollständig ausgefüllt werden. Auch die AV-Klappen (vor allem der subvalvuläre Apparat) sind häufig verdickt und insuffizient. Da es sich um eine infiltrative Herzerkrankung handelt, findet man meist eine diastolische Dysfunktion des linken Ventrikels. Im fortgeschrittenen Stadium kann sich auch eine systolische Dysfunktion entwickeln.

Ätiologie und Pathogenese Das Churg-Strauß-Syndrom ist eine Sonderform einer Immunkomplexerkrankung, wobei Reaktionen vom IgE-vermittelten Typ im Vordergrund stehen. Die Erkrankung ist durch eine allergische Vaskulitis und Granulomatose mit Präferenz für den Respirationstrakt cha-

rakterisiert. Häufig findet sich eine ausgeprägte Eosinophilie, welche (wie im vorliegenden Fall) zu infiltrativen Ablagerungen führt.

Die **Klinik** äußert sich meist als eine über längere Zeit bestehende Rhinitis, Sinusitis, Pneumonie oder Asthma bronchiale, zusätzlich können andere Organe (Gastrointestinaltrakt, Haut oder ev. Nieren) mitbetroffen sein. Im Falle einer kardialen Mitbeteiligung werden Tachykardie oder Rhythmusstörungen und Atemnot beschrieben.

Therapie Als Therapie der Wahl wurde bei dem Patienten mit einer parenteralen Cortisontherapie in Kombination mit einer oralen immunsuppressiven Therapie (Cyclophosphamid) begonnen, als kardiale Therapie erhielt der Patient ASS sowie einen ACE-Inhibitor.

Prognose Unbehandelt ist die Prognose schlecht (Fünfjahresüberlebensrate von lediglich 25 %). Respiratorische und kardiale Insuffizienzen verschlechtern die Langzeitprognose. Unter Therapie kann die Prognose wesentlich verbessert werden (Fünfjahresüberlebensrate etwa 50 %). Komplette Remissionen werden häufiger als bei anderen Vaskulitisformen beschrieben.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Maria Heger

Echokardiographie-Labor der Kardiologischen Abteilung

Universitätsklinik für Innere Medizin II

Allgemeines Krankenhaus Wien

A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20

E-Mail: maria.heger@univie.ac.at

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](#)