

Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislauserkrankungen

Echokardiographie aktuell: Prothesenendokarditis – ein konservativer Therapieversuch

Weihs W, Harb S

Journal für Kardiologie - Austrian

Journal of Cardiology 2016; 23

(7-8), 198-200

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: Prothesenendokarditis – ein konservativer Therapieversuch



W. Weihs, St. Harb

Aus dem Echolabor des LKH Graz Süd-West/Standort West

■ Anamnese

Ein 81-jähriger Patient wird mit dem Verdacht auf eine Endokarditis im Echolabor zur Durchführung einer transösophagealen Echokardiographie (TEE) zugewiesen. Es besteht eine langjährige kardiale Anamnese mit einer Mitralklappenrekonstruktion bei Mitralklappenprolaps und hochgradiger Mitralsuffizienz 1987, einer Schrittmacherimplantation wegen Sick-Sinus-Syndrom 2004, einem Mitralklappenersatz (Sorin Biocarbon S 29) mit Vorhofablation wegen hochgradiger Mitralsuffizienz und paroxysmaler Flimmerarrhythmie 2008 und einem Schrittmacheraggregatwechsel 2011. Seit 2013 wird der Patient wegen rezidivierender Fieberschübe, welche einerseits auf eine Spondylodiszitis (biotisch nicht gesichert) und andererseits auf eine (verifizierte) Divertikulitis mit Peritonitis zurückzuführen sind, immer wieder antibiotisch behandelt. Nach einer neuerlichen Divertikulitis 06/2015 mit einer positiven Blutkultur auf *Enterococcus faecalis* wird der Patient nunmehr zum Ausschluss einer Endokarditis zugewiesen.

■ Fallbericht

Es zeigt sich ein 81-jähriger Patient in altersentsprechend gutem Allgemeinzustand, keine Zeichen einer kardialen Insuffizienz. Auskultatorisch findet sich außer dem typischen Klappenschlussgeräusch kein auffälliger Befund. Der grobneurologische Status ist ebenso unauffällig. Im mitgebrachten Labor ist das CRP mit 101 mg/l (0–5 mg/l) deutlich erhöht, die Leukozyten liegen mit $4,08 \cdot 10^3/\mu\text{l}$ im Normbereich, es liegt jedoch eine Linksverschiebung vor. Im EKG zeigt sich ein Schrittmacherrhythmus 60/min im VAT-Modus.

Transösophageale Echokardiographie

Es zeigt sich eine Doppelkippischeibenprothese in Mitralsposition mit regelrechter Öffnungs- und Schlussfunktion. Am Klappenring kommen mehrere teilweise flottierende Vegetationen zur Darstellung (Abb. 1), wobei sich eine geringfügige paravalvuläre Regurgitation nachweisen lässt (Abb. 2). Eine Übersicht über die Lage und Größe der Vegetationen ist besonders gut in der dreidimensionalen Aufnahme der Mitralklappe im sogenannten „Chirurgenblick“, d. h. vom Vorhof aus betrachtet, zu erkennen (Abb. 3). Die übrigen Klappen sowie die einsehbaren Anteile der Schrittmachersonden sind unauffällig.

Verlauf

Anhand der Anamnese und der vorliegenden Befunde kann mittels Duke-Kriterien die Diagnose einer definitiven Endokarditis ausgesprochen werden. Nach Rücksprache mit der Infektiologie wird eine antibiotische Therapie mit Ampicillin/Aminoglykosid intravenös eingeleitet und über insgesamt 4 Wochen fortgeführt, danach für weitere 2 Wochen auf eine Monotherapie mit Ampicillin intravenös umgestellt. Eine zur Diskussion gestellte operative Sanierung wird vom Patienten abgelehnt. Nachdem die Entzündungsparameter im Normbereich lagen, wurde der Patient auf eine orale Penicillintherapie umgestellt und in häusliche Pflege entlassen. In der abschließenden TEE sind die Vegetationen deutlich kleiner (Abb. 4).

Der Patient nimmt die Antibiotika weitere 3 Monate konsequent ein und zeigt sich bei den klinischen Kontrollen beschwerdefrei. Auch die Entzündungsparameter sowie die Blutkulturen bleiben negativ, sodass schließlich nach mehr

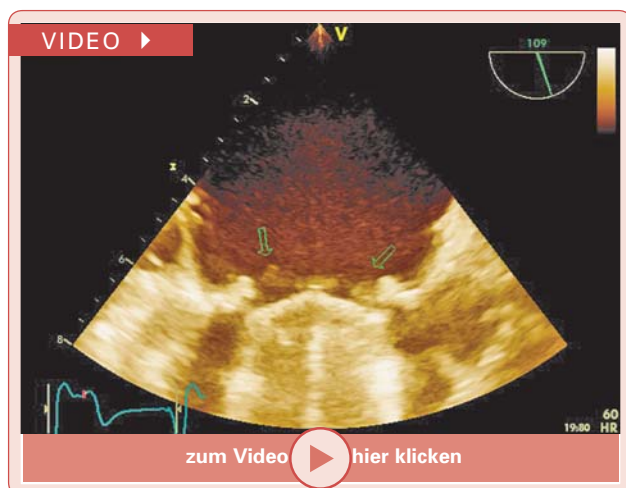


Abbildung 1: Mehrere teilweise flottierende Vegetationen an der atrialen Seite der Mitralklappenprothese.



Abbildung 2: Paravalvuläres Leak mit geringfügiger Regurgitation.

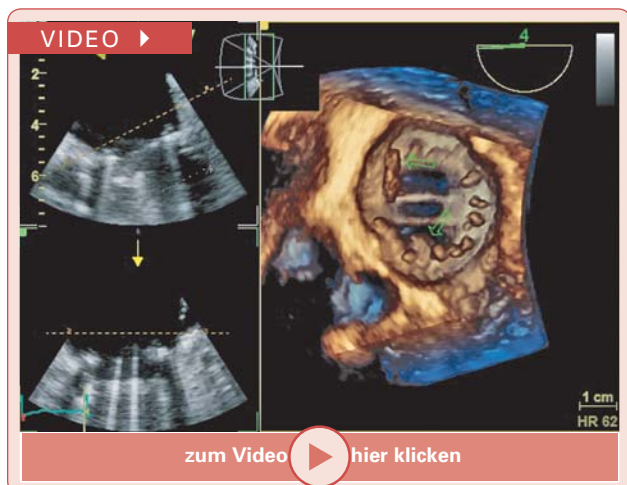


Abbildung 3: Dreidimensionale Darstellung der Mitralklappenprothese in der sogenannten Chirurgenansicht. Mehrere Vegetationen am Klappenring (Pfeile).

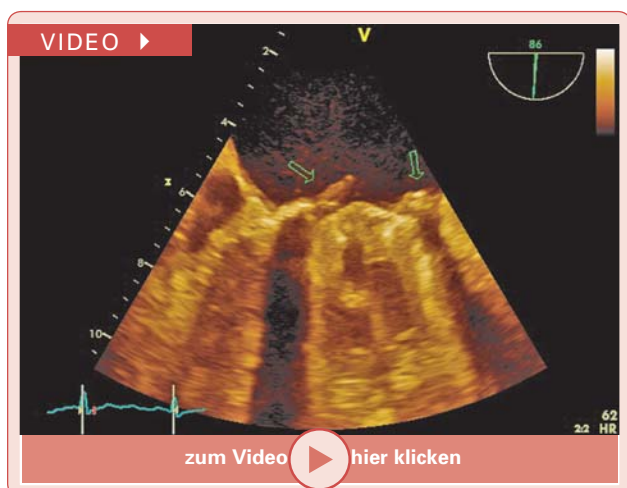


Abbildung 5: Rezidivendokarditis mit Vegetationen an der Mitralklappenprothese.

als 4 Monaten die antibiotische Therapie beendet wird. Sechs Monate später wird der Patient mit Fieber und Schüttelfrost erneut stationär aufgenommen. In der Blutkultur ist abermals eine *Enterococcus faecalis*-Infektion mittlerer Resistenzlage nachweisbar. In der TEE kommen wieder große Vegetationen zur Darstellung (Abb. 5). Anhand des Antibiotogramms und nach Rücksprache mit der Infektiologie wird eine Doppelantibiose mit Ceftriaxon und Ampicillin intravenös über 4 Wochen durchgeführt und wiederum auf Ampicillin oral (vorläufig als Dauerbehandlung) umgestellt. Der Patient ist einer Operation nach wie vor ablehnend gegenübergestellt. Nach 4 Wochen wird eine TEE-Kontrolle vorgenommen, welche keine signifikante Änderung der Vegetationen an der Mitralklappenprothese zeigt (Abb. 6).

Kommentar

Ca. 10–30 % aller Endokarditisfälle betreffen Patienten mit künstlichen Herzklappen. Die Erfolgsrate der konservativen antibiotischen Therapie ist auch bei langer Therapiedauer unbefriedigend, sodass in der Regel eine operative Sanierung empfohlen wird. Nachdem die betroffenen Patienten oftmals älter und multimorbid sind und einem weiteren herzchirurgi-

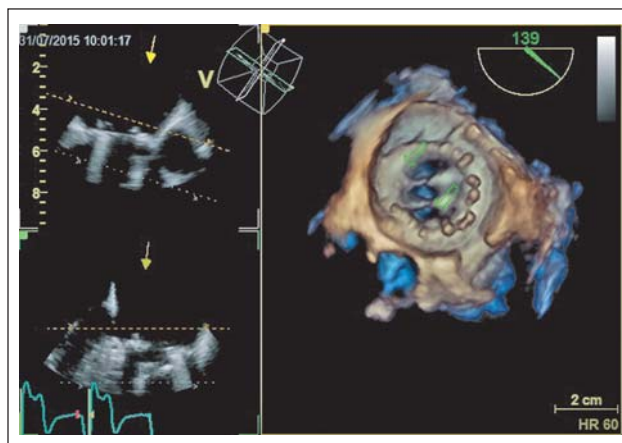


Abbildung 4: Deutliche Regression der Vegetationen nach 4-wöchiger Antibiose.

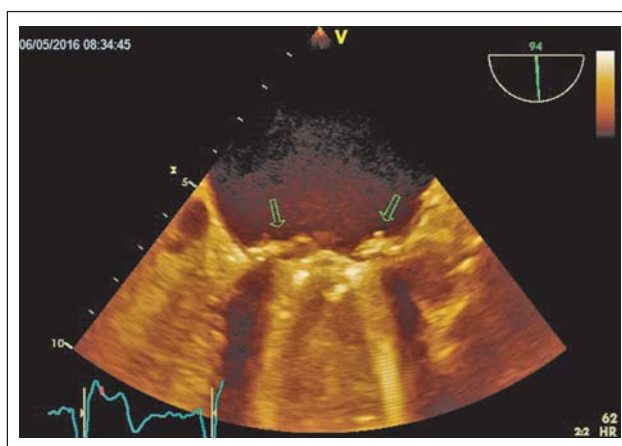


Abbildung 6: Unveränderte Vegetationen nach mehrwöchiger Antibiose.

schen Eingriff gegenüber skeptisch eingestellt sind, werden derzeit laut Euro Heart Survey nur 50 % der Patienten mit Prothesenendokarditis dem Chirurgen zugeführt.

Im gezeigten Fall ist der Verlauf in folgender Hinsicht lehrreich: Retrospektiv zeigen sich bei vielen Patienten mit Endokarditis bis zur endgültigen Diagnosestellung lange Krankheitsverläufe mit rezidivierenden Infekten. Hinter jedem fieberhaften Infekt bei Patienten mit Klappenersatz kann eine Prothesenendokarditis stecken. In der Regel ist eine TEE notwendig, um diese auszuschließen oder zu diagnostizieren. Der Therapieerfolg muss neben den klinischen und Laborkontrollen mittels wiederholter TEEs überprüft werden.

Eine konservative antibiotische Therapie führt auch bei ausreichend langer Behandlungsdauer nicht immer zum Heilungserfolg. Nicht selten wird vor allem bei Patienten, die keiner operativen Sanierung unterzogen werden können, eine dauerhafte antibiotische Suppressionstherapie notwendig sein.

Bei komplexen Krankheitsverläufen und/oder speziellen Erregern ist eine enge Zusammenarbeit mit dem Infektiologen notwendig (Infektionsteam).

Die aktuellen Empfehlungen der European Society of Cardiology (ESC) wurden 2015 aktualisiert und sind bei der Behandlung der Endokarditis eine wertvolle Hilfe.

Korrespondenzadresse:

DeptL Dr. Wolfgang Weihs
Abteilung für Innere Medizin/Department für Kardiologie und
Intensivmedizin – LKH Graz Süd-West/Standort West
A-8020 Graz, Göstinger Straße 22
E-Mail: wolfgang.weihs@kages.at



Die entsprechenden Filme finden Sie unter www.kup.at/A13548
oder mittels Eingabe von A13548 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 CRTD 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