

Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislauserkrankungen

Bilder der Herzchirurgie:

Septische Endophthalmitis als Erstsymptom einer Aortenklappenendokarditis

Tepeköylü C, Holfeld J, Müller L

Journal für Kardiologie - Austrian

Journal of Cardiology 2017; 24

(1-2), 18-19

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

Bilder der Herzchirurgie: Septische Endophthalmitis als Erstsymptom einer Aortenklappenendokarditis

C. Tepeköylü, J. Holfeld, L. Müller

Aus der Universitätsklinik für Herzchirurgie, Medizinische Universität Innsbruck

■ Fallbericht

Eine 65-jährige Patientin wird an der Abteilung für Ophthalmologie am LKH Feldkirch aufgrund einer Sehverschlechterung, Lidschwellung, Exophthalmus und Ptosis sowie massiv chemotisch unterbluteter Bindehaut des rechten Auges vorgestellt. Sowohl im Glaskörper als auch in der Blutkultur wird ein *Streptococcus agalacticae* nachgewiesen und die Diagnose einer septischen Endophthalmitis gestellt. Gemäß Antibiogramm wird umgehend eine antibiotische Therapie mittels

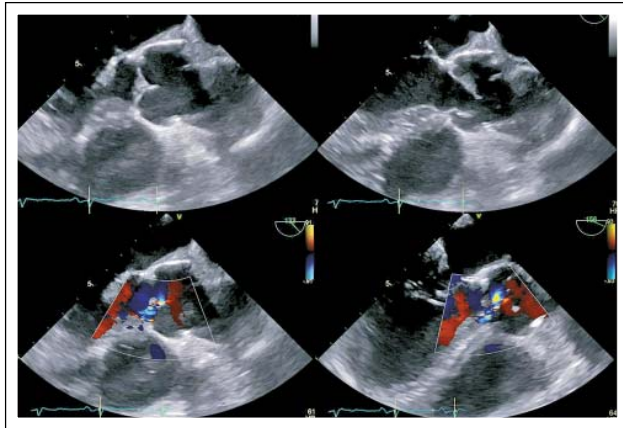


Abbildung 1: Im transösophagealen Echo ist eine größenprogrediente 6 x 7 mm große Vegetation am akoronaren Segel sichtbar, mit einer leicht- bis mittelgradigen Aortenklappeninsuffizienz.

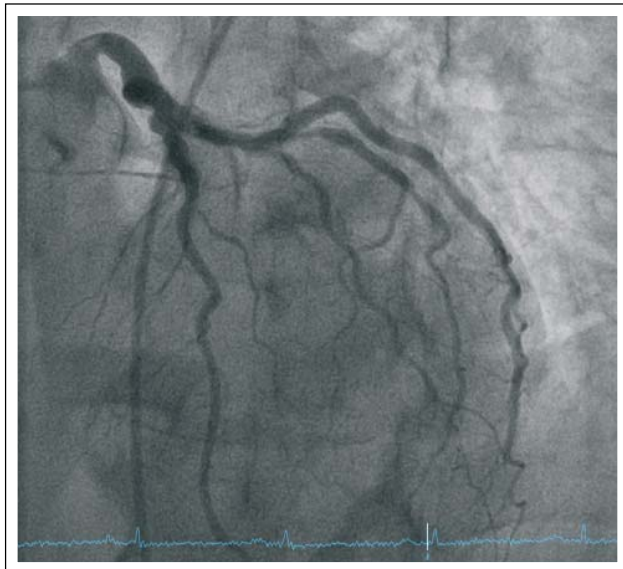


Abbildung 2: Eine präoperative Angiographie bei bekannter koronarer Herzkrankheit zeigte Stenosen von LAD und Diagonalästen.

Vancomycin und Levofloxacin gestartet. Die Patientin wird an der Inneren Medizin zur Fokussuche sowie wegen sich verschlechternden Allgemeinzustandes mit zunehmender Ruhedyspnoe aufgenommen.

■ Verlauf

Anamnestisch finden sich bei der Patientin eine koronare Herzkrankheit und ein mit Kammerflimmern und CPR einhergehender Hinterwand-STEMI vor 8 Jahren, welche damals mittels PTCA und BMS-Implantation der RCA versorgt wurden. Weiters leidet die Patientin an einem Diabetes mellitus Typ 2 sowie an einer arteriellen Hypertonie. Auf der Suche nach einem möglichen septischen Fokus werden anamnestisch eine Läsion der rechten Großzehe, eine „Magen-Darm-Grippe“ vor 10 Tagen sowie ein rezenter Harnwegsinfekt erhoben. Zusätzlich zeigt die Patientin ein paradontal geschädigtes Restgebiss sowie eine oberflächliche Läsion an der Uvula. Darüber hinaus erhielt die Patientin eine Knie-TEP links wenige Wochen zuvor und gibt aktuell Schmerzen an. Ein von den Orthopäden durchgeführtes Kniepunktat bleibt steril. In weiterer Folge wird ein CT durchgeführt, dieses zeigt eine knapp bis zum Hilus reichende, flächige ca. 5 x 2,5 cm große Hypodensität im kranialen Drittel der Milz, einem septisch-embolischen Milzinfarkt entsprechend. Schließlich wird in einem TEE eine kleine, echoarme Struktur am Rand der akoronaren Tasche der Aortenklappe entdeckt, welche auch über die Klappenebene oszilliert, und damit der Verdacht einer Aortenklappenendokarditis gestellt. Nach Rücksprache mit den Mikrobiologen wird eine Therapie mit Ceftriaxon begonnen. In einer Verlaufskontrolle nach 10 Tagen zeigt sich eine deutliche Größenprogredienz der Vegetation (6 x 7 mm) mit einer neu aufgetretenen leicht- bis mittelgradigen Aortenklappeninsuffizienz (Abb. 1). In weiterer Folge wird die Antibiose nach abemaliger Rücksprache mit den Mikrobiologen auf Ampicillin/Gentamicin umgestellt. Die Patientin wird im Heart-Team vorgestellt und die Indikation zur operativen Sanierung der Aortenklappenendokarditis gestellt. Zur präoperativen Abklärung wird eine Koronarangiographie durchgeführt. Diese zeigt eine Stenose der LAD sowie des Ramus diagonalis (Abb. 2).

Intraoperativ zeigt sich eine trikuspidale Klappe mit prolabierender linkskoronarer Tasche und ausgedehnten Vegetationen ventrikelseitig. Die Klappentaschen werden exzidiert und eine 23 mm biologische Aortenklappenprothese implantiert. Das exzidierte Klappengewebe wird an die Sektion für Hygiene geschickt und eine Bakterienkultur angefordert.

Zusätzlich werden zwei Venenbypässe auf den Ramus diagonalis sowie auf die LAD angelegt. Der postoperative Verlauf

gestaltet sich unkompliziert. Die Hygienebefunde zeigen einen Befall der exzidierten Klappe mit grampositiven Kokken. Die antibiotische Therapie wird mit Ampicillin/Vancomycin weitergeführt. Am sechsten postoperativen Tag wird von einem ophthalmologischen Konsil bei klinisch progredienter purulenter Endophthalmitis die Indikation zur Enukleation des betroffenen Auges gestellt. Diese wird am siebten postoperativen Tag komplikationslos durchgeführt.

Die Patientin zeigt einen deutlich verbesserten Allgemeinzustand, berichtet über Symptombefreiheit und kann in weiterer Folge rasch entlassen werden.

■ Diskussion

Die infektiöse Endokarditis stellt trotz gezielter antibiotischer Therapie sowie chirurgischer Intervention eine Erkrankung mit hoher Mortalität und schwerwiegenden Komplikationen wie zerebralen Ischämien, Embolisierungen oder resultierender Herzinsuffizienz dar [1]. Klinisch kann sie sowohl als akute, schnell fortschreitende Erkrankung als auch als subakute, chronische Erkrankung mit unspezifischer Symptomatik wie Fieber und Abgeschlagenheit auftreten. Bei 25 % der Betroffenen findet sich bis zum Zeitpunkt der Diagnose bereits eine Embolisierung [2].

Bei Verdacht auf Endokarditis ist die Durchführung einer Echokardiographie angezeigt (zuerst transthorakal, zur detaillierten Bestimmung transösophageal). Diese ist auch die wichtigste Methode zur Evaluierung des embolischen Risikos. Ergänzende bildgebende Verfahren wie MSCT, MRI und PET können zur weiteren Abklärung (Ausschluss eines anderen Fokus, perivalvuläre Ausbreitung, Suche nach weiteren Embolisierungen) nützlich sein [3].

Neben der Echokardiographie stellen positive Blutkulturen einen Eckpfeiler der Endokarditis-Diagnose dar. Die Blutabnahme für die Blutkultur sollte mindestens 3x im 30-Minuten-Intervall erfolgen und sowohl für aerobe als auch anaerobe Bakterien durchgeführt werden. Die Blutproben sollten dabei unter höchster Beachtung hygienischer Richtlinien aus peripheren Venen entnommen werden und nicht aus dem zentralen Venenkatheter, um Kontaminationen zu vermeiden. Sobald ein Mikroorganismus identifiziert wurde, empfehlen die ESC-Guidelines den unmittelbaren Start einer gezielten anti-

biotischen Therapie. Die Blutabnahme soll 48–72h nach Therapiebeginn wiederholt werden, um die Effektivität der Behandlung zu prüfen. In 31 % der Fälle kann in den Blutkulturen von betroffenen Patienten kein Erreger nachgewiesen werden, meist wegen vorangegangener antibiotischer Therapie oder Befall mit Erregern, die unter normalen Kulturbedingungen nicht anzüchtbar sind. In diesem Fall kann ein Aussetzen der antibiotischen Therapie zur Identifikation der Mikroorganismen bzw. das Heranziehen spezifischer Wachstumsmedien und Nachweismethoden (Serologie, PCR) notwendig sein [4].

Sollte die Diagnose einer Endokarditis erfolgt sein, wird empfohlen, den Fall frühzeitig in einem Endokarditis-Team zu diskutieren. Dieses soll aus Kardiologen, Herzchirurgen, Anästhesisten, Infektiologen und Mikrobiologen bestehen [5]. Gemeinsam wird die therapeutische Strategie geplant und bei Bedarf dem Verlauf entsprechend adaptiert.

In etwa 50 % der Fälle ist eine chirurgische Therapie der Endokarditis während des initialen Krankenhausaufenthaltes indiziert. Obwohl chirurgische Eingriffe in der aktiven Phase der Erkrankung mit einem erhöhten Risiko verbunden sein können, bedingen drei Indikationen eine frühe Operation: progressive Herzinsuffizienz, unkontrollierte Infektion und Vermeidung von systemischen Embolien.

Literatur:

1. Habib G. et al. 2015 ESC Guidelines for the management of infective endocarditis: The Task Force for the Management of Infective Endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC). Endorsed by: European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS), the European Association of Nuclear Medicine (EANM). Eur Heart J 2015; 36: 3075–128.
2. Thuny F. et al. Risk of embolism and death in infective endocarditis: prognostic value of echocardiography: a prospective multicenter study. Circulation 2005; 112: 69–75.
3. Bruun NE, et al. Cardiac imaging in infectious endocarditis. Eur Heart J 2014; 35: 624–32.
4. Raoult D, et al. Contribution of systematic serological testing in diagnosis of infective endocarditis. J Clin Microbiol 2005; 43: 5238–42.
5. Nishimura RA, et al. 2014 AHA/ACC guideline for the management of patients with valvular heart disease: executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol 2014; 63: 2438–88.

Korrespondenzadresse:

PD Dr. Johannes Holfeld
Universitätsklinik für Herzchirurgie
Medizinische Universität Innsbruck
A-6020 Innsbruck, Anichstraße 35
E-Mail: johannes.holfeld@i-med.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