

Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislaufkrankungen

Echokardiographie aktuell: Kardiale Folgen einer Chemotherapie

Kleemann L

Journal für Kardiologie - Austrian

Journal of Cardiology 2007; 14

(3-4), 104-105

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,-

Grazer Gefäß- & Gerinnungstage 2025
Donnerstag, 26. Juni 2025
14:30 – 15:00

Vertiefendes Fachwissen



www.amrn.link/aerzte

AMARIN SYMPOSIUM

**Ein neuer Angriffspunkt im leitliniengerechten
Risikofaktorenmanagement von pAVK- Patient:innen**

Dr. Reinhard B. Raggam, Graz

The logo for AMARIN, featuring a stylized 'A' with horizontal lines through it, followed by the word 'AMARIN' in a bold, sans-serif font.

© 2025 Amarin Pharmaceuticals Ireland Limited. Alle Rechte vorbehalten.
AMARIN Name und Logo sind Marken von Amarin Pharmaceuticals Ireland Limited.

AT-VAZ-00220, 05/2025

Echokardiographie aktuell: Kardiale Folgen einer Chemotherapie



L. Kleemann

Aus dem Echokardiographielabor des Landeskrankenhauses Krems an der Donau

■ Vorgeschichte

Der 49-jährige männliche Patient war in einem Peripheriekrankenhaus im vorangegangenen Jahr wegen eines neu diagnostizierten Hodentumors (Seminom) und intraabdomineller Lymphknoten in Chemotherapie – insgesamt 4 Zyklen Gemcitabin, ein Hoden (Semikastratio) wurde entfernt.

Im September war die letzte Chemotherapie erfolgt, in dieser Phase kam es zu einer chemotherapieinduzierten Sepsis, welche der Patient primär unbeschadet überstanden zu haben schien. Es wurde in dieser Zeit auch der Port-a-Cath explantiert. In der Echokardiographie wurde damals bei guter Linksventrikelfunktion nur eine leichte Aortenklappeninsuffizienz befundet.

■ Verlauf

Der Patient wurde im selben Krankenhaus wegen des Verdachtes auf Pneumonie aufgenommen. Am 27.11.2006 wurde abermals eine Echokontrolle durchgeführt, welche einen unveränderten Befund mit guter Linksventrikelfunktion bei nun aber schon leicht dilatierendem Cor und eine weiterhin eher leichte, aber nicht quantifizierbare Aortenklappeninsuffizienz und eine mittlerweile deutliche Trikuspidalinsuffizienz mit Zeichen der Rechtsbelastung ergab.

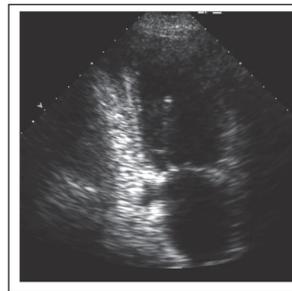
Es wurde mit einer Antibiose (v. a. Pneumonie) mit Amoxicillin/Clavulansäure und später Ceftriaxon begonnen. Am 04.12.2006 wurde der Patient zur Zweitmeinung bezüglich der Aortenklappeninsuffizienz in unser Echolabor transferriert.

Im transthorakalen Echo zeigte sich ein grenzwertig großes, nicht hypertrophes Cor (linksventrikulärer enddiastolischer Durchmesser [LVEDD] 56 mm, linksventrikulärer endsystolischer Durchmesser [LVESD] 43 mm, Ejektionsfraktion [EF] 40–45 %) mit mäßig bis mittelgradig reduzierter Pumpfunktion, eine völlig destruierte Aortenklappe (AK) mit zwei in den linksventrikulären Ausflußtrakt (LVOT) prolabierenden Vegetationen und einer massiven Aortenklappeninsuffizienz (holodiastolischer Fluß in der Femoralarterie) sowie einem unklaren, sehr exzentrischen Jet an der Basis des vorderen Mitralsegels – möglicherweise einer Perforation entsprechend. Eine relevante Rechtsbelastung haben wir nicht gefunden (vgl. Filme 1–6).

Angesichts dieses Befundes haben wir eine transösophageale Untersuchung angeschlossen, wobei wir uns im wesentlichen nur auf die Aortenklappe und Mitralklappe (MK) konzentriert haben. An der AK zeigte sich eine massive Destruktion des

links- und rechtskoronaren Segels mit „flail leaflet“ beider Segel und breiter, schwer wirksamer Aortenklappeninsuffizienz, an der MK konnte nur eine relative Mitralklappeninsuffizienz (MI) bei Restriktion beider Segel, aber keine Destruktion oder Vegetation festgestellt werden (vgl. Filme 7–10).

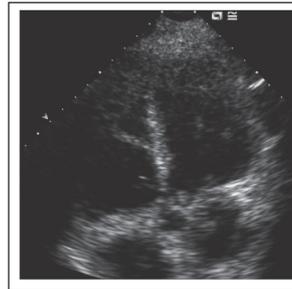
Der Patient wurde aufgrund dieses Befundes bei uns stationär aufgenommen, die antibiotische Therapie (bislang Ceftriaxon i.v.) wurde nach Rücksprache mit OA Dr. Janata aus dem SMZ-Ost um Gentamycin und Vancomycin erweitert (es konnte kein Erreger in den Blutkulturen und auch am Port-a-Cath festgestellt werden). Weiters haben wir sofort mit der Herzchirurgie des LKH St. Pölten Kontakt aufgenommen und mit den Kollegen einen Akuttransfer zur Operation vereinbart.



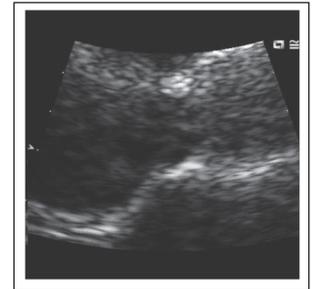
Film 1: Zweikammerblick



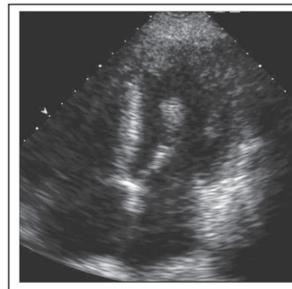
Film 2: Dreikammerblick



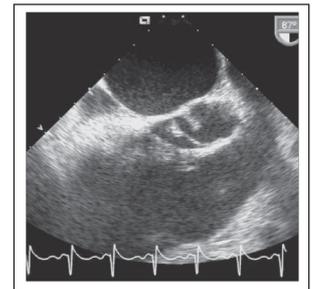
Film 3: Fünfkammerblick



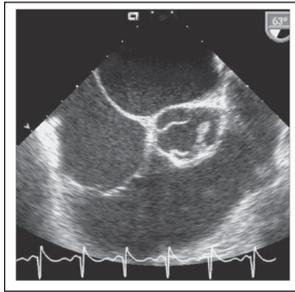
Film 4: Parasternale Längsachse – Aortenklappe gezoomt



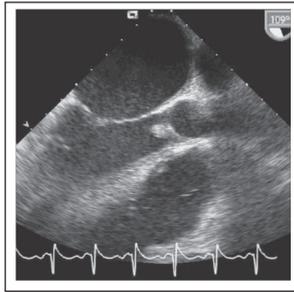
Film 5: Vierkammerblick: Aortenklappe – Endokarditis



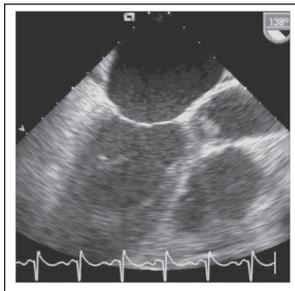
Film 6: Aortenklappen-Querschnitt – Vegetation



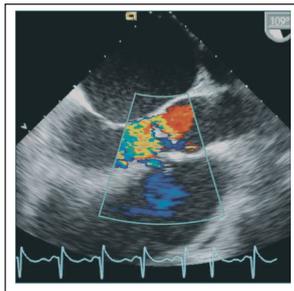
Film 7: Aortenklappe quer im TEE



Film 8: TEE: Aortenklappe 180° – Endokarditis



Film 9: Mitralklappe TEE



Film 10: TEE Farbdoppler – Aortenklappeninsuffizienz

Der Grund für die rasche Entscheidung lag in der überaus raschen Entwicklung der Volumenüberlastung des linken Ventrikels – in einer Woche von normaler auf mittelgradig reduzierte Linksventrikelfunktion – und der völligen Zerstörung der Aortenklappe.

Der Patient wurde erfolgreich an der AK (mechanischer Aortenklappenersatz, AKE) operiert, postoperativ kam es jedoch zu dialysepflichtigem Nierenversagen und protrahiertem Intensivaufenthalt. Der Patient wurde mit Anfang des Jahres 2007 in das LKH Horn zur weiteren Dialyse transferiert.

■ Kommentar

Wie an diesem Beispiel dokumentiert, ist rasches Handeln lebensnotwendig gewesen: Die Linksventrikelfunktion hat sich in kurzer Zeit dramatisch verschlechtert, die Herzdiameter und die Aortenklappeninsuffizienz (dramatisch) haben in derselben Zeit zugenommen. Festzuhalten ist, daß eine sich akut entwickelnde Aortenklappeninsuffizienz immer eine OP-Indikation darstellt!

Trotz negativer Blut- und Port-a-Cath-Kultur war die anfänglich gewählte Antibiose nicht ausreichend für die Chemotherapie-induzierte Endokarditis.

Korrespondenzadresse:

OA Dr. Lucas Kleemann
Abteilung für Innere Medizin mit Kardiologie
NÖ Landeskrankenhaus Krems an der Donau
A-3500 Krems, Mitterweg 10
E-Mail: lucasklee@utanet.at

Die entsprechenden Filme finden Sie unter
www.kup.at/A6282 oder mittels Eingabe von
A6282 in ein Suchfeld auf www.kup.at.

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](#)