

Journal für **Kardiologie**

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislauserkrankungen

**Echokardiographie aktuell:
Komplizierte Behandlung einer
Mitralklappenansatz-Endokarditis
bei bestehender Spondylodiscitis**
Kleemann L

*Journal für Kardiologie - Austrian
Journal of Cardiology 2009; 16
(7-8), 298-300*

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

Echokardiographie aktuell: Komplizierte Behandlung einer Mitralklappenansatz-Endokarditis bei bestehender Spondylodiscitis

A7973
Softlink

L. Kleemann

Aus dem Echokardiographielabor des Landeskrankenhauses Krems an der Donau

■ Anamnese

Die 64-jährige Patientin, welche mit 160 cm Größe und 160 kg Gewicht morbidest adipös ist, suchte wegen therapieresistenter (auf NSAR) Lumbago das Krankenhaus auf. Aufgrund erhöhter Entzündungs- und deutlich erhöhter Nierenfunktionsparameter bei Oligurie wurde sie stationär aufgenommen. Das Kreatinin lag bei 5,0 und BUN bei 99 mg/dl, das CRP war mit 30,5 mg/dl bei einem Normwert von 0,5 mg/dl deutlich erhöht.

■ Verlauf

Auf der Suche nach einer Infektionsquelle sind in den Routineuntersuchungen (Harn, Lungenröntgen und Abdomensonographie) keine Hinweise für eine Infektion zu finden. Es wird empirisch eine antibiotische Therapie mit Tavanic 250 mg und Unasyn 2×3 g eingeleitet und strenge Bettruhe verordnet. Unter genauer Flüssigkeitsüberwachung und Medikation in Nierendosis konnte das prärenale Nierenversagen konservativ beherrscht werden. Die Antibiose musste aufgrund eines neuerlichen CRP-Anstiegs gewechselt werden auf Zyvoxid 600 mg und Cefrom 3×2 g + Diflucan 200 mg, zumal eine Blutkultur einen positiven Befund auf Staphylokokken abliefern konnte.

Aufgrund der bestehenden Schmerzsymptomatik in der LWS wird eine MR-Untersuchung der LWS durchgeführt und hierbei zeigte sich eine Spondylodiscitis der Bandscheibe LWK I und II.

Zur Schmerzbekämpfung wird angesichts der Nierenproblematik mit einer ausreichenden Morphindosis therapiert.

Da nach Rücksprache mit den Orthopäden sehr oft die Spondylodiscitis als Ausdruck einer septischen Embolie hervorgeufen ist, haben wir auch einen Herzultraschall durchgeführt, welcher von transthorakal keinen genauen Aufschluss über eine etwaige Endokarditis geben konnte. Daher wird eine transösophageale Echokardiographie angeschlossen, welche am Mitralklappenansatz des hinteren Mitralsegels eine hochgradig verdächtige Vegetation mit Flottieren in die Klappenbahn zum Vorschein brachte (Abb. 1, 2).

Aufgrund des Befundes, des weiterhin ondulierenden Fiebers und der schwankenden Entzündungsparameter wurde die schon potente Antibiose nochmals umgestellt und auf Fosfomycin 3×8 g (für 1 Woche) und Targocid 1600 mg geändert – diese sollte laut AKH Wien für 12 Wochen beibehalten werden. Trotz dieser Therapie fieberte die Patientin weiter, die

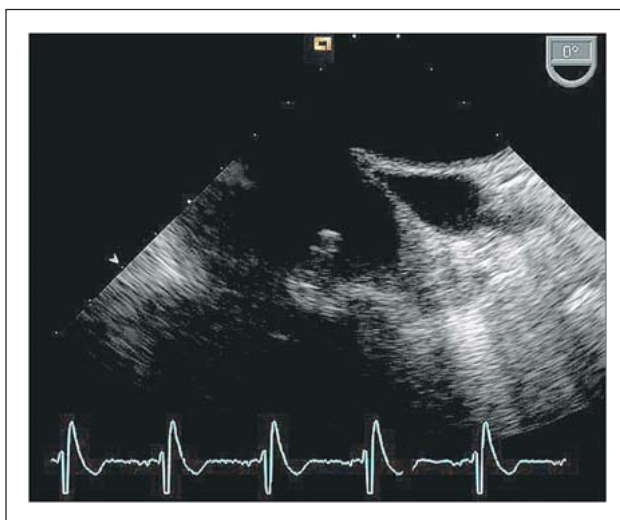


Abbildung 1: Kleine Vegetation am Mitralklappenansatz des PML TEE 17.07.

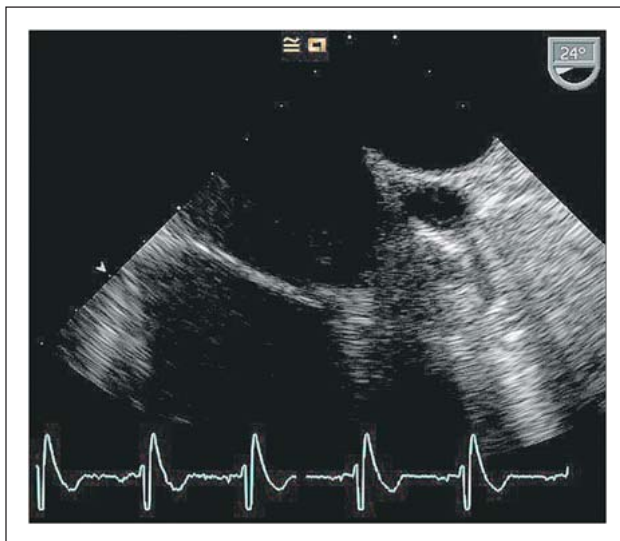


Abbildung 2: Kleine Vegetation am Mitralklappenansatz des PML TEE 17.07.

Entzündungsparameter fielen nicht ab. Aus dem AKH wurde die Therapie abermals geändert und auf Avelox 2×400 mg und Dalacin 3×1,2 g umgestellt. In der TEE-Kontrolle nach 14 Tagen zeigte sich der Befund unverändert (Abb. 3, 4).

Selbst die 3. Umstellung der Antibiose konnte keinen Erfolg erbringen, da es zu einem großflächigen Arzneimittellexanthem gekommen war und die bestehende Therapie beendet und nach Rücksprache auf Tigacyl 2×100 mg umgestellt werden musste.

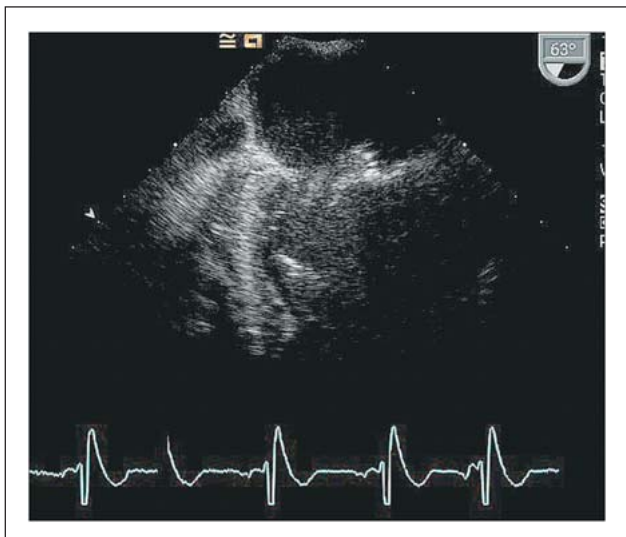


Abbildung 3: TEE 30.07.: unveränderter Befund

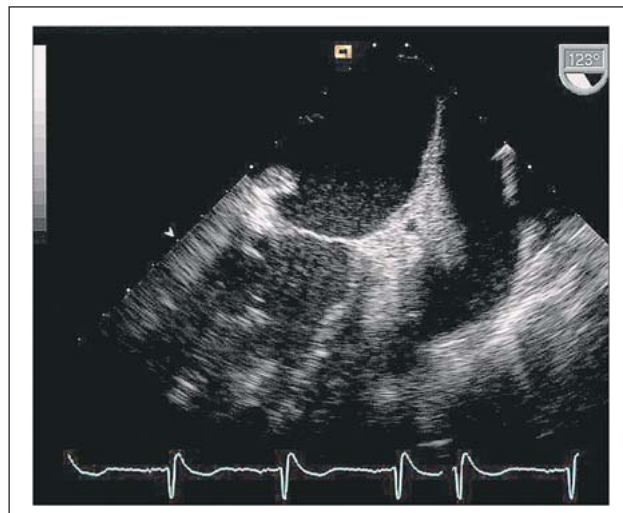


Abbildung 5: TEE 20.08.: flottierende Vegetation weiterhin

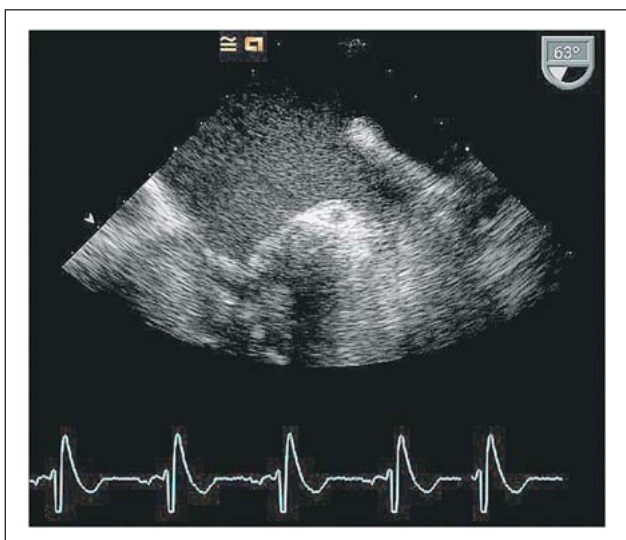


Abbildung 4: TEE 30.07.: unveränderter Befund

Am 13.08. wurde wieder eine TEE durchgeführt, diese zeigte im Vergleich zum Vorbefund eher ein Größenwachstum. Die Therapie wurde aber beibehalten, zumal das Fieber sistierte und der AZ sich besserte. Es wurde am 20.08. eine weitere Kontrolle gemacht und dabei zeigte sich eine Stagnation der Vegetation (Abb. 5).

In der Zwischenzeit konnte die Patientin nach orthopädischer Abschlusskontrolle und ausgeheilter Spondylodiscitis mobilisiert werden. Unter der nun etablierten Antibiose blieb die Patientin fieberfrei und zeigte erfreulicherweise einen deutlichen Aufwärtstrend. Die Entzündungsparameter fielen weiter und lagen mit 25.08. nur mehr bei 5,4 mg/dl. Anfang September kam es wieder zu Fieberzacken und einem leichten Anstieg des CRPs auf 7,7 mg/dl. Am 11.09. wurde eine TEE wiederholt und hierbei fand sich im Wesentlichen ein weiterhin unveränderter Befund. Als *Ultima Ratio* wurde die Therapie noch einmal umgestellt und auf Cubicin 700 mg 1× tgl. geändert. Unter dieser Therapie fielen die Entzündungsparameter wieder, die Patientin wurde fieberfrei. Nach 3 Wochen Therapie kam der nächste Rückschlag, es trat wieder Fieber bis

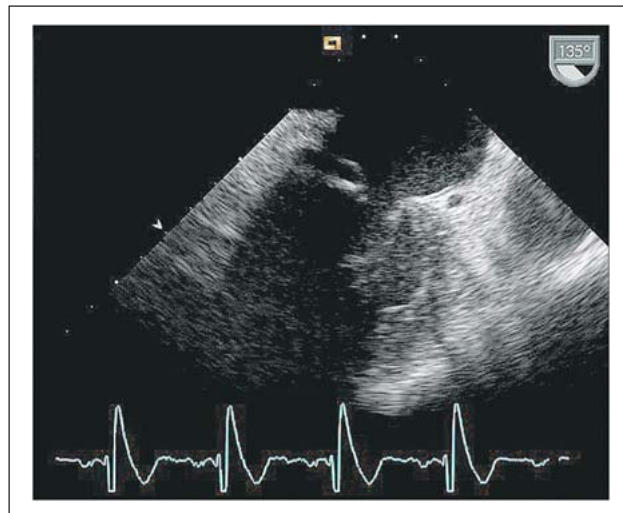


Abbildung 6: TEE 24.09.: endlich zeigt sich die Vegetation rückläufig

37,8 °C auf, zwar nach einem Harnkatheterwechsel, aber wir ergänzten die Therapie mit Ciproxin 400 mg 2× täglich.

Im weiteren Verlauf kam es immer wieder zu Fieberzacken und auch wieder zu schwankenden Entzündungsparametern, die Therapie wurde aber beibehalten. Es wurden alle anderen möglichen Ursachen (Harnkatheter, Cavakatheter) gewechselt.

In den nächsten Kontrollen der TEE am 24.09. und 09.10. zeigte sich die Vegetation an der Mitralklappenbasis subjektiv kleiner und echoärmer, aber volatiler. Um sie zu vermessen, war die Bildgebung zu schlecht (Abb. 6).

Da dies auch keine Besserung brachte, wurde Cefotaxim 3× 3 g statt Ciproxin und neuerlich Diflucan 1× 200 mg kombiniert. Unter dieser Kombination gelang es im Oktober endlich, einen Einbruch des CRPs auf 3,3–3,6 mg/dl zu erreichen, negativ wurde es jedoch nicht.

In der TEE am 22.10. wurde diese Vegetation weiter deutlich kleiner und wieder echodichter; an den anderen eingesehenen

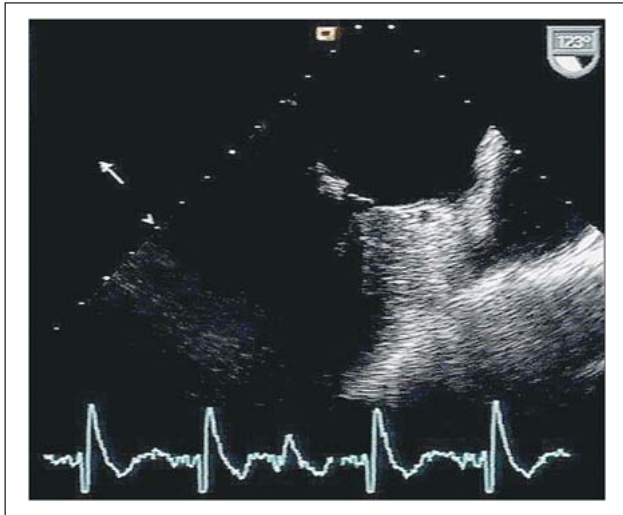


Abbildung 7: TEE 22.10.: deutliche Verbesserung mit deutlicher Verkleinerung der Vegetation

Klappen (AK, TK) waren keine Vegetationen erkennbar (Abb. 7). Somit wurde die Antibiose nach Rücksprache mit dem AKH am 23.10. beendet.

Im weiteren Verlauf fielen die Entzündungsparameter auch ohne Antibiose, das CRP lag am 05.11. bei 0,7 mg/dl.

Am 18.11. konnte die Patientin, sie hatte mittlerweile deutlich an Gewicht abgenommen (von 160 kg auf 114 kg) und teil-

mobilisiert an die Remobilisationsstation im LKH Gmünd transferiert werden.

In der Zwischenzeit kam die Patientin wieder zu einer Echo-kontrolle in unsere Ambulanz und von transthorakal konnte keine Vegetation bei negativen Entzündungsparametern festgestellt werden. Die Mitralinsuffizienz hatte immer das gleiche, leichte Ausmaß wie während der gesamten Behandlungsphase im Vorjahr.

■ Conclusio

- (a) Bei anhaltend erhöhten Entzündungsparametern und einer möglicherweise embolisch entstandenen Infektion sollte zum Ausschluss einer Endokarditis eine TEE durchgeführt werden, speziell dann, wenn von transthorakal eine schlechte Bildgebung besteht.
- (b) Bei persistierendem Fieber + CRP muss solange die Antibiotikatherapie angepasst werden, bis ein Therapieerfolg erreicht wird – siehe die vielen Antibiotikawechsel bei unserer Patientin.

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/A7973 oder mittels Eingabe von A7973 in ein Suchfeld auf www.kup.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