Alkalose induziert werden, die zu einer Abnahme des Atemminutenvolumens mit konsekutiver Abnahme des pO_2 und einem Anstieg des pCO_2 führt.

Ein besonderes Problemmedikament im Hinblick auf die Lunge ist das Antiarrhythmikum Amiodaron, das sowohl bei Vorhofflimmern bzw. Vorhofflattern als auch bei Patienten mit malignen ventrikulären Rhythmusstörungen auch nach einer ICD-Implan-

tation häufig eingesetzt wird. „Bei ca. 5% der mit Amiodaron behandelten Patienten entwickelt sich eine Pneumonitis“, so Andreas. Betroffene Patienten klagten zunächst nur über eine Zunahme der Dyspnoe, die häufig als Ausdruck einer kardialen Dekompensation fehlinterpretiert wird. Um die Amiodaron-Pneumonitis frühzeitig zu erfassen, ist eine hochauflösende Computertomografie unverzichtbar. Darüber hinaus sollte eine

bronchoalveoläre Lavage durchgeführt werden. Das Auftreten dieser Komplikation erfordert immer das Absetzen dieses Medikaments.

Dr. med. Peter Stiefelhagen ■

■ Frühjahrsagung des Bundesverbandes Niedergelassener Kardiologen (BNK) e.V. im Rahmen der 12. Herzaktion, Weimar, 21. Mai 2011

Junge Patientin mit Gangunsicherheit und Herzstolpern

Warum ist der linke Ventrikel hypertrophiert?

Als eine junge Patientin über Herzstolpern klagte, sprach zunächst alles für eine funktionelle Herzrhythmusstörung. Doch echokardiografisch fand sich eine leichte konzentrische Hypertrophie. Erst die weitere neurologische Diagnostik führte zur richtigen Diagnose.

■ Eine junge, bisher gesunde Frau wurde mit der Diagnose „Herzstolpern“ einem niedergelassenen Kardiologen zugewiesen. Bei der Anamnese klagte die Patientin über Palpitationen und eine gelegentlich auftretende leichte Gangunsicherheit. Die klinische Untersuchung ergab keinen organopathologischen Befund. Auch das Ruhe-EKG war vollkommen unauffällig.

Unklare linksventrikuläre Hypertrophie
„Doch bei der Echokardiografie fiel ein leicht konzentrisch hypertrophierter linker Ventrikel auf“, so Dr. med. Karl La Rosée, Bonn. Hinweise für eine systolische oder diastolische Dysfunktion ergaben sich jedoch nicht.

Bei der differenzialdiagnostischen Abklärung einer linksventrikulären Hypertrophie müssen eine Reihe unterschiedlicher Erkrankungen diskutiert werden. Dazu gehören zunächst die hypertensive Herzerkrankung und das Sportlerherz. „Doch diese beiden Ursachen konnten bereits anamnestisch ausgeschlossen werden“, so La Rosée. Auch war das Bild nicht typisch für eine myokardiale Speichererkrankung, zumal eine Hämochromatose meist mit einer dilatativen Kardiomyopathie einhergeht. Das echokardiografische Bild mit erhöhter Echogenität

Die Echokardiografie zeigt einen leicht konzentrisch hypertrophierten linken Ventrikel einer Patientin mit Friedreich'scher Ataxie.

des Septums war am ehesten mit einer Amyloidose vereinbar. „Doch die Tatsache, dass keine weitere Manifestation einer Amyloidose bestand, sprach gegen diese Erkrankung“, so La Rosée.

Genauere neurologische Diagnostik

Die anamnestische Angabe einer gelegentlich auftretenden Gangunsicherheit lenkte schließlich den Verdacht auf eine neurologische Erkrankung. Bereits die genaue klinisch-neurologische Diagnostik wie der Romberg-Stehversuch und der Finger-Nasen-Test ergaben eindeutige Hinweise für eine Ataxie. Somit lautete die Verdachtsdiagnose Friedreich'sche Ataxie, die durch einen Neurologen auch bestätigt wurde.

Seltene Erbkrankheit

Die Friedreich'sche Ataxie ist eine genetisch determinierte, d.h. autosomal-rezessiv ver-

erbte degenerative Erkrankung des zentralen Nervensystems. Erste Symptome zeigen sich meist bereits vor dem 25. Lebensjahr. Die Krankheit verläuft progredient, wobei die Symptomatik auch über Jahre stabil bleiben kann.

Das Krankheitsbild umfasst neurologische, psychische, orthopädische und kardiologische Symptome. Im Vordergrund steht die Ataxie. Weitere neurologische Symptome sind der Verlust der Oberflächen- und Tiefensensibilität, Dysarthrie, Spastiken, Nystagmus, Schluckbeschwerden, Harnblasen- und Mastdarmentleerungsstörungen. Auf kardialer Seite entwickelt sich eine hypertrophe Kardiomyopathie, die die Lebenszeit dieser Patienten limitiert.

Dr. med. Peter Stiefelhagen ■

■ Frühjahrsagung des Bundesverbandes Niedergelassener Kardiologen (BNK) e.V. im Rahmen der 12. Herzaktion, Weimar, 21. Mai 2011

Erratum

Im Beitrag „Hypothermie nach Reanimation“ in Cardiovasc 2/2011 (S. 26) ist uns ein Fehler unterlaufen. Im Absatz „Wie wird die Kühlung erreicht?“ muss es heißen: „Dazu eignet sich die Infusion von 2–4 °C kalter 0,9%iger NaCl-Lösung und zwar in einer Dosierung von 30 ml/kg KG über 30 Minuten.“