Die subakute Endokarditis ist klinisch schwer zu diagnostizieren

Fieber und Müdigkeit als erste Symptome

Trotz Fortschritten in Diagnostik und Therapie handelt es sich bei der bakteriellen Endokarditis immer noch um eine lebensbedrohliche Erkrankung. Als Hausarzt sollten Sie wissen, bei welchen Patienten die Diagnose mit in Betracht gezogen werden muss und wann eine Endokarditisprophylaxe indiziert ist.

— Ein besonderes Risiko für eine bakterielle Endokarditis besteht bei Personen mit angeborenen oder erworbenen Herzfehlern und nach Herzklappenersatz. Betroffen ist meist die Aorten- oder Mitralklappe. Bei Drogenabhängigen wurden auch Trikuspidalklappen-Endokarditiden beschrieben. Kürzlich wurde über eine schwere Trikuspidalklappen-Endokarditis nach Nabelpiercing berichtet, so PD Jörg Hausleiter, München.

Unterschiedlich aggressive Erreger

Nach dem klinischen Bild unterscheidet man eine subakute und eine akute Form. Die subakute Endokarditis, auch Endocarditis lenta, wird meist durch Bakterien verursacht, die physiologischerweise die Haut oder die Schleimhäute besiedeln. Die Erreger setzen sich auf bereits vorgeschädigte Klappen.

Bei der akuten bakteriellen Endokarditis handelt es sich um aggressivere Keime, die deshalb auch gesunde Herzklappen angreifen. Der häufigste Erreger ist *Staphylococcus aureus*. Aber auch Streptokokken der Gruppe A, Enterokokken, Pneumokokken und Gonokokken kommen vor.

Symptome oft unspezifisch

Die subakute Endokarditis verläuft oft schleichend mit nur geringerer Symptomatik. „Die Beschwerden lassen an eine leichte Allgemeinerkrankung denken“, so Hausleiter. Die Körpertemperatur liegt meist um 38 °C. Als weitere Symptome werden Nachtschweiß,

leichte Ermüdbarkeit und eventuell Schüttelfrost und Gelenksbeschwerden geklagt. Hinzu kommen Appetitmangel und Gewichtsverlust. Bei vielen Patienten entwickeln sich erst im weiteren Verlauf kardiale Symptome wie Dyspnoe, Thoraxschmerzen oder Herzrhythmusstörungen.

Lebensbedrohliche Komplikationen

Bei der akuten Endokarditis ist die Symptomatik stärker ausgeprägt. Das Fieber liegt meist über 39 °C. Das Krankheitsbild kann schnell zu einem lebensbedrohlichen septischen Schock führen. „Bei der akuten Endokarditis kommt es sehr rasch zur Zerstörung der Herzklappen“, so Hausleiter. Trotzdem lassen sich anfänglich nicht immer entsprechende Herzgeräusche als Hinweis auf ein hämodynamisch wirksames Vitium auskultieren.

Die gefürchtetsten Komplikationen der akuten bakteriellen Endokarditis sind septische Embolien, die in alle Organe wandern können, z. B. auch in das Gehirn mit dem Bild eines ischämischen Infarktes.

Echo und Keimnachweis

Anfänglich ergibt die körperliche Untersuchung, insbesondere bei der subakuten Form, oft keine Besonderheiten. Im weiteren Verlauf entwickeln sich jedoch bei fast allen Patienten Fieber und Herzgeräusche.

Die Diagnose stützt sich auf den Echokardiografiebefund, d. h. den Nachweis von Vegetationen an einer Herzklappe, und auf das Ergebnis von Erregerkulturen, die mehrmals abgenommen werden sollten. Laborchemisch zeigen sich eine Leukozytose und erhöhte Entzündungsparameter.

Wann operieren?

Die antibiotische Therapie sollte idealerweise erregerspezifisch erfolgen. Wenn die Endokarditis durch verunrei-

Foto: Arteria Photography

Vegetationen an der Trikuspidalklappe.

nigte Fremdkörper, z. B. eine infizierte Klappenprothese, entstanden ist, ist in den meisten Fällen eine erneute Operation unumgänglich. Auch bei nicht behandelbaren Komplikationen wie Sepsis, Embolien oder fortschreitender Herzinsuffizienz ist ein operativer Herzklappenersatz indiziert.

DR. MED. PETER STIEFELHAGEN ■

■ Quelle: Bayerischer Internistenkongress, 17. November 2007 in München

Endokarditisprophylaxe

Nur für Hochrisiko-Patienten

Nur noch Personen mit hohem Risiko für schwere Krankheitsverläufe sollen eine Endokarditisprophylaxe erhalten. Dazu gehören Patienten

- mit angeborenen Herzvitien,
- nach prothetischem Klappenersatz,
- nach abgelaufener Endokarditis,
- nach Herztransplantation mit Vitium.

Bei ihnen wird die Antibiotikaprophylaxe bei Zahnextraktionen, bei Eingriffen am Respirationstrakt mit Verletzung der Mukosa und bei herzchirurgischen Eingriffen empfohlen. Bei Eingriffen im Gastrointestinal- oder Urogenitaltrakt ist eine Antibiotikaprophylaxe nicht mehr indiziert.