wurden, konnte ein solches bei drei Viertel der Patienten ausgeschlossen werden“, sagte Prof. Hugo Katus, Heidelberg. Doch auch bei Patienten mit positivem Troponin-Test handele es sich nicht immer um ein akutes Koronarsyndrom. Typisch für das akute Koronarsyndrom sei eine Dynamik, d.h. ein Anstieg oder ein Abfall des Troponin-Wertes. „Bei 13% der Patienten mit positivem Troponin-Test konnte ein ACS mit letzter Sicherheit ausgeschlossen werden“, so Katus. Dabei handele es sich jedoch keineswegs um eine unspezifische Troponin-Erhöhung, die keine klinische bzw. prognostische Relevanz habe.

Troponin ist prognostisch relevant

Entsprechende Verlaufsbeobachtungen bei solchen Patienten haben nämlich gezeigt, dass bezüglich des Auftretens eines kardialen Ereignisses und auch der Prognose quoad vitam solche Patienten gefährdeter sind als solche mit einem früh diagnostiziertem und optimal behandelten ACS. „Troponin-positive Patienten ohne ACS sind ein besonderes Risikokollektiv, d.h. ihrem Herzen geht es nicht gut“, so Katus. Differenzialdiagnostisch müsse eine Myokarditis, eine kardiale Dekompensation oder eine Tako-Tsubo-Kardiomyopathie ebenso disku-

tiert werden wie eine Aortenstenose. Auch andere Erkrankungen, die das Herz belasten und das kardiale Risiko erhöhen, müssen bedacht werden wie z.B. eine akute rechtskardiale Dekompensation im Rahmen einer COPD. Deshalb erfordern solche Patienten eine intensive weiterführende Diagnostik.

Dr. med. Peter Stiefelhagen ■

■ Quelle: Dresdner Herz-Kreislauf-Tage
2012, 27.–29.01.2012

Multi-Organ-Erkrankung

Hypereosinophilie-Syndrom betrifft auch das Herz

Bei Patienten mit einer anhaltender Blut-Eosinophilie sollte an das Vorliegen eines Hypereosinophilie-Syndroms gedacht werden. Typisch für die kardiale Beteiligung ist die Thrombusbildung und die endokardiale Fibrosierung.

■ Das Hypereosinophilie-Syndrom (HES) ist eine sehr seltene Erkrankung. Definiert ist das Krankheitsbild als eine über sechs Monate anhaltende Blut-Eosinophilie (> 1500 Eosinophile/ μl), wobei andere Ursachen wie eine Parasitose oder Allergie ausgeschlossen sein müssen. „Dazu kommen Zeichen bzw. Symptome einer Eosinophilen-vermittelten Endorganstörung“, sagte Prof. Heinz Lambertz, Wiesbaden.

Viele Organe betroffen

Nach einer retrospektiven multizentrischen Analyse von 188 betroffenen Patienten handelt es sich bei einem HES um eine Multi-Organ-Erkrankung. Betroffen ist in erster Linie die Haut (37%) in Form eines Rash-Exanthems. In ca. 25% ist die Lunge betroffen, der Patient klagt über Husten und Dyspnoe. Auch der Magen-Darm-Trakt, das Herz und das Nervensystem in Form einer peripheren Neuropathie oder zerebraler Thrombo-Embolien können betroffen sein. „Eine kardiale

Echokardiografie bei Hypereosinophilie-Syndrom mit charakteristischem linksventrikulären Thrombus.

Beteiligung fand sich allerdings nur bei 5% der Patienten“, so Lambertz.

Typische Echokardiografie-Befunde

Die Eosinophilen-vermittelte Schädigung des Herzens durchläuft drei Stadien. Initial kommt es zu akuten Nekrosen, die nicht immer echokardiografisch nachgewiesen werden können. Im weiteren Verlauf bilden sich Thromben im Bereich des geschädigten Endokards und es entwickelt sich eine endokardiale Fibrosierung, die Endokarditis parietalis Löffler. Diese führt zu einer Restriktion der Ventrikel, d.h. die Füllung ist beeinträchtigt. Daraus resultiert das klinische Bild einer diastolischen Herzinsuffizienz.

Eine wichtige, allerdings auch sehr seltene Differenzialdiagnose ist die kardiale Amyloidose. Bei diesem Krankheitsbild sind beide Ventrikel hypertrophiert. Meist findet sich ein geringer Perikarderguss und eine Klappenverdickung. Diagnoseweisend ist die charakteristische Gewebetextur. „Auch die kardiale Amyloidose führt wie das Hypereosinophilie-Syndrom zu einer myokardialen Dehnbarkeitsstörung mit konsekutiver Herzinsuffizienz“, so Lambertz.

Dr. med. Peter Stiefelhagen ■

■ Quelle: Cardio-Refresher 2012,
13.–14.01.2012 in Wiesbaden