



Gewichtsverlust und rezidivierende Erytheme stellten Ärzte vor ein Rätsel

Hautzeichen kamen vom Herzen

Würden Sie bei einer ungewollten Gewichtsabnahme und Erythemen mit Gelenkschwellungen gleich an eine kardiale Ursache denken? Im beschriebenen Fall wurde der Patient erst einmal durch die gesamte Diagnostikmaschinerie geschleust, bevor ein Langzeit-EKG auf die richtige Spur führte.

— Der bisher gesunde 32-Jährige hatte in den letzten Monaten ca. 5 kg an Gewicht abgenommen. Er klagte über rezidivierende Schmerzen mit Schwellung und Rötung zunächst im Bereich des rechten Fußrückens, später auch am linken Unterschenkel und rechten Unterarm. Vorübergehend trat auch in der linken Gesichtshälfte eine rötliche Schwellung auf. Fieber hatte er nicht.

Erhöhte Entzündungsparameter

Laborchemisch fanden sich eine leichte Leukozytose, eine BSG-Beschleunigung und eine leichte Erhöhung des CRP. Zunächst fiel der Verdacht auf eine entzündliche Systemerkrankung. Doch alle Autoimmunparameter inklusive Rheumafaktoren waren negativ.

Wegen des Gewichtsverlusts und bei Verdacht auf ein Erythema nodosum erfolgte eine umfassende Magen-Darm-Diagnostik – ohne dass sich ein krankhafter Befund ergab. Eine Sarkoidose, eine Tuberkulose und eine HIV-Infektion konnten ebenfalls ausgeschlossen werden. Bei wandernden Arthritiden wurde dann eine Borreliose diskutiert, aber auch die ließ sich serologisch nicht bestätigen. Eine medikamentös toxische Ursache kam nicht infrage.

Nach Verlegung in eine Universitätsklinik fand sich eine leichte normochrome, normozytäre Anämie. Die serologische Untersuchung auf Brucellen, Salmonellen, Shigellen und Yersinien war negativ. Auch die transthorakale Echokardiografie war ohne Befund.

Unklare Palpitationen

Nach der Entlassung klagte der Patient erstmals über intermittierende Palpitationen. Das Langzeit-EKG zeigte multi-

ple polymorphe ventrikuläre Extrasystolen. Bei einer erneuten Echokardiografie wurde eine hämodynamisch wirksame Aortenklappeninsuffizienz entdeckt. Die transösophageale Echokardiografie führte schließlich zur Diagnose: Es fanden sich nämlich Vegetationen an der Aortenklappe. Somit handelte es sich um eine subakute infektiöse Endokarditis. Daraufhin wurde ein Aortenklappenersatz durchgeführt. Die explantierte Aortenklappe zeigte fibrosierte Anteile mit eitriger und fibrinöser Entzündung sowie massenhaften gram-positiven Bakterienrasen.

Klassische Symptomtrias ist selten

Die klassische Trias einer Endocarditis lenta – Fieber, neu aufgetretenes Herzgeräusch und embolische Komplikationen – ist selten. Meist beginnt die Erkrankung schleichend mit unspezifischen Symptomen, insbesondere mit Gewichtsverlust, Nachtschweiß, Ermüdbarkeit und Arthralgien. Typisch sind auch umschriebene Rötungen, sog. Osler-Knötchen, die vorwiegend an den Extremitäten auftreten. Kommt



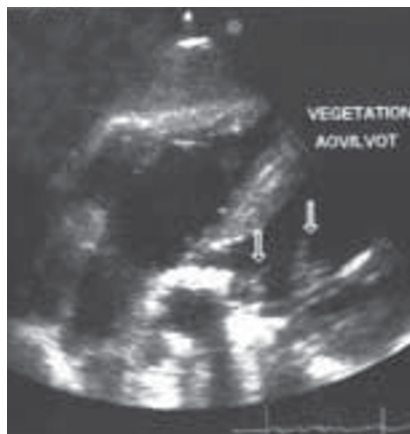
Foto: KES/H.-S. Füreßl

Der Hautbefund: umschriebene Rötungen, sog. Osler-Knötchen.

es zu septischen Embolien, äußern sich diese als Schlaganfall, Herz-, Nieren- oder Mesenterialinfarkt. Bei den meisten Betroffenen findet sich außer einer normochromen Anämie eine Erhöhung der Entzündungsparameter.

Die Diagnose „infektiöse Endokarditis“ erfordert immer die Integration klinischer, echokardiografischer und mikrobiologischer Befunde. Für den Nachweis der Erreger sollten mindestens drei, besser fünf Blutkulturen unabhängig voneinander abgenommen werden, und zwar vor Beginn einer antibiotischen Therapie. Bei der Echokardiografie sollte immer der transösophageale Zugang bevorzugt werden.

DR. MED. PETER STIEFELHAGEN ■



Fabula docet

Bei einem entzündlichen Krankheitsgeschehen unklarer Genese sollte neben Infektionen und Systemerkrankungen auch immer an eine Endocarditis lenta gedacht werden. Der Nachweis bzw. Ausschluss erfolgt mittels Blutkulturen und transösophagealer Echokardiografie.

◀ **Vegetationen an der Aortenklappe.**