

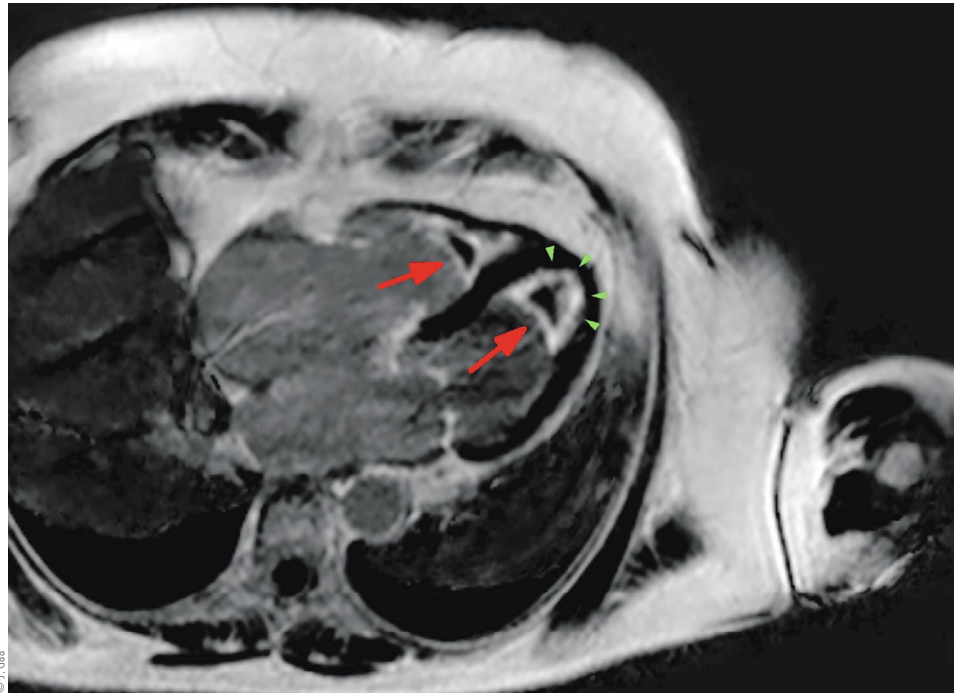
BLICKDIAGNOSE

Die Fälle der MMW-Leser

Schicken Sie uns Ihren Bericht!
Bei Veröffentlichung erhalten Sie **150 €**.
cornelius.heyer@springer.com

Nichts fließt mehr in diesen Herzspitzen

Bei einer 73-jährigen Patientin war mehrmals eine Hypereosinophilie mit bis zu 30% eosinophilen Granulozyten festgestellt worden. Kardiale Vorerkrankungen waren nicht bekannt. Zur weiteren Abklärung kam sie ins Krankenhaus, wo ein Blick ins Herz ein ungewöhnliches Bild offenbarte.



© J. Gaa



Marcus Brugger
Klinik und Poliklinik für Innere Medizin I, Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München, Ismaninger Str. 22, D-81675 München

Prof. Dr. med. Jochen Gaa
Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie, Klinikum rechts der Isar, München

Die Patientin erfüllte die Kriterien eines hypereosinophilen Syndroms (HES), einer sehr seltenen Erkrankung von in diesem Fall unbekannter Genese. Eine Knochenmarkspunktion zeigte die bekannte Hypereosinophilie, schloss jedoch eine myeloproliferative Neoplasie aus. Aufgrund erhöhter Herzenzyme wurde eine Koronarangiografie durchgeführt, bei der eine koronare Herzerkrankung ausgeschlossen werden konnte.

In einer weiteren transösophagealen Echokardiografie (TEE) zeigten sich bei normaler linksventrikulärer Pumpfunktion beidseits Thromben mit subendokardialer Auskleidung in beiden Ventrikeln. Im Herz-MRT konnte die apikale Thrombenbildung bestätigt werden (rote Pfeile). Der enddiastolische Thrombusdurchmesser betrug auf beiden Seiten ca. 15 mm. Auffällig waren überwiegend subendokardiale, halbkreisförmige Kontrastmittelanreicherungen (grüne Pfeilspitzen).

Somit ergab sich die typische Blickdiagnose einer sogenannten Löffler-Endokarditis, einer bekannten kardialen Beteiligung des HES, die 1936 vom Schweizer Arzt Wilhelm Löffler erstmals beschrieben wurde. Dabei ist das Myokard im Bereich der Ventrikelhöhlen deutlich verbreitert, was Ausdruck einer Fibrosierung infolge der Infiltration mit Eosinophilen ist. Insbesondere in den Spitzen der Ventrikel finden sich darüber hinaus thrombotische Auflagerungen. Im Regelfall wird die Löffler-Endokarditis erst in späten Stadien erkannt, wenn sie bereits eine Herzinsuffizienz zur Folge hat.

Bei unserer Patientin wurde eine immunsuppressive Therapie sowie eine orale Antikoagulation eingeleitet. Bereits nach 8 Monaten konnten in einer Kontroll-TEE keine Thromben mehr nachgewiesen werden. Fünf Jahre später zeigte ein weiteres Herz-MRT einen stabilen Befund mit typischen residuellen Veränderungen nach einer Löffler-Endokarditis. ■