



Deutsche Gesellschaft für Kardiologie –
Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK)

Achenbachstr. 43, 40237 Düsseldorf

Geschäftsstelle: Tel: 0211 / 600 692 - 0 Fax: 0211 / 600 692 - 10 E-Mail: info@dgk.org
Pressestelle: Tel: 0211 / 600 692 - 61 Fax: 0211 / 600 692 - 67 E-Mail: presse@dgk.org

Pressemitteilung

Abdruck frei nur mit Quellenhinweis: Presstext DGK 04/2007

Diagnose und Fehldiagnose Myokarditis – eine Übersicht

Christiane Buhr et al., Essen

Donnerstag, 12. April 2007 (Maritim, Saal Fulda), 11 Uhr

Die Diagnostik der Myokarditis ist seit Einführung der Myokardbiopsie und der kardialen Magnetresonanztomografie (MRT) deutlich verbessert worden, gestaltet sich aber trotz Einführung unterschiedlicher Untersuchungsmodalitäten weiterhin schwierig. Die klinische Erscheinung der Herzmuskelentzündung ist sehr variabel. Patienten wurden eingeliefert mit Myokarditis, mit unspezifischen und unterschiedlichen Symptomen von Thoraxschmerzen über Dyspnoe oder Palpitationen bis hin zum Kreislaufversagen oder plötzlichem Herztod.



Christiane Buhr

Die letzte Richtlinie zur Diagnostik der Myokarditis geht auf die 1986 publizierten Dallas-Kriterien zurück, nach welchen eine aktive Myokarditis durch ein entzündliches Infiltrat des Myokards mit Nekrose und/oder degenerativen Veränderungen der benachbarten Myozyten gekennzeichnet ist. In jüngster Zeit erschienen Publikationen, die in Frage stellten, ob die Dallas-Kriterien genügend sensitiv seien, um unter anderem auch eine viral- oder autoimmunvermittelte Schädigung des Herzmuskels zu erkennen. Wie in zahlreichen Studien gezeigt, ist die Biopsie, ob ungezielt oder wie seit kurzem auch MRT-gesteuert, nicht zu 100 Prozent verlässlich. Hinzu kommt die unterschiedliche Interpretation verschiedener Experten bei der Beurteilung der Präparate bezüglich Ödem, Lymphozytenzahl oder Fibrose. Die kardiale Magnetresonanztomografie hat die Diagnostik in den letzten Jahren deutlich verbessert. Hier zeigt sich

typischerweise als Zeichen der Entzündung im Herzmuskel ein subepikardiales fleckförmiges diffuses „late enhancement“ (LE). Darüber hinaus bietet die MRT die Möglichkeit, eine gezielte Endomyokardbiopsie zu durchzuführen und Biopsien aus dem Areal des Myokards zu entnehmen, in dem sich das „late enhancement“ zeigt. Wie verschiedene Studien belegen, zeigt sich bei der gezielten, meist linksventrikulären Biopsie eine deutlich höhere Sensitivität als bei der ungezielten rechtsventrikulären Entnahme.

Zielsetzung

Ziel der vorliegenden unizentrischen retrospektiven Analyse war die Prüfung der Wertigkeit verschiedener diagnostischer Methoden in einem nicht-selektierten Krankengut.

Methoden

In der Notaufnahme wurden in der Zeit von 2004 bis 2006 insgesamt 49 Patienten mit Verdacht auf Myokarditis stationär aufgenommen und untersucht, die sich mit einer vielfältigen Symptomatik aus reduziertem AZ, thorakalen Schmerzen, Dyspnoe, Perikardreiben, Palpitationen, Erhöhung des C-reaktiven Proteins, Erhöhung des Troponins I, Infektanamnese und EKG-Veränderungen vorstellten. Neben den klinischen und laborchemischen Befunden (n = 49) wurde eine Echokardiografie (n = 49) durchgeführt, wobei hier die Bestimmung der Ejektionsfraktion, Wandbewegung, Wanddicke, diastolischen Funktion sowie des Perikardergusses erfolgte. Zudem erfolgten eine kardiale MRT (n = 37) mittels „late enhancement“-Sequenzen und eine Myokardbiopsie (n = 39) mittels Entnahme von sechs Biopsaten aus dem rechten Ventrikel.

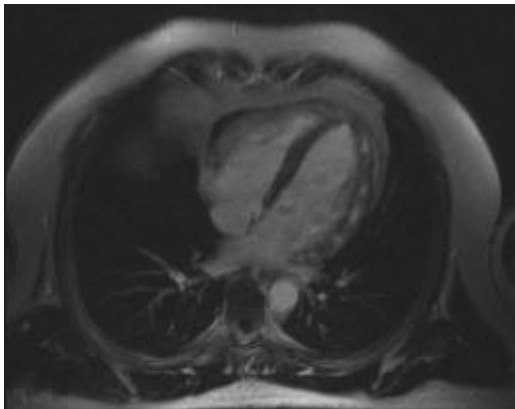
Ergebnisse

Bei 29 (59,2 %) der 49 Patienten fanden sich zwei oder mehr pathologische Befunde. Bei den übrigen 20 Patienten, bei denen eine Herzmuskelentzündung nicht wahrscheinlich war, fanden sich die folgenden Befunde, die differenzialdiagnostisch berücksichtigt werden konnten: in zwei Fällen eine linksventrikuläre Hypertrophie im Rahmen einer hypertensiven Herzkrankheit, bei vier Patienten eine dilatative Kardiomyopathie unklarer Genese, eine Perikarditis, zwei peripartale Kardiomyopathien, eine Hämosiderose, ein generalisierter Muskelschwund, einmal rezidivierende supraventrikuläre Tachykardie und acht koronare Herzerkrankungen.

Schlussfolgerung:

Die Diagnose der Myokarditis stützt sich auf eine Kombination moderner Untersuchungsmodalitäten. Derzeit ist eine Methode als Goldstandard nicht verfügbar, so dass die Diagnose die Zusammenschau aller Befunde erfordert.

Fleckförmiges subepikardiales „late enhancement“ im MRT- typischer Befund bei Myokarditis



Übersicht über die Häufigkeit der positiven Befunde bei den unterschiedlichen Untersuchungsmodalitäten

