

Extrapulmonale Tuberkulose

Claudia Fritsche, Susanne Buchholz

Abteilung für Kardiologie, Stadtspital Waid, Zürich

Fallbericht

Der wegen beidseitiger Achillodynie und Subfebrilität in Abklärung stehende 41-jährige Altenpfleger aus Sri Lanka gibt anamnestisch eine deutliche Leistungseinschränkung im Alltag an. Das Thoraxbild ist normal. Im Labor sind eine Blutsenkungsgeschwindigkeit von 80 mm/h, eine γ -GT von 120 U/l, eine alkalische Phosphatase von 373 U/l und eine ALAT von 56 U/l zu erwähnen. Sonographisch findet sich eine Lymphadenopathie inguinal und ein inhomogenes Parenchym einer normal grossen Leber. Die Leberbiopsie ergibt eine granulomatöse Hepatitis ohne verkäsende Nekrosen und eine negative Tuberkulose-PCR.

Bei der präoperativen Abklärung zur Lymphaden-

ektomie fallen im Status ein Systolikum und im Ruhe-EKG ein AV-Block I° auf (Abb. 1). Eine deshalb durchgeführte Echokardiographie (Abb. 2) zeigt einerseits einen 2,5 × 1,6 cm grossen Tumor im linken Vorhof neben dem anterioren Mitralsegel, welcher das interatriale Septum infiltriert und andererseits eine tumoröse Infiltration der lateralen Wand des linken Ventrikels, von der Basis bis zum postero-medialen Papillarmuskel. Im Farbdoppler findet sich eine sekundäre schwere Mitralinsuffizienz.

Histologisch zeigt sich eine nekrotisierende granulomatöse Lymphadenitis und mikrobiologisch eine positive Kultur mit Mykobakterien.

Nach der tuberkulostatischen 3-monatigen Therapie mit Rifater® (Rifampicin, Isoniazid, Pyrazinamid)

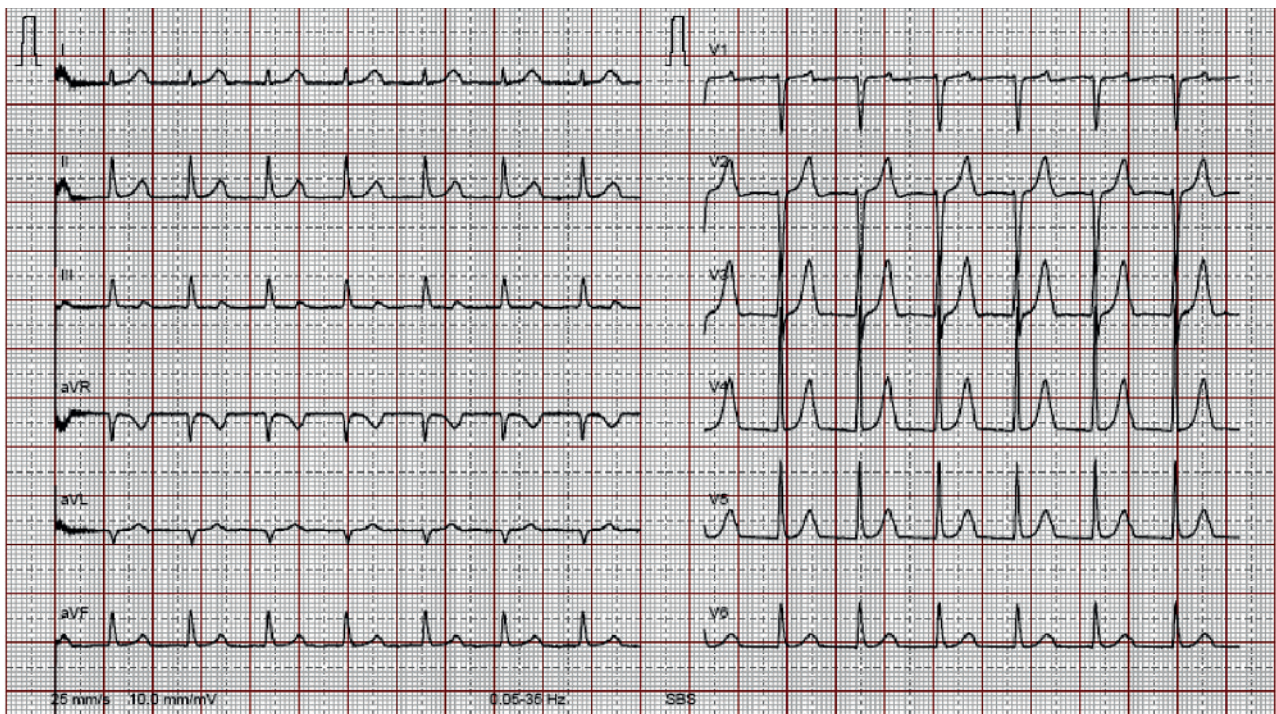


Abbildung 1

12-Ableitungs-EKG vor tuberkulostatischer Therapie. Normokarder Sinusrhythmus mit AV-Block I°.

Korrespondenz:

Dr. med. Susanne Buchholz

Stadtspital Waid Zürich

Abteilung für Kardiologie

Tièchestrasse 99

CH-8037 Zürich

susanne.buchholz@waid.zuerich.ch

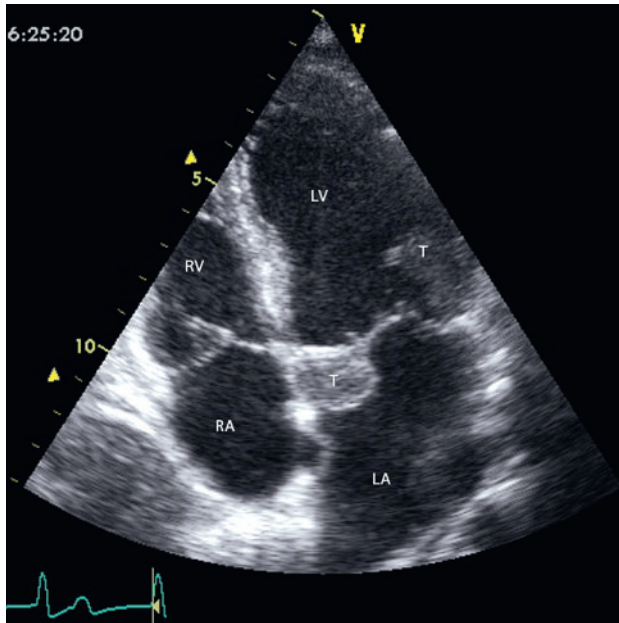


Abbildung 2

Apikaler Vierkammerblick vor tuberkulostatischer Therapie.
LV = linker Ventrikel; RV = rechter Ventrikel; LA = linker Vorhof;
RA = rechter Vorhof; T = Tumor.

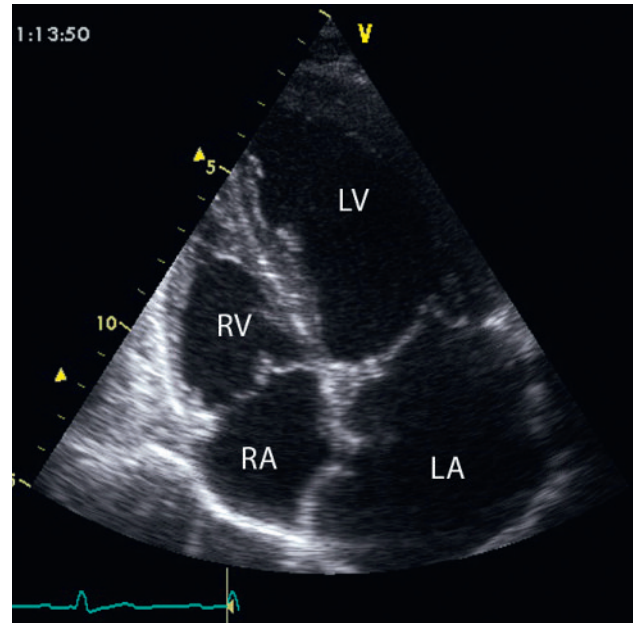


Abbildung 3

Apikaler Vierkammerblick nach tuberkulostatischer Therapie.

und einer weiteren 3-monatigen Behandlung mit Rifampicin und Isoniazid fühlt sich der Patient besser und kann seine Arbeit wieder in Teilzeit ausüben. Eine Echokardiographie (Abb. 3) zeigt eine regrediente Infiltration im linken Vorhof und Ventrikel. Wegen der persistierenden Koadaptationsstörung der Mitralklappeseegel persistiert auch die schwere Mitralsuffizienz mit der mittelschweren pulmonalen Hypertonie. Deshalb erfolgt eine komplikationslose Mitralklappenrekonstruktion, mit der der Patient wieder eine zufriedenstellende Leistungsfähigkeit erreicht.

Kommentar

Eine myokardiale Beteiligung bei extrapulmonaler Tuberkulose ist selten, wobei in der Literatur noduläre Tuberkulome, miliärer und diffus infiltrierender Befall beschrieben sind. Die Verbreitung kann hämatogen, lymphatisch oder per continuitatem vom Perikard aus erfolgen. Im vorliegenden Fall war kein Perikarderguss

nachweisbar, jedoch eine diffuse Infiltration des Reizleitungssystems und eine sekundäre schwere Mitralklappeninsuffizienz. Neben der Echokardiographie kann das MRI bei der Abklärung helfen, diagnostisch entscheidend bleibt aber der Erregernachweis. Trotz vollständiger Regression des kardialen Befalls unter tuberkulostatischer Therapie kann eine additive chirurgische Sanierung im Verlauf notwendig werden.

Literatur

- 1 Afzal A, Keohane M, Keeley E, Borzak S, Callender CW, Iannuzzi M. Myocarditis and pericarditis with tamponade associated with disseminated tuberculosis. Department of Cardiovascular Medicine, Henry Ford Hospital, Detroit, MI 48202, USA.
- 2 Jeilan M, Schmitt M, McCann G, Davies J, Leverment J, Chin D. Cardiac Tuberculoma. *Cardiology (MJ, MS, GM, JD, DC) and Cardiothoracic Surgery (MS)*, Glenfield Hospital, Groby Rd, Leicester LE3 9QP, UK.
- 3 Breton G, Leclerc S, Longuet P, Lepout C, Vildé JL, Laissy JP. Myocardial localisation of tuberculosis: the diagnostic value of cardiac MRI. *Service des maladies infectieuses et tropicales, Hôpital Bichat-Claude Bernard, 46, rue Henry Huchard, 75018 Paris, France.*