

Herzliche Grüsse von der Gallenblase

Reto Kühne^a, Rudolf Benz^a, Max Stäubli^b

^a Klinik für Hämatologie, Universitätsspital Zürich, ^b Medizinische Klinik, Spital Zollikerberg


Summary


Greetings from the gallbladder

We present the case of a 72-year-old female patient who was referred to our institution with severe back pain and repeated vomiting. While the clinical picture suggested acute cholecystitis, the initial ECG showed new signs of ischaemia and slightly increased troponin I was measured. Because of persistent T negativity coronary angiography was done on day four and, surprisingly, was normal. Meanwhile, the cholecystitis was successfully treated with antibiotics and four weeks later cholecystectomy was performed. The abnormal ECG resolved almost completely after several weeks. Abnormal ECG findings on anterior leads are a very rare finding in patients with cholecystitis and, to the best of our knowledge, increased troponin I has been described only twice in the literature.

Fallbeschreibung

Eine 72jährige bisher gesunde Frau wurde uns aufgrund von starken, mehrere Tage dauernden Rückenschmerzen und mehrmaligem Erbrechen zugewiesen. Bei Eintritt präsentierte sich eine leicht adipöse (BMI 30,8 kg/m²) Patientin in deutlich reduziertem Allgemeinzustand, afebril, kardiopulmonal stabil und kompensiert. Klinisch imponierte eine deutliche Druckdolenz im rechten Oberbauch, laborchemisch fand sich eine deutliche Erhöhung der Entzündungsparameter mit einer Leukozytose von 15500/μl; das CRP betrug 372,7 mg/L. Sonographisch konnte die Verdachtsdiagnose einer akuten Cholezystitis bei

Cholezystolithiasis bestätigt werden. Das EKG bei Eintritt zeigte einen normokarden Sinusrhythmus mit T-Negativitäten lateral sowie über der Vorderwand (Abb. 1 .

Ein sechs Wochen zuvor bei der Hausärztin angefertigtes EKG war normal. Aufgrund dieses Befundes führten wir bei der kardiopulmonal stets asymptomatischen Patientin eine Troponin-I-Bestimmung durch, wobei sich ein leicht erhöhter Wert von 0,2 μg/L (Norm <0,1) ergab. Im Verlauf kam es zu keinem weiteren Anstieg des Markers. Sechs Tage nach Eintritt zeigte sich eine Normalisierung des Wertes. Echokardiographisch fand sich eine normale linksventrikuläre systolische Funktion ohne regionale Wandbewegungsstörungen, kein Perikarderguss. Wir führten nach Abnahme von Blutkulturen eine antibiotische Therapie mit Piperacillin/Tazobactam, niedermolekularem Heparin und Aspirin durch. Nach Stabilisierung der Infektsituation liessen wir vier Tage nach Eintritt eine Koronarangiographie durchführen, welche normal ausfiel. Weitere Abklärungen zum Ausschluss einer Mikroangiopathie lehnte die Patientin ab. Als kardiovaskulärer Risikofaktor bestand eine Hypercholesterinämie. Eine elektive Cholezystektomie konnte komplikationslos gut vier Wochen später durchgeführt werden. Die Repolarisationsstörungen zeigten eine langsame Regredienz innerhalb der folgenden Wochen. Das EKG etwas mehr als zwei Monate nach Erstvorstellung ergab eine fast vollständige Normalisierung der Repolarisationsstörungen (Abb. 2 .

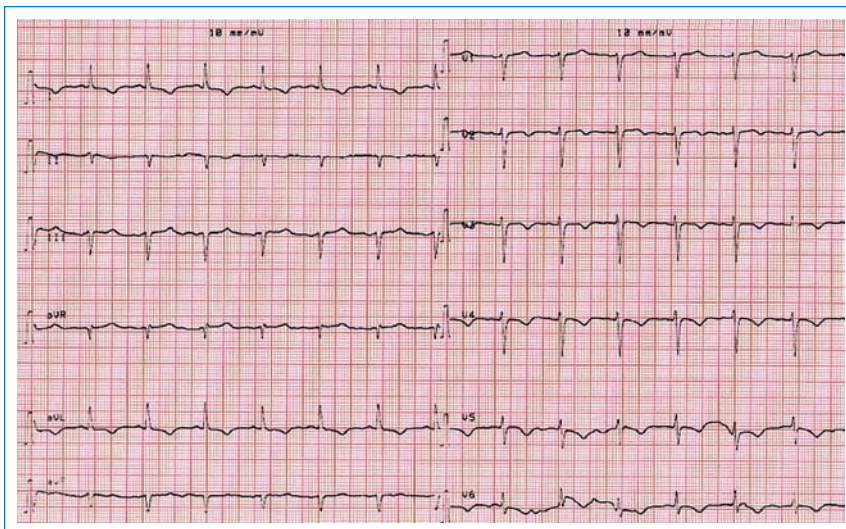


Abbildung 1

EKG bei Eintritt mit T-Negativierungen lateral und über der Vorderwand.

Kommentar

EKG-Veränderungen im Rahmen einer Cholezystitis sind ein bekanntes Phänomen, lokalisieren sich jedoch meistens in den inferioren Ableitungen [1]. Bei unserer Patientin fanden sich die Veränderungen atypischerweise über der Vorderwand und lateral. Erhöhte Troponinwerte im Zusammenhang mit einer akuten Cholezystitis sind in der Literatur in nur zwei Fällen dokumentiert worden [2], wobei in einem Fall die über mehrere Wochen persistierende Troponinerhöhung im Rahmen positiver Rheumafaktoren als falsch-positiv interpretiert wurde [3]. Beim zweiten beschriebenen Fall ergab die Koronarangiographie ebenfalls keine pathologischen Befunde und wurde bezüglich Mikroangiopathie nicht abgeklärt. Andere Ursachen einer Troponinerhöhung wie Niereninsuffizienz, tachykarde Rhythmusstörun-

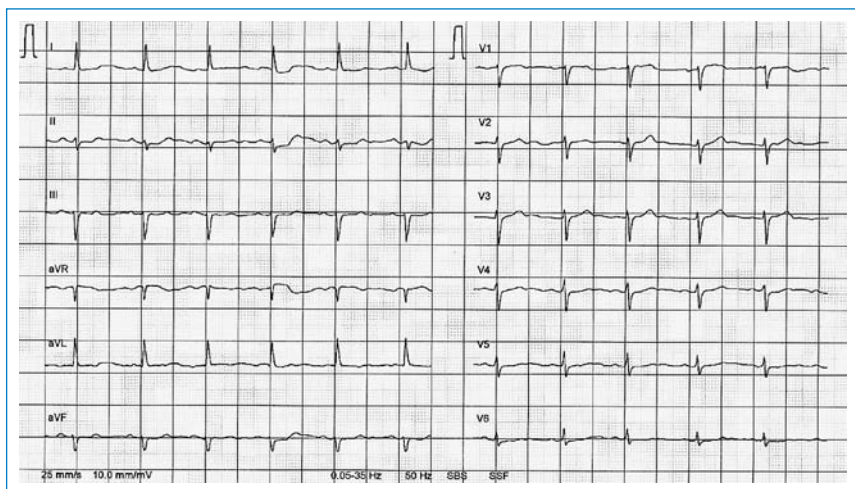


Abbildung 2

EKG nach zwei Monaten mit praktisch vollständiger Normalisierung der Befunde.

gen, (Peri-)Myokarditis oder eine Linksdekompensation bestanden bei unserer Patientin nicht. Eine mögliche Ursache wäre der schwere Infekt, was jedoch die EKG-Veränderung nicht erklärt. Klinisch bestanden keine Zeichen für eine Lungenembolie. Repolarisationsstörungen in diesem Ausmass mit gleichzeitiger Troponinerhöhung würden eher für eine zentrale/parazentrale Emboluslokalisation sprechen und sollten demen-

Korrespondenz:
Dr. med. R. Kühne
FMH Innere Medizin
Klinik für Hämatologie
Universitätsspital Zürich
Rämistrasse 100
CH-8091 Zürich
reto.kuehne@usz.ch

Literatur

- 1 Dickermann JL, Electrocardiographic changes in acute cholecystitis. *J Am Osteopath Assoc.* 1989 May;89(5):630, 635.
- 2 Banerjee S. et al, False-positive troponin I in a patient with acute cholecystitis and positive rheumatoid factor assay. *Cardiology* 2001;95:170–1.

sprechend klinische und echokardiographische Veränderungen erwarten lassen (Dilatation des rechten Ventrikels). Es fanden sich keine Hinweise für eine (Peri-)Myokarditis. Gemäss unseren Informationen ist dies die erste Fallbeschreibung, bei der eine Troponinerhöhung zusammen mit EKG-Veränderungen im Rahmen einer Cholezystitis bei angiographisch ausgeschlossenen makroangiopathischen koronaren Veränderungen beschrieben wird. Wie bereits erwähnt, lehnte die Patientin eine funktionelle Abklärung mittels PET ab. Differentialdiagnostisch kommen zwei unabhängige Ursachen für die EKG-Veränderungen und die Troponinerhöhung (z.B. beginnende Sepsis sowie die Cholezystitis per se) in Frage. Dies scheint uns jedoch unwahrscheinlich, da schwere Cholezystitiden häufig sind und daher entsprechend mehr Fallbeschreibungen vorliegen müssten.

Besonders aufgefallen ist die langsame Regredienz der Repolarisationsstörungen. Normalerweise kommt es innerhalb von Tagen nach Abheilung einer Cholezystitis zur Normalisierung der EKG-Veränderungen.

Wir danken Prof. M. Gertsch und PD Ch. Binggeli für die freundliche und kritische Durchsicht des Manuskriptes.

- 3 Fox DJ et al, Raised troponin T in acute cholecystitis. *Journal of the royal society of medicine.* 2004,97(4):179.