

Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislauserkrankungen

Echokardiographie aktuell: Seltener Fall eines malignen primären Herztumors

Grabscheit G, Primus C, Auer J

Journal für Kardiologie - Austrian

Journal of Cardiology 2012; 19

(7-8), 246-249

Homepage:

www.kup.at/kardiologie

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche



Offizielles
Partnerjournal der ÖKG



Member of the ESC-Editor's Club



Offizielles Organ des
Österreichischen Herzfonds



ACVC
Association for
Acute CardioVascular Care

In Kooperation
mit der ACVC

Indexed in ESCI
part of Web of Science

Indexed in EMBASE

Veranstaltungskalender

Hybrid-Veranstaltungen der Herausgeber des **Journals für Kardiologie**

Finden Sie alle laufend aktualisierten Termine
auf einem Blick unter

www.kup.at/images/ads/kongress.pdf

Echokardiographie aktuell: Seltener Fall eines malignen primären Herztumors

G. Grabscheit, C. Primus, J. Auer

Aus der Abteilung für Innere Medizin I mit Kardiologie und Intensivmedizin, Krankenhaus „St. Josef“ Braunau

Fallpräsentation

Wir berichten über einen 45-jährigen Patienten, der wegen thorakalem Brennen und Stechen an unserer Abteilung hospitalisiert wurde.

Der Patient war 4 Monate zuvor wegen eines akuten Koronarsyndroms (NSTEMI) in unserem Haus behandelt worden. Im Rahmen einer damals akut durchgeführten Koronarangiographie war ein Drug-eluting Stent nach Rekanalisation in eine subtotal okkludierte rechte Herzkranzarterie implantiert worden. Der peri- und postinterventionelle Verlauf war komplikationslos. In der lävokardiographischen Darstellung war eine gute linksventrikuläre Pumpfunktion dokumentiert worden. Hinweise für eine intrakardiale Raumforderung hatten sich in der Echokardiographie nicht ergeben.

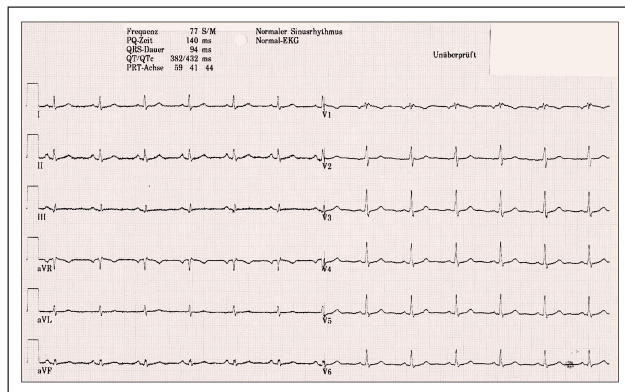


Abbildung 1: Elektrokardiogramm

Das zum Zeitpunkt der nunmehrigen Hospitalisierung angefertigte EKG (Abb. 1) zeigte keine Auffälligkeiten, laborchemisch fanden sich keine richtungsweisenden Befunde (insbesondere im Normbereich gelegene Entzündungsparameter und kardiale Biomarker).

In einer koronarangiographischen Kontrolle zeigte sich ein gutes Stentergebnis in der RCA. Es fand sich kein Hinweis auf eine Progression der koronaren Herzkrankheit.

In der transthorakalen Echokardiographie (Abb. 2, 3) konnte weiterhin eine gute linksventrikuläre Pumpfunktion nachgewiesen werden. Es zeigten sich allerdings ein geringer Perikarderguss und eine kugelige, etwa 3,5×2 cm messende Raumforderung im rechten Vorhof.

Ergänzend wurde eine transösophageale Echokardiographie (Abb. 4, 5) durchgeführt, in der die Raumforderung nahe der Einmündung der Vena cava superior dargestellt werden konnte. Sowohl echokardiographisch als auch in der Computertomographie (Abb. 6, 7) kam eine inhomogene Architektur des Tumors zur Darstellung.

Aufgrund der unklaren Dignität und des vermuteten raschen Wachstums bei fehlender Nachweisbarkeit der Raumforderung 4 Monate früher erfolgte eine sehr zeitnahe chirurgische Resektion. Makroskopisch war die Raumforderung gut abgegrenzt und konnte komplett reseziert werden.

In der histopathologischen Aufarbeitung (Abb. 8a–d) wurde die Struktur als Angiosarkom identifiziert.

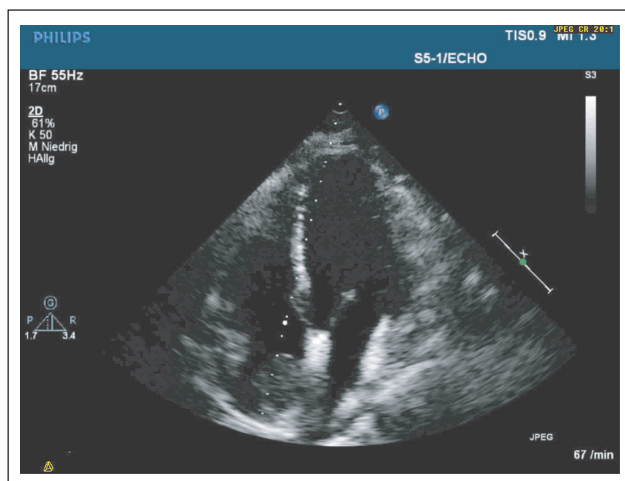


Abbildung 2: Transthorakale Echokardiographie: Apikaler 4-Kammerblick mit Raumforderung im rechten Atrium.

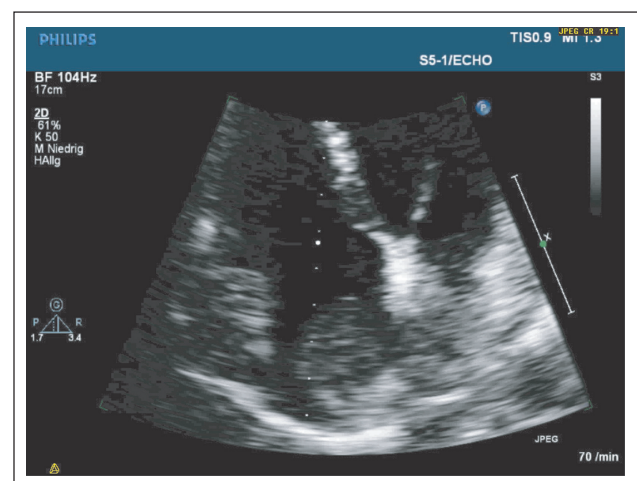


Abbildung 3: Transthorakale Echokardiographie: Vergrößerte Darstellung der Raumforderung im rechten Atrium.

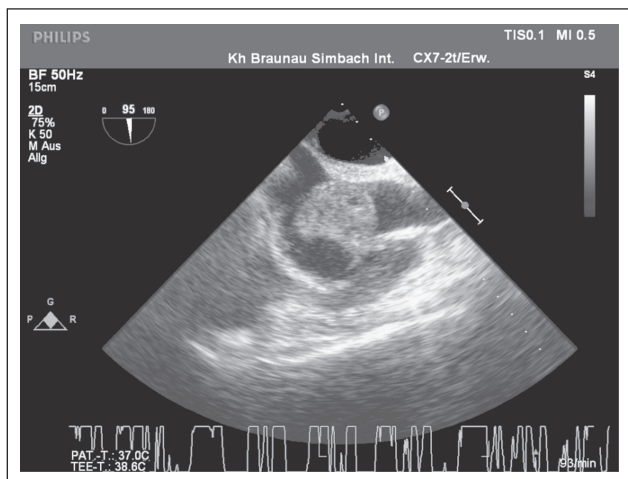


Abbildung 4: Transösophageale Echokardiographie mit Darstellung der Raumforderung im rechten Atrium.

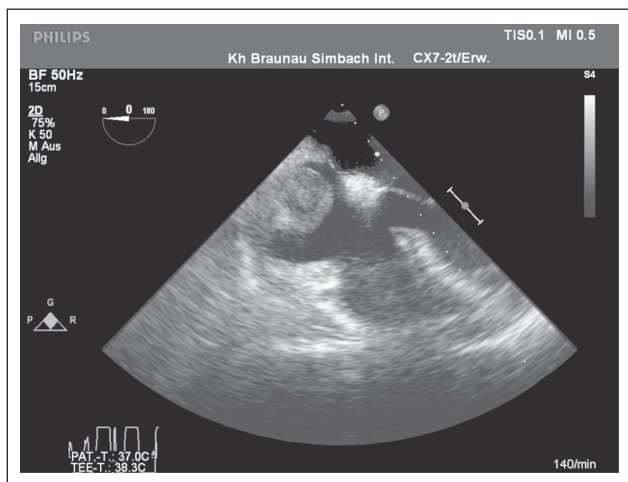


Abbildung 5: Transösophageale Echokardiographie mit Darstellung der Raumforderung im rechten Atrium.

■ Diskussion

Primäre Herztumoren sind eine seltene Erkrankung, die Prävalenz wird in der Literatur mit 0,0017–0,28 % angegeben [1]. Hiervon abzugrenzen sind sekundäre Herztumoren, die als Metastasen (v. a. Melanom, Lymphome) oder *per continuitatem* das Herz befallen und um den Faktor 20–40 häufiger auftreten [1]. Primäre Herztumoren sind in der überwiegenden Mehrzahl gutartig, hierzu zählen etwa Myxome, Lipome, Fibroelastome, Rhabdomyome, Leiomyome und Fibrome. Nur etwa 25 % der primären Herztumoren sind maligne [2], hier handelt es sich vor allem um Sarkome (Rhabdomyo-, Leio-, Fibro- oder Angiosarkome), aber auch um maligne fibroöse Histozytome und primär maligne Lymphome.

Angiosarkome bilden hierbei die häufigste Entität, sie treten bevorzugt bei Männern im mittleren Lebensalter auf und sind vorwiegend rechtsatrial lokalisiert [1].

Maligne Herztumoren sind mittels kurzer Anamnese durch einen rasch progredienten Verlauf gekennzeichnet. Das typische Manifestationsalter liegt zwischen 20 und 60 Jahren, in 75 % der Fälle liegen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung

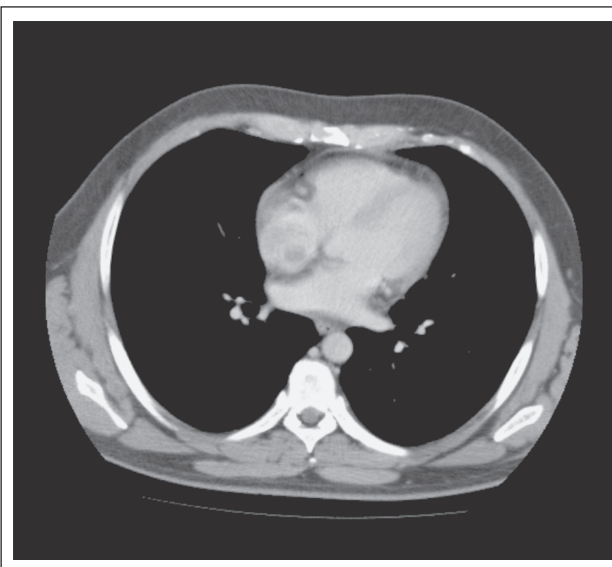


Abbildung 6: Computertomographie des Herzens mit Darstellung der inhomogenen Raumforderung im rechten Atrium.

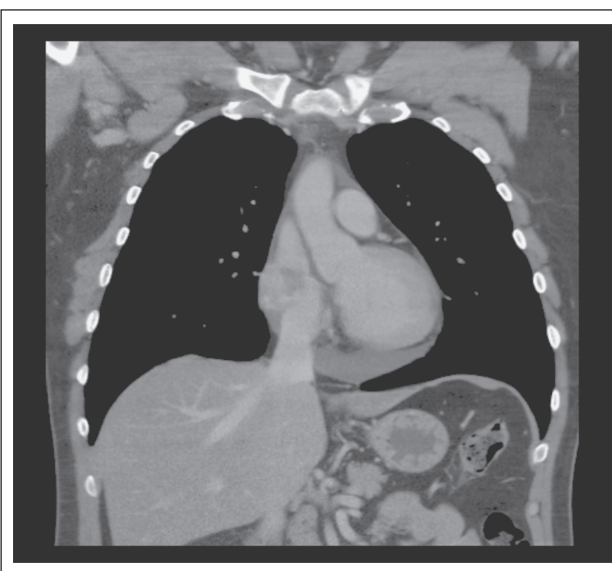


Abbildung 7: Computertomographie des Herzens mit Darstellung der inhomogenen Raumforderung im rechten Atrium.

bereits Metastasen vor, vorwiegend pulmonal, pleural, mediastinal oder hepatisch [2].

Zu den Symptomen von kardialen Tumoren zählen – neben allgemeinen Symptomen einer Tumorerkrankung – Dyspnoe (v. a. Belastungsdyspnoe), lageabhängige Thoraxschmerzen, Synkopen und Zeichen einer mechanischen Beeinträchtigung (je nach Lage des Tumors Mitral-/Trikuspidalklappeninsuffizienz oder -stenose, Rechtsherzinsuffizienz, rezidivierende Lungenembolien, Obstruktionen von Ein- oder Ausflussbahn) sowie Arrhythmien. Die Symptome können allerdings auch jenen eines akuten Koronarsyndroms (ACS) ähnlich sein [3–7].

In der Diagnostik von Herztumoren sind das EKG und Laborbefunde zumeist unspezifisch, je nach Lage und Größe des

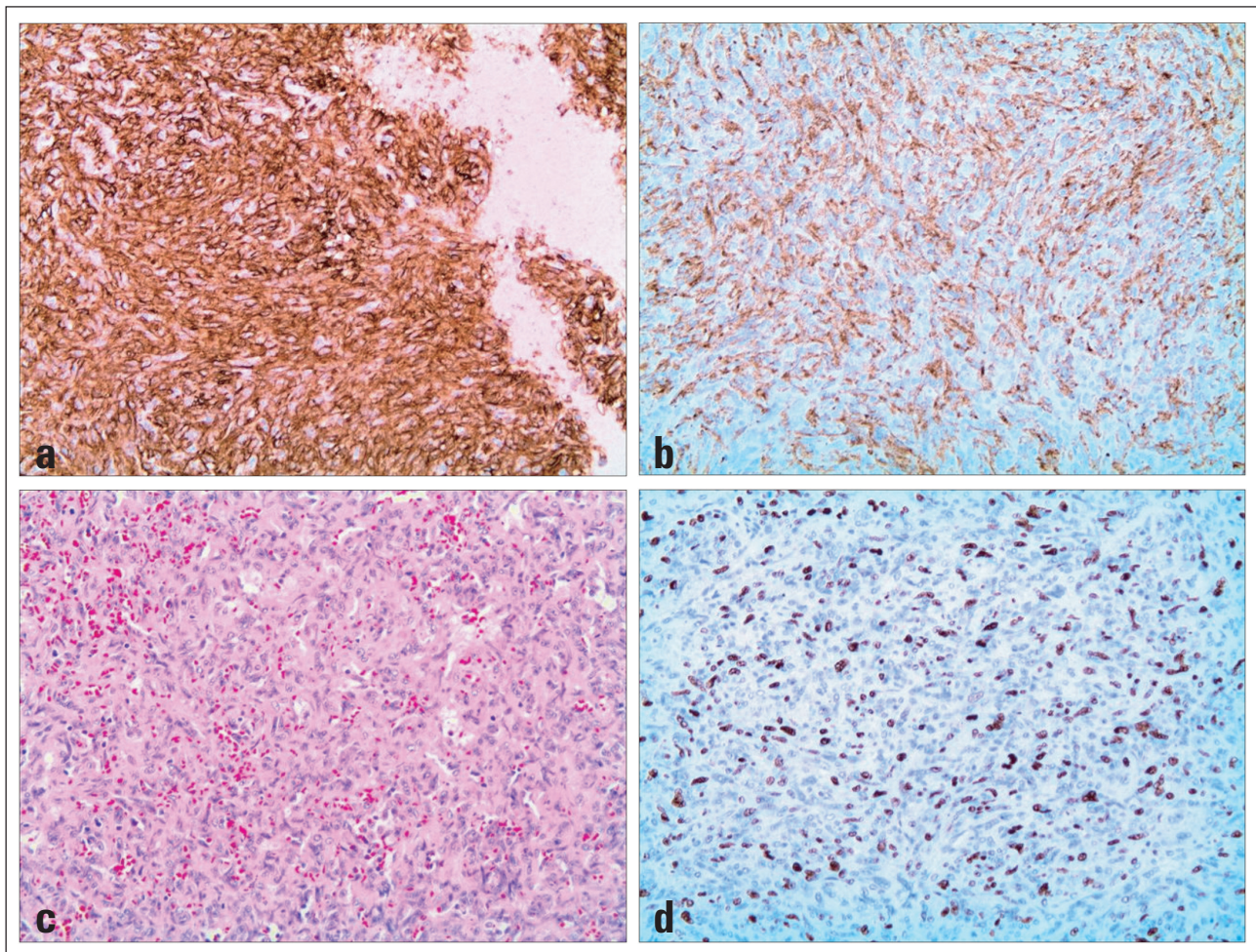


Abbildung 8a–d: Histopathologie des resezierten Tumors (Angiosarkom).

Tumors können bei der Auskultation auffällige Herzgeräusche auftreten.

Die Verdachtsdiagnose wird zumeist in der Echokardiographie gestellt, wobei bei Vorliegen einer entsprechenden Raumforderung weitere bildgebende Verfahren wie TEE und Thorax-CT oder MRT zum Einsatz kommen können. Es ist hierbei auf das mögliche Vorhandensein eines Perikardergusses zu achten – sowohl aus diagnostischen Erwägungen als auch in Hinblick auf eine mögliche Komplikation. Schnittbild-techniken ermöglichen eine genaue topographische Tumordiagnostik und durch Signalintensitäts-/Dichtemessung häufig eine Charakterisierung unterschiedlicher Tumorkomponenten [8].

Die Verdachtsdiagnose eines Herztumors erfordert die Zuweisung des Patienten an ein spezialisiertes Zentrum, wo in Zusammenarbeit mit Kardiologen, Herzchirurgen, Onkologen und Strahlentherapeuten das weitere Procedere abgestimmt wird. Dieses besteht meist in einer Operation mit dem Ziel, den Tumor vollständig im Gesunden zu entfernen [9, 10]. Eine Notwendigkeit zur Operation ergibt sich neben der Malignität zumeist aus der Gefahr einer Embolisierung oder einer mechanischen Komplikation. Naturgemäß ist eine histologische Aufarbeitung [11–13] des resezierten Materials unerlässlich für die weitere Therapieplanung.

Maligne Tumoren erfordern je nach Entität eine Chemotherapie oder Bestrahlung, im weiteren Verlauf sind engmaschige Nachuntersuchungen notwendig.

Die Indikation zu einer Herztransplantation bei malignen Herztumoren wird sehr kontrovers bewertet [1, 14].

Die Prognose maligner Herztumoren ist insgesamt schlecht, zumal die Mehrzahl der Tumoren zum Zeitpunkt der Diagnosestellung bereits in einem metastasierten Stadium vorliegt [1]. Häufig ist nur ein palliatives Vorgehen möglich, die mediane Überlebensdauer wird in der Literatur mit 6 Monaten angegeben [1]. Es gibt allerdings auch kasuistische Berichte über sehr erfolgreiche Verläufe bei primären Malignomen des Herzens nach Einsatz kombinierter Therapie-strategien.

In dem von uns berichteten Fall lag eine sehr unspezifische Symptomatik thorakaler Beschwerden wenige Monate nach einem Myokardinfarkt vor. Die Diagnosestellung gelang echokardiographisch. Es wurde ein kombinierter chirurgischer und chemotherapeutischer Ansatz zur Behandlung gewählt. Nach erfolgreicher R1-Tumorresektion hat der Patient bislang 3 (von 6 geplanten) Zyklen einer zytostatischen Polychemotherapie (Doxorubicin, Ifosfamid – analog zur EORTC-62012-Studie) erhalten.

Literatur:

1. Hoppe UC, Erdmann E. Klinische Kardiologie. 1. Aufl. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 2008.
2. Hoppe UC, La Rosée K, Beuckelmann DJ, Erdmann E. Herztumoren – Manifestation durch uncharakteristische Symptome. Dtsch Med Wochenschr 1997; 122: 551–7.
3. Auer J, Schmid J, Berent R, Niedermair M. Cardiac metastasis of malignant melanoma mimicking acute coronary syndrome. Eur Heart J 2012; 33: 676.
4. Auer J, Berent R, Gurtner F. Malignant mitral stenosis. J Cardiothorac Surg 2012; 7: 19.
5. Endo A, Ohtahara A, Kinugawa T, Ogino K, Hisatome I, Shigemasa C. Characteristics of cardiac myxoma with constitutional signs: a multicenter study in Japan. Clin Cardiol 2002; 25: 367–70.
6. Keeling IM, Oberwalder P, Anelli-Monti M, Schuchlenz H, Demel U, Tilz GP, Rehak P, Rigler B. Cardiac myxomas: 24 years of experience in 49 patients. Eur J Cardiothorac Surg 2002; 22: 971–7.
7. Reynen K. Cardiac myxomas. N Engl J Med 1995; 333: 1610–7.
8. Fieno DS, Saouaf R, Thomson LE, Abidov A, Friedman JD, Berman DS. Cardiovascular magnetic resonance of primary tumors of the heart: A review. J Cardiovasc Magn Reson 2006; 8: 839–53.
9. Hoffmeier A, Deiters S, Schmidt C, Tjan TD, Schmid C, Drees G, Fallenberg EM, Scheld HH. Radical resection of cardiac sarcoma. Thorac Cardiovasc Surg 2004; 52: 77–81.
10. Hoffmeier A, Scheld HH, Tjan TD, Schneider M, Kerber S, Schmidt C, Schmid C. Ex situ resection of primary cardiac tumors. Thorac Cardiovasc Surg 2003; 51: 99–101.
11. Hoffmeier A, Löher A, Rukosujew A, Tjan TD, Schmid C, Herbst H, Scheld HH. Fehldiagnose Endokarditis bei papillärem Fibroelastom. Z Herz-, Thorax- Gefäßchir 2008; 17: 209–11.
12. Hoffmeier A, Semik M, Schmid Ch, Mesters RM, Castrucci M, Baba HA, Fallenberg EM, Scheld HH. Primary Burkitt lymphoma of the heart – diagnosis and therapy. Z Kardiologie 2002; 91: 347–51.
13. Hoffmeier A, Semik M, Fallenberg EM, Scheld HH. Leiomyosarcoma of the pulmonary artery – a diagnostic chameleon. Eur J Cardiothorac Surg 2001; 20: 1049–51.
14. Gowdamarajan A, Michler RE. Therapy for primary cardiac tumors: is there a role for heart transplantation? Curr Opin Cardiol 2000; 15: 121–5.

Korrespondenzadresse:*Dr. Gernot Grabscheit**Abteilung für Innere Medizin I mit Kardiologie und Intensivmedizin**Krankenhaus „St. Josef“ Braunau**A-5280 Braunau, Ringstraße 60**E-Mail: gernot.grabscheit@khbr.at*

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

☒ Medizintechnik-Produkte



Neues CRT-D Implantat
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3
Labotect GmbH



InControl 1050
Labotect GmbH

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ Bestellung e-Journal-Abo

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)