

Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislauserkrankungen

Echokardiographie aktuell: Apikale hypertrophe Kardiomyopathie

Fitscha P, Haoula D

Journal für Kardiologie - Austrian

Journal of Cardiology 2014; 21

(7-8), 224-225

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: Apikale hypertrophe Kardiomyopathie

P. Fitscha, D. Haoula

Aus der Internistischen Gruppenpraxis Wien

■ Anamnese

Eine 83-jährige Patientin wird wegen Hypertonie und Linkshypertrophie im EKG zur echokardiographischen Abklärung (VH-Flimmern, Verdacht auf Vitium) zugewiesen.

Die Patientin gab Belastungsdyspnoe an, war aber sonst beschwerdefrei. Es wurde ein Blutdruck von 185/70 mmHg gemessen, der Puls war arrhythmisch, über dem Apex und präkordial war ein systolisches Geräusch zu hören.

Im EKG (Abb. 1) fand sich Vorhofflimmern mit einer Frequenz von ca. 80 Schlägen pro Minute, weiters Zeichen der Linkshypertrophie mit Erregungsrückbildungstörung/T-Negativierung in den Ableitungen II, III, avF und V3–V6.

■ Echokardiographie

Im Echokardiogramm (Abb. 2) fand sich ein normal großer linker Ventrikel mit guter systolischer Funktion, aber höhergradiger apikaler Hypertrophie (bis 20 mm) mit der typischen Pique-As-Form am Ende der Diastole („Spade Shape“). Beide Vorhöfe waren stark dilatiert (LA-Volumen 87 ml/m², RA-Volumen 81 ml/m²). Der rechte Ventrikel war normal groß, die

Rechtsventrikelfunktion normal. Die Aortenklappe war sklerotisch verändert ohne stenosierenden Effekt, minimale Aorteninsuffizienz. Neben einer geringen Mitralingverkalkung hatte die Patientin eine leicht- bis mittelgradige Mitralsuffizienz sowie eine mittelgradige Trikuspidalinsuffizienz, wobei der systolische Pulmonaldruck auf 50 mmHg geschätzt wurde.

■ Kommentar

Die apikale hypertrophe Kardiomyopathie (AHCM) ist eine relativ seltene Form der hypertrophen HCM, welche erstmalig in Japan mit einer Häufigkeit zwischen 13 und 25 % aller hypertrophen HCMs beschrieben wurde. Außerhalb Japans ist sie allerdings wesentlich seltener.

Die Methode der Wahl in der Diagnostik der AHCM stellt die Echokardiographie dar. Die diagnostischen Kriterien sind eine apikale Hypertrophie ≥ 15 mm und eine Ratio maximale apikale Dicke/posteriore Wand $\geq 1,5$ [1].

Allerdings besteht da die Gefahr von „pitfalls“ (Transducer nicht apikal, dadurch einer Verkürzung und Unterschätzung

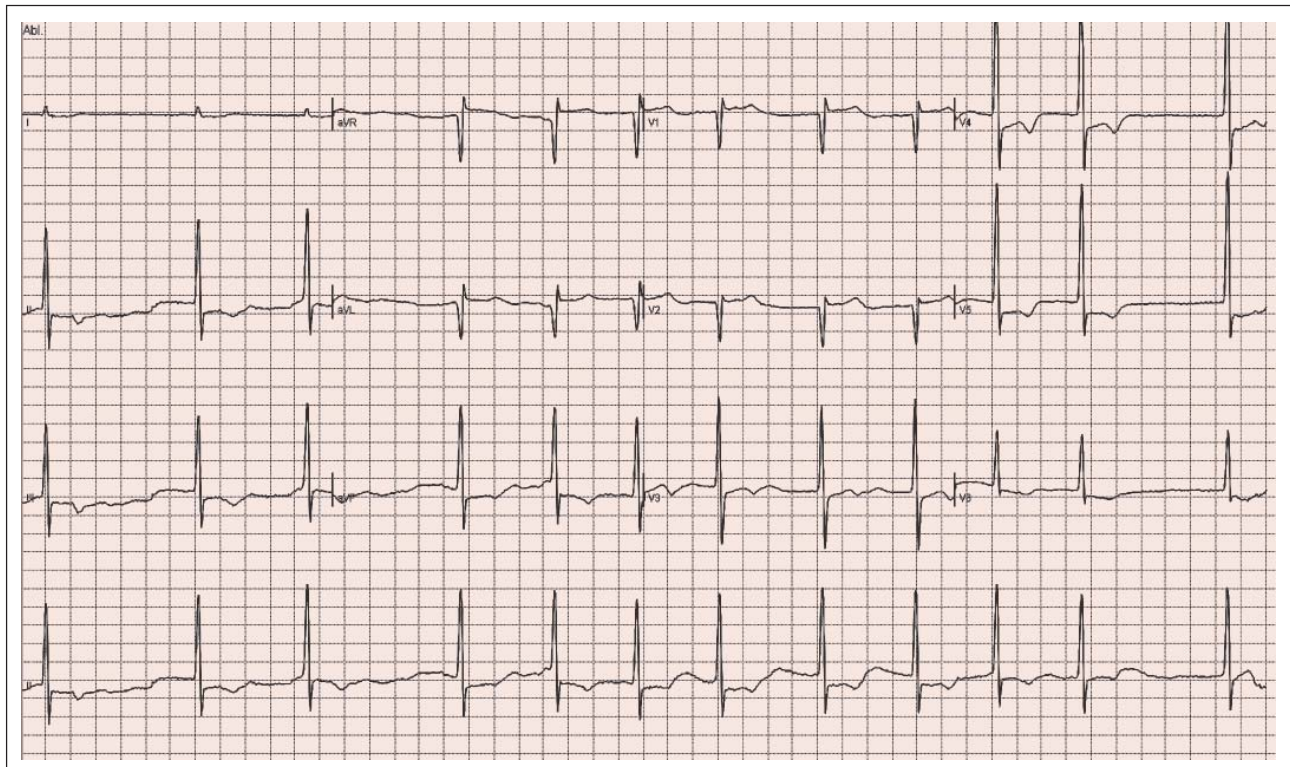


Abbildung 1: 12-Ableitungs-EKG mit Rhythmusstreifen, VH-Flimmern, Zeichen der Linkshypertrophie

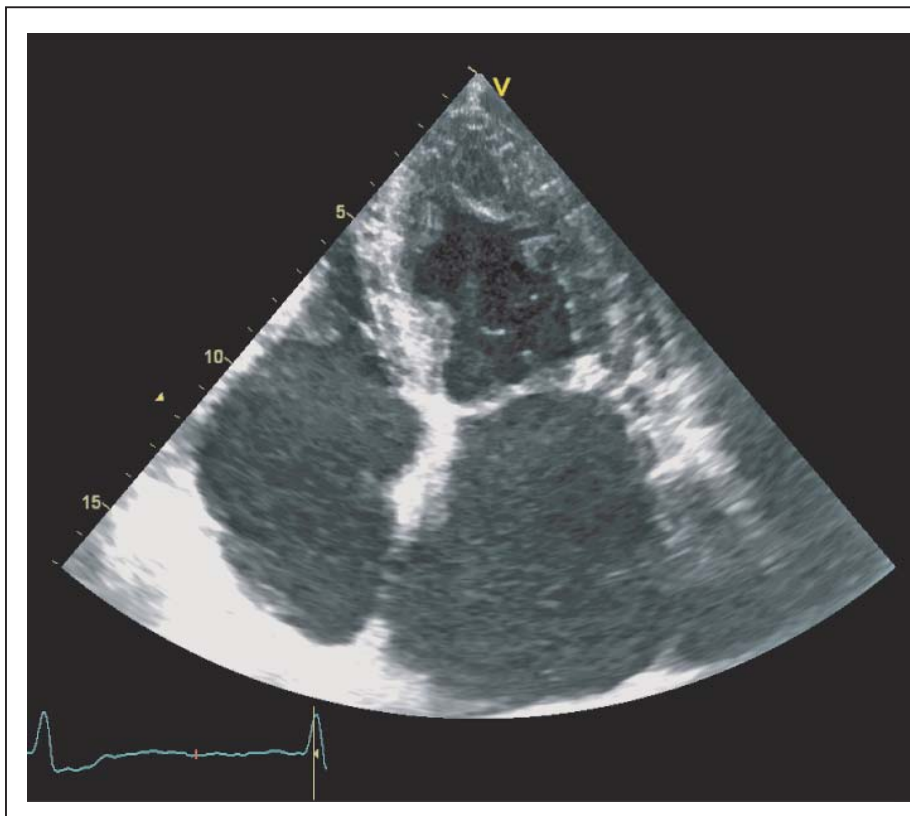


Abbildung 2: Apikaler Vierkammerblick. Pique-As-Form- („Shape Shape“) Apexbereich

oder sogar Nichterkennen einer Hypertrophie). Bei schlechter Abgrenzbarkeit des Endokards kann der Apex als akinetisch oder dyskinetisch imponieren und so zur Fehldiagnose einer regionalen Wandbewegungsstörung führen. Apikale Tumore, Thromben sowie eine isolierte apikale Non-Compaction und die Endomyokardfibrose können differentialdiagnostisch Schwierigkeiten bereiten [2–6].

Unsere Patientin war gut beschallbar, relativ beschwerdefrei und oben erwähnte Differentialdiagnosen unwahrscheinlich, sodass wir auf eine weiterführende Diagnostik (MR bzw. Kontrastechokardiogramm – in der Praxis aus Kostengründen nicht durchführbar) verzichtet haben.

Die in den japanischen Fällen [7] typische massive T-Negativierung („giant T-waves“) fehlten bei unserer Patientin, was typisch für die nicht-japanische Form der AHCM ist [8]. Die meisten Patienten außerhalb Japans weisen eine nur mäßige T-Negativierung (93 %) auf, gefolgt von Linkshypertrophie in 65 % und negativen T-Wellen > 10 mm in 47 % [1].

Die Prognose der AHCM ist – wie sich auch am Alter unserer Patientin zeigt – relativ gutartig. Die Gesamtmortalität wurde in einem Nachbeobachtungszeitraum von $13,6 \pm 8,3$ Jahren mit 10,5 % und die kardiovaskuläre Mortalität mit 1,9 % beschrieben [1].

Die Zuweisungsdiagnose Hypertonie mit Linkshypertrophie und Verdacht auf Vitium ist in der Praxis häufig, das Ergeb-

nis der Untersuchung bei dieser älteren Patientin war ein interessanter Zufallsbefund und bestätigt den relativ gutartigen Verlauf der Erkrankung. Auf die Publikationen von Weihs [9] und Wessely [10] in diesem Journal soll hingewiesen werden.

Literatur:

1. Eriksson MJ, Sonnenberg B, Woo A, Rakowski P, Parker TG, Wigle ED, Rakowski H. Long-term outcome in patients with apical hypertrophic cardiomyopathy. *J Am Coll Cardiol* 2002; 39: 638–45.
2. Hassan WM, Fawzy ME, Al Helaly S, Hegazy H, Malik S. Pitfalls in diagnosis and clinical, echocardiographic, and hemodynamic findings in endomyocardial fibrosis: a 25-year experience. *Chest* 2005; 128: 3985–92.
3. Prasad K, Atherton J, Smith GC, McKenna WJ, Frenneaux MP, Nihoyannopoulos P. Echocardiographic pitfalls in the diagnosis of hypertrophic cardiomyopathy. *Heart* 1999 (82 Suppl 3): III8–III15.
4. Spirito P, Autore C. Apical hypertrophic cardiomyopathy or left ventricular non-compaction? A difficult differential diagnosis. *Eur Heart J* 2007; 28: 1923–4.
5. Thanigaraj S, Pérez JE. Apical hypertrophic cardiomyopathy: echocardiographic diagnosis with the use of intravenous contrast image enhancement. *J Am Soc Echocardiogr* 2000; 13: 146–9.
6. Veinot JP, O'Murchu B, Tazelaar HD, Orszulak TA, Seward JB. Cardiac fibroma mimicking apical hypertrophic cardiomyopathy: a case report and differential diagnosis. *J Am Soc Echocardiogr* 1996; 9: 94–9.
7. Yamaguchi H, Ishimura T, Nishiyama S, Nagasaki F, Nakanishi S, et al. Hypertrophic nonobstructive cardiomyopathy with giant negative T waves (apical hypertrophy): ventriculographic and echocardiographic features in 30 patients. *Am J Cardiol* 1979; 44: 401–12.
8. Louie EK, Maron BJ. Apical hypertrophic cardiomyopathy: clinical and two-dimensional echocardiographic assessment. *Ann Intern Med* 1987; 106: 663–70.
9. Weihs W, Schober T, Genger M. Echokardiographie aktuell: Atypische hypertrophe Kardiomyopathie. *J Kardiologie* 2011; 18: 270–2.
10. Wessely E. Hypertrophische Kardiomyopathie – Apikale Form. *J Kard* 2003; 10: 343–4.

Korrespondenzadresse:

Univ.-Prof. Dr. Peter Fitscha
 Facharzt für Innere Medizin
 A-1090 Wien, Nußdorfer Straße 60/5
 E-Mail: p.fitscha@aon.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