

Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislauserkrankungen

Echokardiographie aktuell:

"Lebensrettender" atrialer

Septaldefekt

Battyanyi B, Fazekas L

Journal für Kardiologie - Austrian

Journal of Cardiology 2016; 23

(3-4), 91-93

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

Krause & Pacherneegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031105M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-

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: „Lebensrettender“ atrialer Septaldefekt

B. Battyányi, L. Fazekas

Aus der Kardiologie-Ambulanz, LKH Szatmár-Bereg, Vásárosnamény, Ungarn



■ Einleitung

Ein 81-jähriger Patient wurde uns von der Internistischen Ambulanz wegen häufiger Extrasystolie transferiert. Anamnestisch hatte er eine lange bekannte arterielle Hypertonie, eine chronische stabile ischämische Herzkrankheit und rheumatische Erkrankungen des Bewegungsapparats. Etwa 2–3 Wochen vor der Untersuchung hatte er vorübergehend Bauchschmerzen.

■ Klinischer Befund

Unser normalgewichtiger Patient war in gutem Allgemeinzustand; Blutdruck mit 120/70 mmHg gut kontrolliert, Puls 88/min. Keine Zyanose, Atemfrequenz 14/min. Frei belüftete

Lunge, Herztöne rhythmisch (mitunter sporadische Extrasystole), leises Systolikum über der zweiten Rippe rechts (2R2) bzw. über der Mitralklappe, keine Beinödeme, keine Halsvenenstauung. Abdomen schmerzfrei, keine Abwehrspannung, auskultatorisch unauffällig. Die Extrasystolien schienen für den Patienten keine nennenswerten hämodynamischen Beschwerden zu verursachen.

Das 12-Kanal-EKG zeigte Sinusrhythmus, AV-Überleitung 200 msec, Linkstyp, QRS 80 msec, monomorph-interpolierte ventrikuläre Extrasystolien.

Basale Laborwerte: Ionogramm, Blutbild, Transaminasen, Serum-Eiweiß im Normbereich, EGFR 49,29 eingeschränkt,

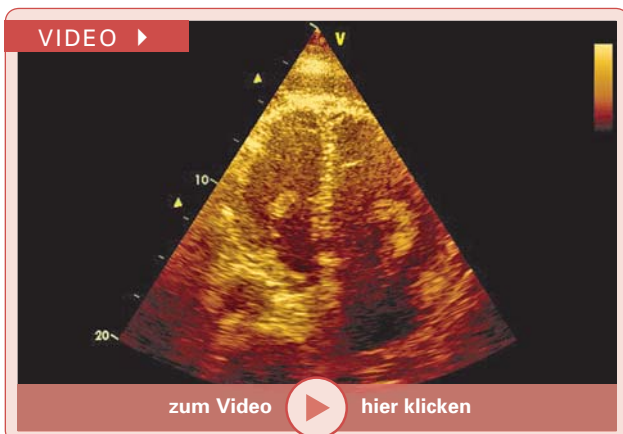


Abbildung 1: Echoreiche Massen in der linken und der (mäßig dilatierten) rechten Kammer.

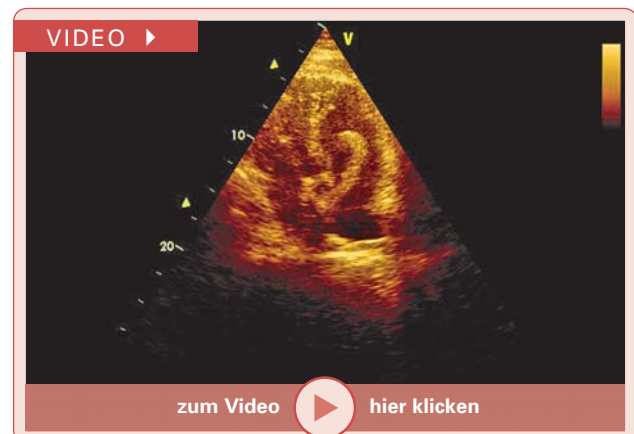


Abbildung 2: Apikaler Vierkammerblick: Lange echoreiche, augenscheinlich am Vorhofseptum fixierte Masse prolapiert in die rechte und (weniger sichtbar) in die linke Kammer.



Abbildung 3: Der „fixierte“ Teil des Thromboembolus mit dem Durchtritt vom rechten in den linken Vorhof.



Abbildung 4: Thromboembolus im rechten Vorhof (modifizierter bikavalärer Schnitt).



Abbildung 5: Rechter Vorhof mit dem Thromboembolus und Klappe der unteren Hohlvene.



Abbildung 6: Wie Abb. 5, jedoch aus einer weiter gedrehten Position. Gut zu sehen ist der homogene, gut geformte Abschnitt des Gerinnsels.



Abbildung 7: Thromboembolus in der linken Herzhöhle. Im Gegensatz zu Abb. 6 ist dieser Thrombusteil schmaler, inhomogener.



Abbildung 8: Thromboembolus in der Mitte der linken Kammer.

Harnstoff $442 \mu\text{mol/l}$ mäßig und Serum-LDH mit 707 U/l signifikant erhöht.

Thorax-Röntgen: praktisch unauffällig.

Bis dato bereits 3× in unregelmäßigen Abständen kardiologisch untersucht, zu einer Betreuung kam es wegen mangelndem Kooperationswillen bislang leider nicht. Seit 2009 ist eine Mitralklappen- und Trikuspidalinsuffizienz I. Grades sowie Aortensklerose bekannt. Herzdimensionen und linksventrikuläre Auswurfleistung waren normal, das Mitralklappenprofil einer Relaxationsstörung entsprechend.

Die aktuelle transthorakale Herzschalluntersuchung zeigte eine synchron mit dem Herzzyklus schwingende, über die Mitralklappen- und Trikuspidalklappenebene in die Kammern prolabierende lange echoreiche Masse, die am Vorhofseptum befestigt zu sein schien (Abb. 1, 2; Film 1). Rechtsherzdilatation, gute linksventrikuläre Auswurfleistung sowie Mitralklappen- und Trikuspidalinsuffizienz II. Grades waren vorhanden. Kalkulierter Pulmonaldruck war etwa 51 mmHg .

Das transösophageale Echofenster brachte eine wesentlich bessere Darstellbarkeit und einen auf dem bisher noch nicht entdeckten atrialen Septaldefekt „reitenden“ langen Thromboembolus (Abb. 3–8; Film 2–8).

In den Bereichen der Pulmonalarterien waren keine pathologischen Veränderungen zu finden.

In diesem Fall kommt eine konservative Therapie (Thrombolyse) wegen des enormen Risikos von fataler Lungen- und systematischer Embolisation durch Degradierung des Gerinnsels nicht in Frage.

Der Patient wurde unverzüglich in das nächstgelegene herzchirurgische Zentrum transportiert, wo durch das Öffnen des rechten Atriums eine erfolgreiche Thrombusentfernung und Schließung des Vorhofseptumdefektes (Typ II) durchgeführt wurde (Abb. 9; Film 9). Weitere Thrombi waren nicht vorhanden. Nach einer 1-wöchigen postoperativen Atem- und Nierenfunktionsverschlechterung konnte langsam mit der Rehabilitationstherapie begonnen werden.

Fazit

Die Häufigkeit der thromboembolischen Ereignisse ist keine Rarität. In unserem Fallbeispiel haben wir eine seltene sogenannte „Thrombus-in-transit“-Situation dargestellt. In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass dieser vorher nicht bekannte Septaldefekt in dieser speziellen Konstellation dem Patienten wahrscheinlich das Leben gerettet hat.



Abbildung 9: Chirurgisch entfernter langer Thrombus. Deutlich zu sehen sind die beiden Komponenten des Gerinnsels (mit freundlicher Genehmigung des Kardiologischen Herzchirurgischen Instituts der Med.-Univ. Debrecen).

Korrespondenzadresse:

OA Dr. med. Bertalan Battyányi
 Leiter der Kardiologie-Ambulanz
 LKH Szatmár-Bereg, Vásárosnamény
 H-4800 Vásárosnamény, Ady E. út 5
 E-Mail: kardvn@szbkorhaz.hu



Die entsprechenden Filme finden Sie unter www.kup.at/A12832 oder mittels Eingabe von A12832 in ein Suchfeld auf www.kup.at (Zum Abspielen der Filme ist die Installation des Adobe Flash Players erforderlich)

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