

Journal für **Kardiologie**

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislauserkrankungen

Fallbericht: Lipomatöse atriale Septumhypertrophie mit atrialem Septumaneurysma und offenem Foramen ovale

Hammerer M, Heigert M

Journal für Kardiologie - Austrian

Journal of Cardiology 2006; 13

(9-10), 328-330

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 & Pachernegg 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

Lipomatöse atriale Septumhypertrophie mit atrialem Septumaneurysma und offenem Foramen ovale

M. Hammerer¹, M. Heigert²

¹Echokardiographielabor und ²Herzkatheterlabor der Universitätsklinik für Innere Medizin II mit Kardiologie, Salzburger Landeskliniken (Vorstand: Univ.-Prof. Dr. M. Pichler)

Fallbericht

Eine 70jährige, sonst gesunde Patientin wurde von einer neurologischen Klinik zum Ausschluß einer kardialen Emboliequelle zugewiesen, nachdem sie innerhalb der vergangenen 10 Monate zweimal passagere neurologische Ausfälle (Hemiparese links bzw. Amaurosis fugax) erlitten hatte. Abgesehen von einer Adipositas und einer Hyperlipoproteinämie lagen keine kardiovaskulären Risikofaktoren vor, neurosonologisch war nur eine geringe Karotis-Bifurkationssklerose darstellbar. Signifikante intrakranielle Parenchymläsionen konnten in der Computertomographie (CT) nicht nachgewiesen werden, auf eine Magnetresonanztomographie (MRI) wurde neurologischerseits verzichtet. Seit dem ersten Ereignis bestand eine Sekundärprävention mit ASS 100 mg täglich.

Echokardiographie

Die transösophageale Echokardiographie (TEE) zeigte eine echoreiche Verdickung der basalen 2/3 des interventrikulären Septums (IVS) und insbesondere des gesamten interatrialen Septums (IAS) bis zu einer Breite von 17 mm unter Aussparung der sehr zart angelegten und aneurysmatisch ausgeweiteten Fossa ovalis (Abb. 1 und 2). Nach Kontrastmittelgabe (agitierte 10%ige Polyhydroxyethylstärkelösung über V. brachialis) kam unter Valsalvaprovokation zudem ein Rechts-Links-Shunt mit mäßiggradigem Kontrastmittelübertritt in das linke Atrium im Bereich der anterioren Zirkumferenz der Fossa ovalis zur Darstellung (Abb. 3). Im übrigen fand sich kein pathologischer Befund, insbesondere keine Klappendysfunktion und keine Obstruktion der Vena cava superior oder des linksventrikulären Ausflußtraktes.

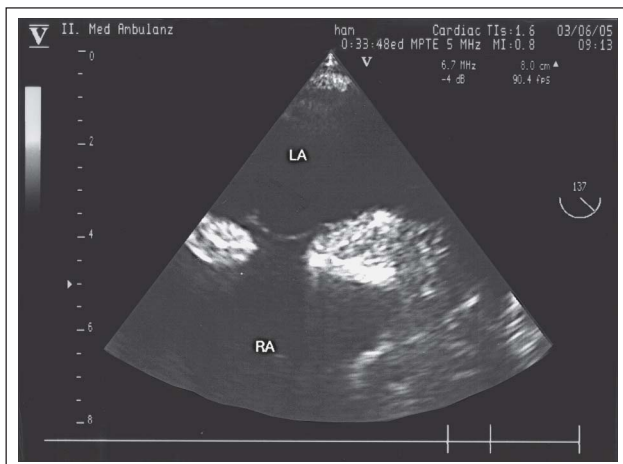


Abbildung 1: Transösophageale Echokardiographie: echoreiche Hypertrophie des interatrialen Septums unter Aussparung der Fossa ovalis (LA: linkes Atrium, RA: rechtes Atrium)

Es wurde die Diagnose einer lipomatösen atrialen Septumhypertrophie (LH) mit atrialem Septumaneurysma (ASA) und assoziiertem offenem Foramen ovale (PFO) gestellt.

Diskussion

Die LH ist (trotz einer beschriebenen Prävalenz von 43,2 % in einem kardiochirurgischen Patientengut [1]) eine der seltener diagnostizierten unter den zahlreichen pathologischen und nichtpathologischen strukturellen Auffälligkeiten im Bereich des IAS. Es handelt sich um eine benigne, nicht abgekapselte, fibrös-lipomatöse Infiltration [2] des IAS unter Aussparung

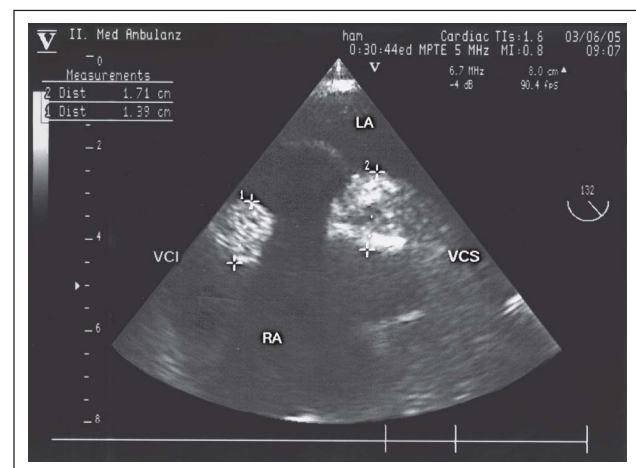


Abbildung 2: Transösophageale Echokardiographie: unter Valsalvamanöver Vorwölbung („bulging“) der aneurysmatisch ausgeweiteten Fossa ovalis in das linke Atrium (VCI: V. cava inferior, VCS: V. cava superior)

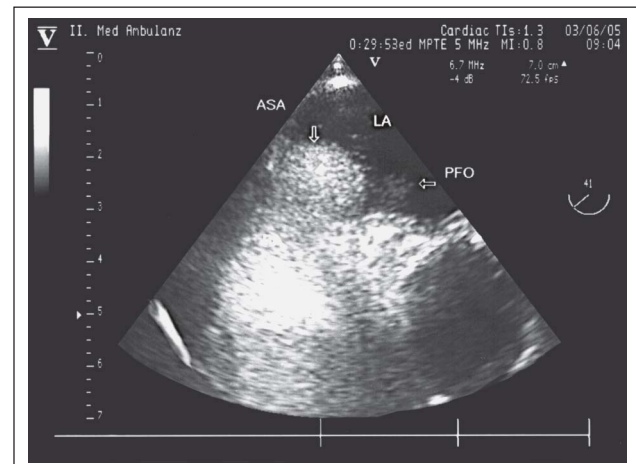


Abbildung 3: Transösophageale Echokardiographie: unter Valsalvamanöver nach Kontrastmittelgabe. Darstellung eines Rechts-Links-Shunts (Pfeil rechts) im Bereich der anterioren Peripherie des hemisphärisch konfigurierten Aneurysmas (PFO: persistierendes Foramen ovale, ASA: atriales Septumaneurysma)

der Fossa ovalis, welche häufig auch IVS und atriale Wände miteinbezieht. Die Diagnosestellung erfolgt echokardiographisch durch Darstellung eines echoreichen, hypertrophen IAS (> 15 mm bis zu mehreren cm) mit zarter, wie „ausgestanzt“ erscheinender Fossa ovalis [3, 4], welche dem IAS im Querschnitt das pathognomonische Aussehen einer Hantel („dumb-bell“) verleiht (Abb. 1). Entsprechende Befunde zeigen sich auch in anderen bildgebenden Verfahren (CT, MRI) [5]. Es besteht eine signifikante Korrelation mit Alter und erhöhter Body-surface-area [6] sowie mit vermehrten Fettgewebepots in anderen Teilen des Herzens (insbesondere in den atrioventrikulären Sulci sowie subepikardial über dem rechten Ventrikel) [7]. In der Vergangenheit wurden Assoziationen mit verschiedensten kardiovaskulären Erkrankungen beschrieben [4, 7], in einer aktuellen Untersuchung an 384 Patienten konnte eine solche für eine klinisch relevante KHK, für zerebrovaskuläre Erkrankungen, atriale Arrhythmien und Aortensklerose jedoch nicht nachgewiesen werden [6]. Eine LH selbst erhält nur dann klinische Relevanz, wenn es im Falle einer massiven Ausprägung zu einer Obstruktion des systemisch-venösen Rückflusses im Mündungsbereich der Vena cava superior kommt oder wenn – wie im beschriebenen Fall – eine Assoziation mit anderen Pathologien vorliegt. Bei Diagnosestellung müssen andere Ursachen einer Verdickung des IAS (wie Tumore, Amyloidose, Z. n. chirurgischen oder perkutanen Interventionen) in Betracht gezogen werden, was mitunter zu differentialdiagnostischen Schwierigkeiten führen kann [8]. Im Gegensatz zu kardialen Tumoren ist eine operative Intervention bei einer LH nicht indiziert, die einzig wirksame Therapiemaßnahme besteht in einer Gewichtsreduktion [9].

Die bei unserer Patientin vorliegende und als zufällig anzusehende [1] Kombination einer LH mit ASA und PFO bei „kryptogener“ zerebraler Ischämie stellt eine besondere Situation dar. Da ein PFO in Verbindung mit einem ASA als potentielle Emboliequelle anzusehen ist, erhob sich die Frage nach der optimalen Thrombembolieprophylaxe. Über eine perkutane Okkluderimplantation bei LH existieren nur vereinzelte Fall-

berichte mit unterschiedlichen Ergebnissen [10, 11], sodaß uns eine solche unter den gegebenen Umständen nicht sinnvoll erschien. Aufgrund der unter bestehender Sekundärprophylaxe mit ASS aufgetretenen rezidivierenden neurologischen Ausfälle wurde deshalb und insbesondere auch in Anbetracht des Alters der Patientin gemeinsam mit den behandelnden Neurologen für die Einleitung einer oralen Antikoagulation entschieden.

Literatur:

1. Augoustides JGT, Weiner J, Mancini J, Weiss SJ, Cheung AT. Analysis of the interatrial septum by transesophageal echocardiography in adult cardiac surgical patients: anatomical variants and correlation with patent foramen ovale. *Anesthesiology* 2002; 96: A139.
2. Prior JT. Lipomatous hypertrophy of cardiac interatrial septum. *Arch Pathol* 1968; 78: 11–5.
3. Fyke FE, Tajik AJ, Edwards WD, Seward JB. Diagnosis of lipomatous hypertrophy of the atrial septum by two-dimensional echocardiography. *J Am Coll Cardiol* 1983; 1: 1352–7.
4. Reynolds T. Lipomatous hypertrophy of the atrial septum. In: Reynolds T. *The echocardiographer's pocket reference*. Arizona Heart Institute, Phoenix, 2000; 200.
5. Kindman LA, Wright A, Tye T, Sede W, Appleton C. Lipomatous hypertrophy of the interatrial septum: Characterization by transesophageal and transthoracic echocardiography, magnetic resonance imaging, and computed tomography. *J Am Soc Echo* 1988; 1: 450–4.
6. Agmon Y, Meissner I, Tajik AJ, Seward JB, Petterson TM, Christianson TJ, O'Fallon WM, Wiebers DO, Khandheria BK. Clinical, laboratory, and transesophageal echocardiographic correlates of interatrial septal thickness: a population-based transesophageal echocardiographic study. *J Am Soc Echocardiogr* 2005; 18: 175–82.
7. Shirani J, Roberts WC. Clinical, electrocardiographic and morphologic features of massive fatty deposits ("lipomatous hypertrophy") in the atrial septum. *J Am Coll Cardiol* 1993; 22: 226–38.
8. Miller A, Mukhtar O, Aaluri SR, Ansingkar KG, Nanda NC, Ryan K, Mitchell J. Two- and three-dimensional TEE differentiation of lymphoma involving the atrial septum from lipomatous hypertrophy. *Echocardiography* 2001; 18: 205–9.
9. Roberts WC. Lipomatous hypertrophy of the atrial septum. In: Topol EJ (ed). *Textbook of cardiovascular medicine*. Lippincott-Raven, Philadelphia, 2002; 926.
10. Al-Faleh H, Marquis JF, Chan KL. Device closure of a patent foramen ovale in a patient with lipomatous hypertrophy of the atrial septum. *Can J Cardiol* 2005; 21: 789–90.
11. Moir WS, McGaw DJ, Harper RW, Gelman J. Atrial septal defect device closure in a patient with lipomatous hypertrophy of the atrial septum. *Circulation* 2003; 107: e217.

Korrespondenzadresse:

FA Dr. med. Matthias Hammerer
Univ.-Klinik für Innere Medizin II mit Kardiologie,
Salzburger Landeskliniken
A-5020 Salzburg, Müllner Hauptstraße 48
E-Mail: m.hammerer@salk.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