

Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislauserkrankungen

**Echokardiographie aktuell:
Vorhofmyxom – seltene und
eindrucksvolle Ursache der Atemnot**

Weihs W

Journal für Kardiologie - Austrian

Journal of Cardiology 2011; 18

(1-2), 44-46

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

Echokardiographie aktuell: Vorhofmyxom – seltene und eindrucksvolle Ursache der Atemnot

A9519
Softlink

W. Weihs

Aus dem Echolabor des LKH Graz West

■ Anamnese

Ein 54-jähriger Patient wird zur Abklärung einer Atemnot an die Kardiologische Ambulanz zugewiesen. Die Atemnot besteht seit 3 Monaten und weist einen progredienten Verlauf, zuletzt einem Stadium nach NYHA III entsprechend, auf. Anamnestisch sind abgesehen von einer Hypercholesterinämie keine Vorerkrankungen zu erheben. Die medikamentöse Therapie besteht aus 40 mg Simvastatin/die.

Klinisch ist der Allgemeinzustand gut, die Herzaktion ist auskultatorisch rhythmisch und normokard (HF 65/min), die Lunge ist frei, keine feuchten RGs, keine peripheren Ödeme. Unauffälliger grobneurologischer Status.

Im EKG finden sich Sinusrhythmus mit einer Frequenz von 65/min, ein Indifferenztyp sowie ein kompletter Rechtsschen-

kelblock. Im Thoraxröntgen werden ein normal großes Herz, keine Stauungszeichen, keine rezenten Infiltrate sowie eine minimale Aortensklerose beschrieben. Sämtliche Parameter im Routinelabor liegen im Normbereich. Der Lipidstatus ist unter der bestehenden Medikation im therapeutischen Bereich (Gesamtcholesterin 166 mg/dl, LDL-Chol 108 mg/dl, HDL-Chol 41 mg/dl, Triglyzeride 85 mg/dl).

■ Echokardiographie

Die echokardiographische Standarduntersuchung beginnt mit den parasternalen Schnitten (Abb. 1). Sowohl im Längs- als auch im Querschnitt stellt sich eine große Raumforderung im linken Vorhof dar. Es wird dabei der Großteil des linksatrialen Lumens ausgefüllt. Die Raumforderung haftet am interatrialen Septum und prolapiert während der Diastole in die Mitralklappenebene. Sowohl die Mitralklappen- als auch die Aorten-

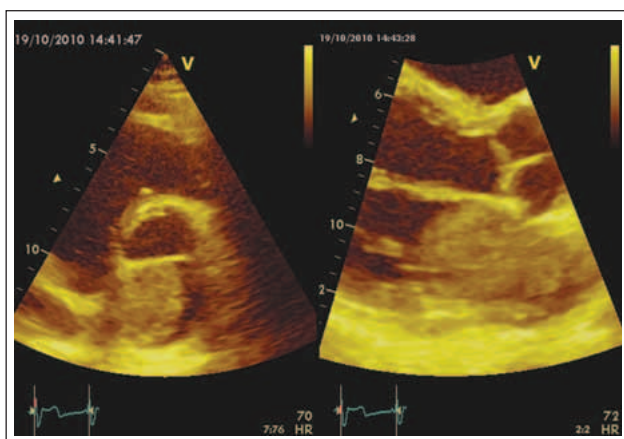


Abbildung 1: Parasternaler Querschnitt (links) und Längsschnitt (rechts). Große, den Großteil des linken Atriums einnehmende Raumforderung.

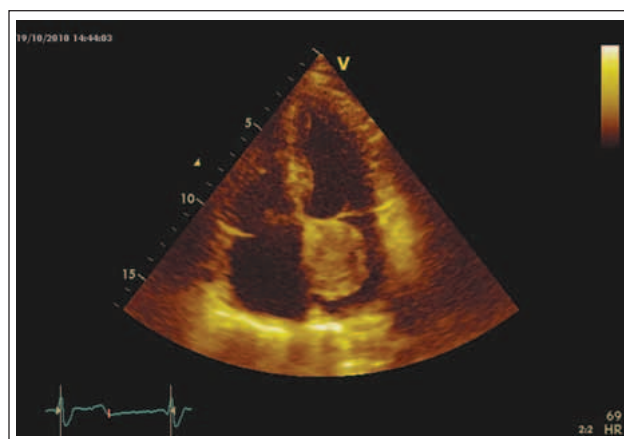


Abbildung 2: Apikaler Vierkammerblick. Darstellung einer großen Raumforderung im linken Atrium, welche dem interatrialen Septum anhaftet und während der Diastole in Richtung des linken Ventrikels prolapiert.

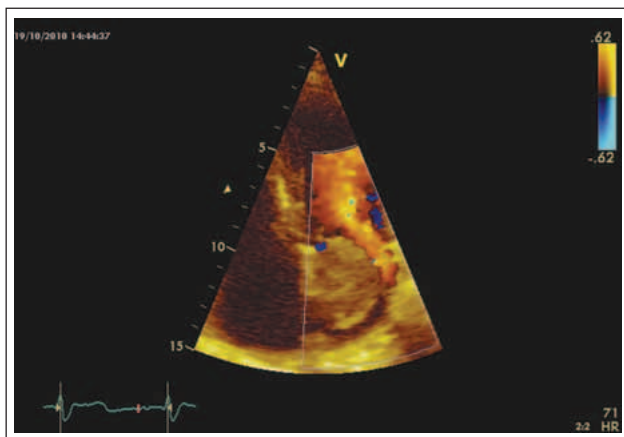


Abbildung 3: Apikaler Vierkammerblick mit Farbdoppler. Deutliche Akzeleration des diastolischen Flusses als Hinweis auf eine Obstruktion.

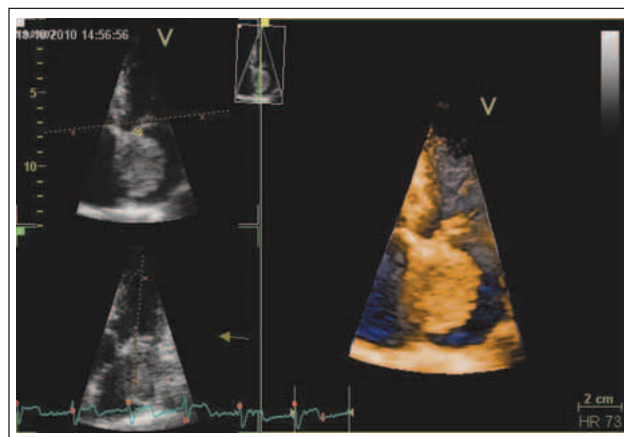


Abbildung 4: Die dreidimensionale Echokardiographie (in einer apikalen Aufzeichnung) lässt Größe, Zuordnung zu intrakardialen Strukturen sowie Oberfläche der Raumforderung beurteilen.

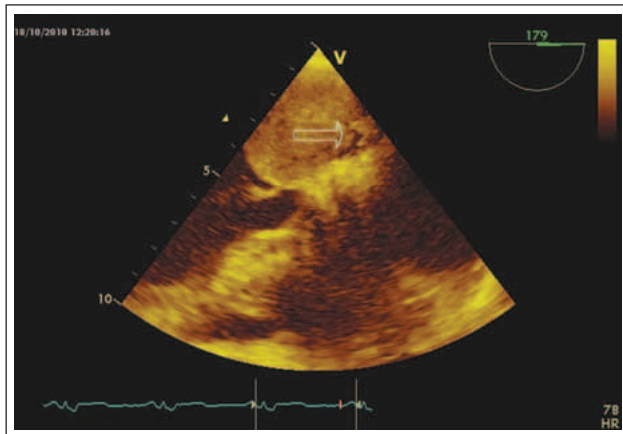


Abbildung 5: In der transösophagealen Echokardiographie zeigt sich ein gestielter Ansatz der Raumforderung am interatrialen Septum (Pfeil).

klappe sind morphologisch unauffällig. Im apikalen Vierkammerblick (Abb. 2) zeigt sich die Raumforderung besonders eindrucksvoll. Sowohl der Ansatz am interatrialen Septum als auch das Prolabieren in Richtung des linken Ventrikels in der Diastole lassen sich eindeutig nachvollziehen. Der linke Ventrikel ist normal groß, die globale Kontraktilität gut. Die Abschnitte des rechten Herzens sind unauffällig. Als Hinweis auf eine zumindest geringfügige Obstruktion stellt sich im Farbdoppler ein akzelerierter diastolischer Fluss im linken Atrium dar (Abb. 3). Die dreidimensionale Echokardiographie (Abb. 4) bietet die Vorteile, die räumliche Zuordnung der Raumforderung zu den intrakardialen Strukturen exakt darzustellen, etwaige Volumina zu berechnen und die Oberfläche zu beurteilen. Die Nachteile liegen in einer geringeren räumlichen und zeitlichen Auflösung im Vergleich zur zweidimensionalen Echokardiographie. Die transösophageale Echokardiographie bietet aufgrund der Nähe der Schallsonde zum linken Vorhof eine besonders gute Auflösung. Es kann ein kurzer Stiel der Raumforderung, welcher am interatrialen Septum ansetzt, dargestellt werden (Abb. 5).

Obwohl die exakte Diagnose der vorliegenden Raumforderung mit der Echokardiographie alleine nicht eindeutig ge-

stellt werden kann, ist das Vorliegen eines Vorhofmyxoms am wahrscheinlichsten. Die Größe, die Lokalisation im linken Vorhof und der (gestielte) Ansatz am interatrialen Septum sind typische echokardiographische Hinweise auf ein Vorhofmyxom.

■ Verlauf

Der Tumor wird in einem komplikationslosen herzchirurgischen Eingriff entfernt. Die histologische Untersuchung bestätigt die Verdachtsdiagnose eines Vorhofmyxoms. Der postoperative Verlauf gestaltet sich ebenfalls problemlos.

■ Kommentar

Das Myxom ist mit einer Inzidenz von 0,5 pro Million Einwohner pro Jahr sehr selten. Allerdings nimmt es mit 30–50 % aller Primärtumoren des Herzens eindeutig den ersten Rang ein. Neben einer familiären Häufung in Form des Carney-Komplexes, welches ca. 7 % der Myxome ausmacht und mit Hautveränderungen und hormonellen Überfunktionen einhergeht, sind die meisten Myxome spontan auftretend. Myxome finden sich zu 83 % im linken Vorhof, 12,7 % im rechten Vorhof, 1,3 % biatrial und nur sehr selten in den Ventrikeln. Mehr als 90 % der Myxome sind solitär. Charakteristisch ist der gestielte Ansatz, typischerweise am linksatrialen Septum. Die Hälfte der Myxome weist eine glatte Oberfläche auf, die andere Hälfte eine villöse, wobei letzterer Form eine größere Emboliegefahr beigemessen wird. Die Therapie der Wahl stellt die operative Entfernung an der Herzklappenmaschine dar. Aufgrund einer Rezidivrate von 3 % sind regelmäßige echokardiographische Nachuntersuchungen angezeigt.

Korrespondenzadresse:

DeptL Dr. Wolfgang Weihs

Dept. f. Kardiologie u. Intensivmedizin – LKH Graz West
A-8020 Graz

Göstingerstraße 22

E-Mail: wolfgang.weihs@lkh-grazwest.at

Die entsprechenden Filme finden Sie unter www.kup.at/A9519 oder mittels Eingabe von A9519 in ein Suchfeld auf www.kup.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