

Journal für **Kardiologie**

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislaferkrankungen

Echokardiographie aktuell:

**Überraschender Befund nach einer
betriebsärztlichen Untersuchung**

Battyanyi B

Journal für Kardiologie - Austrian

Journal of Cardiology 2019; 26

(7-8), 209-211

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,-

Veranstungskalender

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

Überraschender Befund nach einer betriebsärztlichen Untersuchung

A14461
Softlink

B. Battyányi

Aus der Kardiologie-Ambulanz des Regionalkrankenhauses Vásárosnamény, Ungarn

Vorgeschichte

Eine 33-jährige Patientin (165 cm, 60 kg Körpergewicht, BMI: 22) wurde in unser Echolabor transferiert. Zehn Tagen zuvor hatte sie eine internistische Routineuntersuchung. Bei der Auskultation fiel dem Arzt ein ungewöhnliches Herzgeräusch auf.

Familien-anamnestisch erwähnte die junge Patientin eine ischämische Herzkrankheit sowie eine chirurgische Revaskularisation nach stattgehabtem Myokardinfarkt bei der Mutter; über sie selbst hatte sie nichts Nennenswertes zu berichten. Es bestand weder eine angeborene noch eine erworbene Herzkrankheit.

2012 hatte sie eine unkomplizierte Schwangerschaft (per *vias naturales*) und ein gesundes Kind geboren.

Untersuchungen

Thoraxröntgen unauffällig, die Sonographie des Abdomens detektierte eine Zyste in der rechten Niere.

Aus den beigefügten Laborergebnissen sind mäßig erhöhte CRP- (17,1 mg/L) und BSG-Werte (34 mm/h) sowie eine leichte Leukozytose (12 G/l), deutlich erhöhte Serum-Amylase (453 U/l [Norm: <100 U/l]) hervorzuheben. Das D-Dimer war mit 0,52 mg FEU/l etwas über der oberen Normgrenze (von 0,5 mg FEU/l).

Blutdruck: 100/80 mmHg, Puls: 94 / min. Körpertemperatur 36,7 C, SO₂: 99 % gemessen am Zeigefinger. Lunge, Abdomen, Extremitäten unauffällig, links und rechts parasternal ein grobes 2–3/6 Holosystolikum sowie Protodiasistolikum und ein mesosytolischer Klick über der Herzbasis bei rhythmischen Herzaktionen.

12-Kanal-EKG: NSR, Indifferenztyp, AV-Überleitung 130 msec, QRS 80 msec., keine signifikante Repolarisationsstörung. P-Welle in II, aVF und V1 etwas „gespitzt“ (Abb. 1).

Die transthorakale Echokardiographie zeigte die Ursache des merkwürdigen Auskultationsbefundes: eine runde, mit einem „Stiel“ an der rechten Seite des

Vorhofseptums hängende Raumforderung von homogener Echostruktur und etlichen zarten, kurzen Ausläufern an deren Oberfläche. Das Objekt zeigte eine periodische Pendelbewegung vom Vorhof bis hin in die Kammer, ein mechanisches Hindernis des Blutstroms verursachend sowohl rechts (als inkomplettes Ventil) als auch links (via Deformationsstriktion des linksventrikulären Ausflusstraktes (Abb. 2–7).

Unsere Messergebnisse zeigten eine normale linksventrikuläre Wanddicke (9 mm), eine gute links- und rechtsventrikuläre Funktion (Auswurffraktion 60 %, MAPSE 15 mm, normales Relaxationsmuster, TAPSE 27 mm) der mechanischen Deformation des LVOT, eine entsprechende Akzeleration des Blutflusses (LVOT: 1,6 m/sec, Aortal 1,3 m/sec) und eine leichtgradige Trikuspidalregurgitation. Regionale Wandbewegungsstörungen waren nicht vorhanden.

Das 24-Stunden-Langzeit-EKG zeigte sporadische supraventrikuläre und ventrikuläre Extrasystolien, aber keine maligne Arrhythmie.

Nach diesen Untersuchungen wurde die Patientin in das regionale Kardiologie-Herzchirurgie-Zentrum verlegt, wo sie 4 Tage danach (entsprechend der Vorbeugung potenzieller hämodynamischer Komplikationen) erfolgreich und komplikationslos operiert wurde.

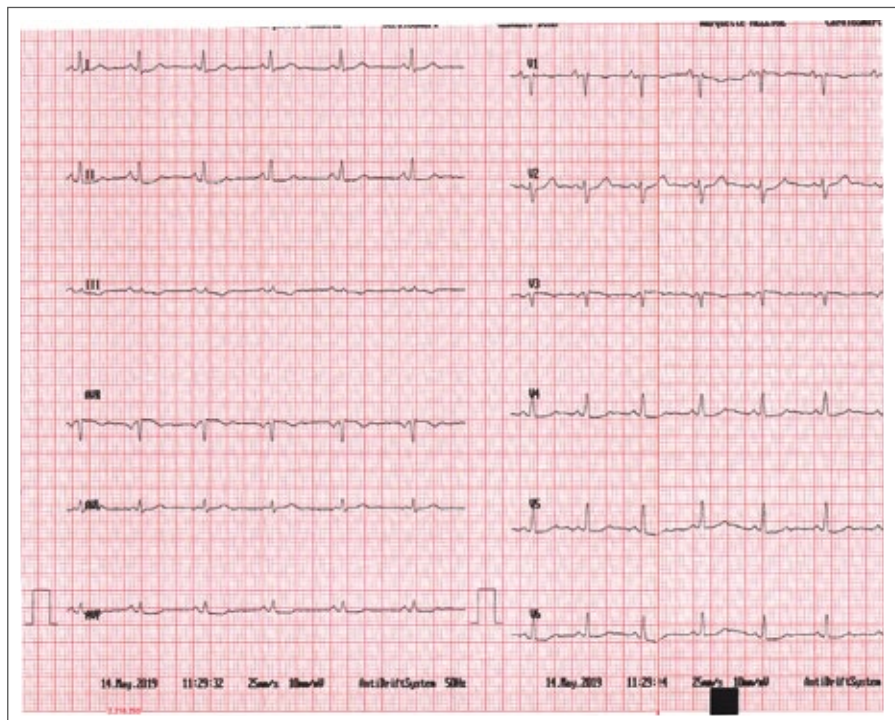


Abbildung 1: 12-Kanal-Ruhe-EKG (V3 aus technischen Gründen etwas verzerrt)

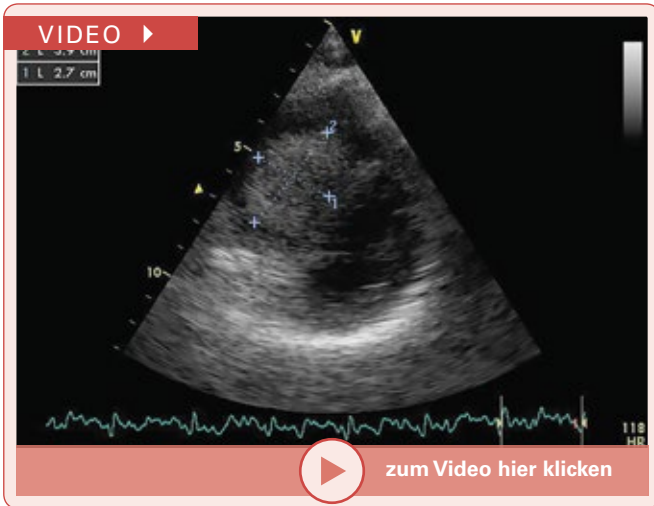


Abbildung 2: Modifizierte parasternale kurze Achse – Anlotung zeigt die in die rechte Herzkammer prolabierende Raumforderung.

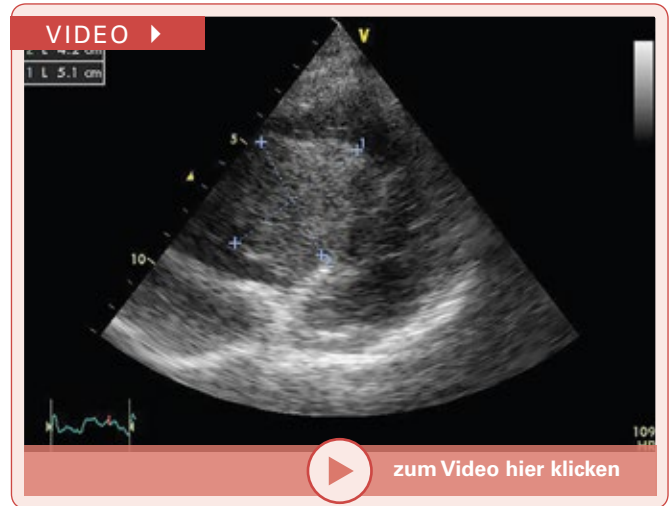


Abbildung 3: Parasternale kurze Achse, basisnahe Schnittposition

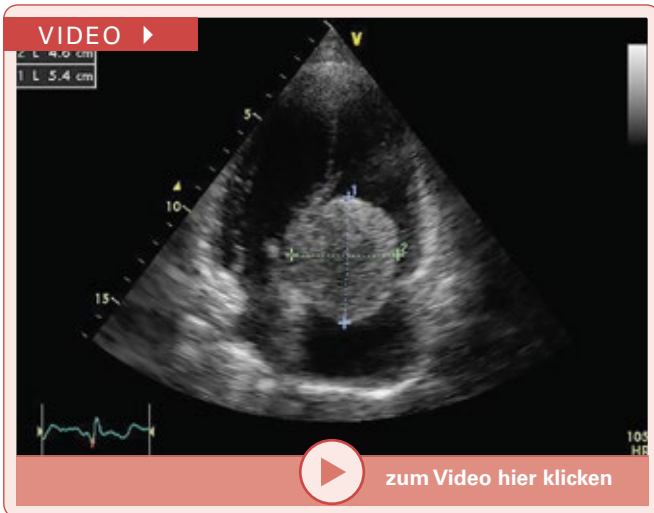


Abbildung 4: Apikaler Vierkammer-Blick mit dem fast kugelförmigen, homogen strukturierten Tumor, aufgenommen direkt vor der elektrischen Systole.

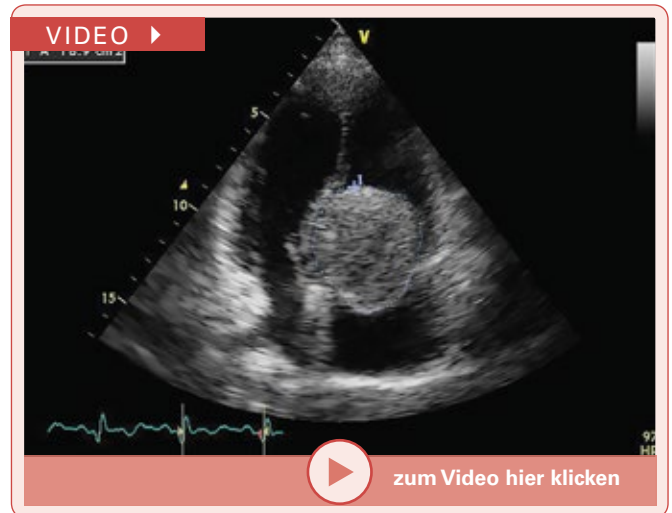


Abbildung 5: Schallkopfposition wie in Abb. 4. Auffallend ist die Kompression des linksventrikulären Ausflusstraktes.

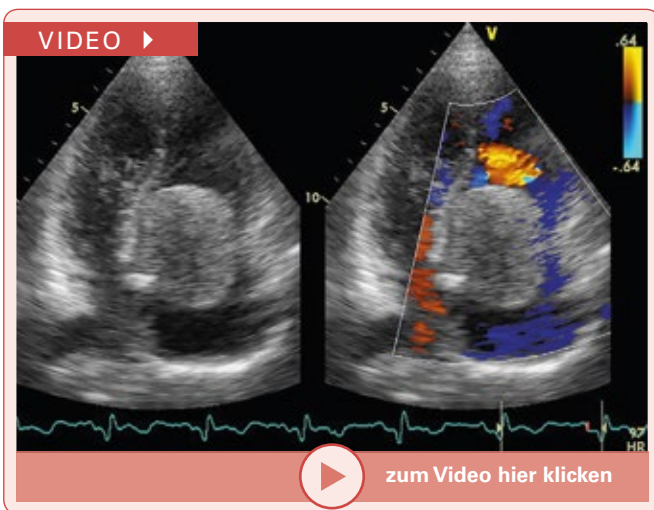


Abbildung 6: Partielle Abdichtung des Trikuspidalringes

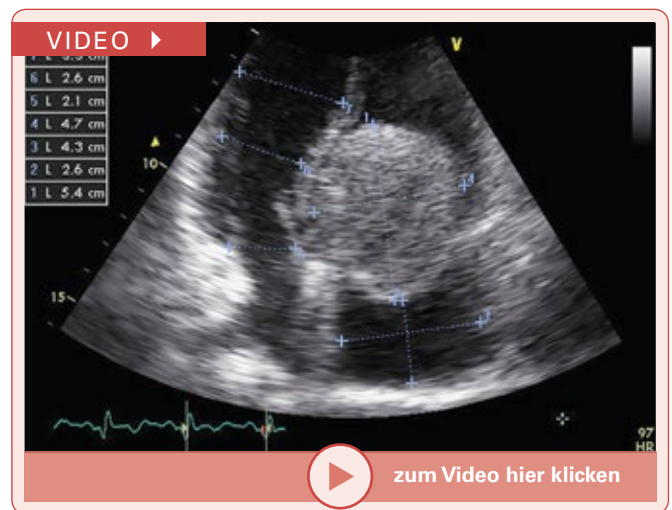


Abbildung 7: Die Dimensionen der Raumforderung und ihre Wirkung auf die umgebenden Strukturen.

Die entsprechenden Filme finden Sie unter www.kup.at/A14461 oder mittels Eingabe von A14461 in ein Suchfeld auf www.kup.at (Zum Abspielen der Filme ist die Installation des Adobe Flash Players erforderlich)

■ Zusammenfassung

Die Häufigkeit von Herztumorkrankheiten liegt bei etwa 0,02 %. Mehr als 70 % sind gutartig (überwiegend Myxome), in der malignen Gruppe dominieren Angio- und Rhabdomyosarkome (etwa 20–28 %). Herzmetastasen sind wesentlich häufiger als primäre kardiale Neubildungen.

Vorhofmyxome sind vor allem bei Erwachsenen aufzufinden, nicht selten als Zufallsbefund. Das Spektrum ihrer Symptome ist weit gestreut, von ganz unauffälligen Formen über Belastungsdyspnoe, Arrhythmien, unerklärlichen Fieberzuständen (bei infektiösen Formen), bis zu potenziell lebensgefährlichen kardiologischen (Infarkt, plötzlicher Herztod), pulmologischen und/oder neurologischen Funktionsstörungen (Embolisation) je nach Lokalisation, Größe oder Mobilität.

Das Vorhofmyxom ist wegen ausgeprägter Embolie-Gefahr eine dringende Indikation für eine chirurgische Behandlung.

Die Mehrheit der Geschwülste ist solitär: meistens im linken (75 %) oder wesentlich seltener (14–17 %) im rechten Vorhof, wie in unserem Fallbericht. Der Rest befindet sich in einer der beiden Kammern. Sporadische Kasuistiken berichten über Myxome von Herzklappen.

Zu erwähnen sind die beiden Raritäten: **a)** die extrem seltenen familiären Formen, z. B. bei Carney-Syndrom (Multiplex-Herzmyxom, Lentiginosis cutis, komplexe endokrine Funktionsstörungen), eine autosom dominante Mutation eines sog. Tumorsuppressor-Gens (cAMP dependent Proteinkinase – auf Chromosom 17 oder Genveränderungen auf Chromosom 2), sowie **b)** fetale Myxome.

Die Diagnostik beruht auf der echokardiographischen Untersuchung, selten kann die CT oder kardiale Magnetresonanz-

tomographie hilfreich sein, insbesondere bei Verdacht auf kleinere Myxome. Um möglichen Komplikationen vorzubeugen, ist eine operative Entfernung die Therapie der Wahl.

Und da Berichte über Rezidivfälle auch nach 15–20 Jahren (!) in der einschlägigen Fachliteratur reichlich vorhanden sind, ist eine engmaschige Nachbetreuung der chirurgisch erfolgreich behandelten Patienten nötig.

Laut Fachliteratur embolisieren die rechtsseitigen Myxome in etwa 10 % der Fälle in den Pulmonalarterien-Bereichen, die linksseitige Formen dagegen bis zu 65 % systemisch mit zum Teil letalen Auswirkungen.

Laborstudien berichten bei vorhandenen Herzmyxomen über hämolytische Anämie sowie erhöhte BSG und CRP, die aber leider keine spezifischen Befunde sind.

Unser Fall war ein Zufallsbefund, die junge Patientin hatte keine Herz-Kreislauf-Symptome, auch beim regelmäßigen Langlauf-Training war sie fast beschwerdefrei.

Nach radikaler Entfernung des Tumors ist die Langzeitprognose exzellent, die Rezidivrate beträgt 1–3 %. Je nach Lokalisation der Raumforderung kommt es manchmal (peri- und/oder postoperativ) zu supraventrikulären Arrhythmien oder AV-Überleitungsstörungen.

Korrespondenzadresse:

OA Dr. med. Bertalan Battyányi
Leiter der Kardiologie-Ambulanz
Regionalkrankenhaus Vásárosnamény
H-4800 Vásárosnamény, Ady E. út 5
Ungarn
E-Mail: brdb@freemail.hu

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

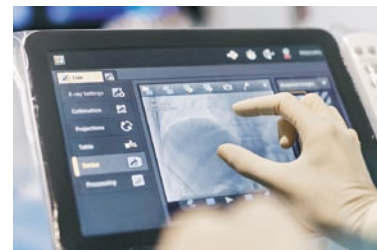
[Medizintechnik-Produkte](#)



Neues CRTD 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](#)