

Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislaferkrankungen

Echokardiographie aktuell: Seltene

Ursache einer Dyspnoe

Oswald E

Journal für Kardiologie - Austrian

Journal of Cardiology 2006; 13

(9-10), 324-326

Homepage:

www.kup.at/kardiologie

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche



Acute
Cardiovascular
Care Association
ACCA
A Registered Branch of the ESC

Member of the



EUROPEAN
SOCIETY OF
CARDIOLOGY®

ESC-Editor's Club

Offizielles Organ des
Österreichischen Herzfonds



Indexed in EMBASE/Excerpta Medica/SCOPUS

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

P.b.b. 02Z031105M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Mozartgasse 10

Preis: EUR 10,-

Datenschutz:

Ihre Daten unterliegen dem Datenschutzgesetz und werden nicht an Dritte weitergegeben. Die Daten werden vom Verlag ausschließlich für den Versand der PDF-Files des Journals für Pneumologie und eventueller weiterer Informationen das Journal betreffend genutzt.

Lieferung:

Die Lieferung umfasst die jeweils aktuelle Ausgabe des Journals für Pneumologie. Sie werden per E-Mail informiert, durch Klick auf den gesendeten Link erhalten Sie die komplette Ausgabe als PDF (Umfang ca. 5–10 MB). Außerhalb dieses Angebots ist keine Lieferung möglich.

Abbestellen:

Das Gratis-Online-Abonnement kann jederzeit per Mausklick wieder abbestellt werden. In jeder Benachrichtigung finden Sie die Information, wie das Abo abbestellt werden kann.

Das e-Journal **Journal für Pneumologie**

- ✓ steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) stets internetunabhängig zur Verfügung
- ✓ kann bei geringem Platzaufwand gespeichert werden
- ✓ ist jederzeit abrufbar
- ✓ bietet einen direkten, ortsunabhängigen Zugriff
- ✓ ist funktionsfähig auf Tablets, iPads und den meisten marktüblichen e-Book-Readern
- ✓ ist leicht im Volltext durchsuchbar
- ✓ umfasst neben Texten und Bildern auch eingebettete Videosequenzen.



Echokardiographie aktuell: Seltene Ursache einer Dyspnoe

E. Oswald

Aus dem Echokardiographielabor der Internen Abteilung des Landeskrankenhauses Krems an der Donau

■ Fallbericht

Der Patient klagt seit 6–8 Wochen über Dyspnoe, verbunden mit retrosternalem Schmerz bzw. Beklemmungsgefühl. Bis vor kurzem sei er gut leistungsfähig gewesen, nur könne er die Stufen an seinem Arbeitsplatz nicht mehr in einem Zuge durchgehen. Die übrige Anamnese ist unauffällig. Zu diesem Zeitpunkt ist der Patient 51 Jahre alt und in gutem Allgemein- und Ernährungszustand.

Aus organisatorischen Gründen (ambulante Abklärung) wird initial (untypischerweise) eine Ergometrie mit der Frage Koronare Herzkrankheit (KHK) durchgeführt (Abb. 1).

Hier findet sich, für den normal sportlichen Patienten ungewöhnlich, eine Leistungsfähigkeit von nur 68 %. Der Abbruch erfolgte wegen deutlicher Dyspnoe und retrosternalem bzw. rechts-thorakalem Brennen. In der Erholungsphase sistieren die Beschwerden. Im EKG finden sich leichte Zeichen für eine Koronarinsuffizienz mit ST-Senkungen in II, III, aVF und V₄–V₆.

Zur weiteren Abklärung wird kurz darauf die Echokardiographie durchgeführt. Überraschenderweise fand sich folgendes Bild (Film 1):

Im rechten Vorhof findet sich ein 6 × 4 cm großer Tumor, deutlich mobil, in die Trikuspidalebene hineinprolabierend, es fanden sich auch geringe Zeichen einer ventrikulären Interaktion, das restliche Echo ist unauffällig. Am Farbdoppler sichtbar ist der deutlich eingeschränkte Blutfluß (Film 2).

Film 3: Hochmobiler Tumor, es ist ein angedeuteter Stiel erkennbar.

Weitere Befunde: Koronarangiographie unauffällig.

Im Labor fanden sich mäßige Cholestaseparameter, bedingt durch die Einflußstauung.

Im weiteren stationären Verlauf kam es zu einer akuten Attacke von Dyspnoe, es entwickelte sich sogar ein inzipienter Kreislaufschock. In der Kontroll-Echokardiographie fand sich der Tumor deutlich mobiler und größer (7 × 6 cm), sodaß wir den Patienten akut in das Landeskrankenhaus St. Pölten zur Akutoperation transferiert haben. Die Operation wurde sofort durchgeführt und verlief gut, histologisch fand sich ein Myxom. Postoperativ kam es noch zu kleinen Komplikationen, die aber keinen prolongierten Aufenthalt verursachten.

Der Patient steht laufend in unserer Ambulanz in Kontrolle und es findet sich kein Hinweis für ein Rezidiv.

■ Diskussion und Theorie

Myxom (Abb. 2, 3)

Das Myxom, ein gutartiger Herztumor, macht ca. 40 % aller primären Herztumoren aus. Frauen sind etwas häufiger betroffen als Männer (1:1 bis 1:3). Das Auftreten ist im mittleren Alter, Kinder sind selten betroffen. Die Symptome variieren je nach Lokalisation und Größe: Dyspnoe, Thoraxschmerzen,

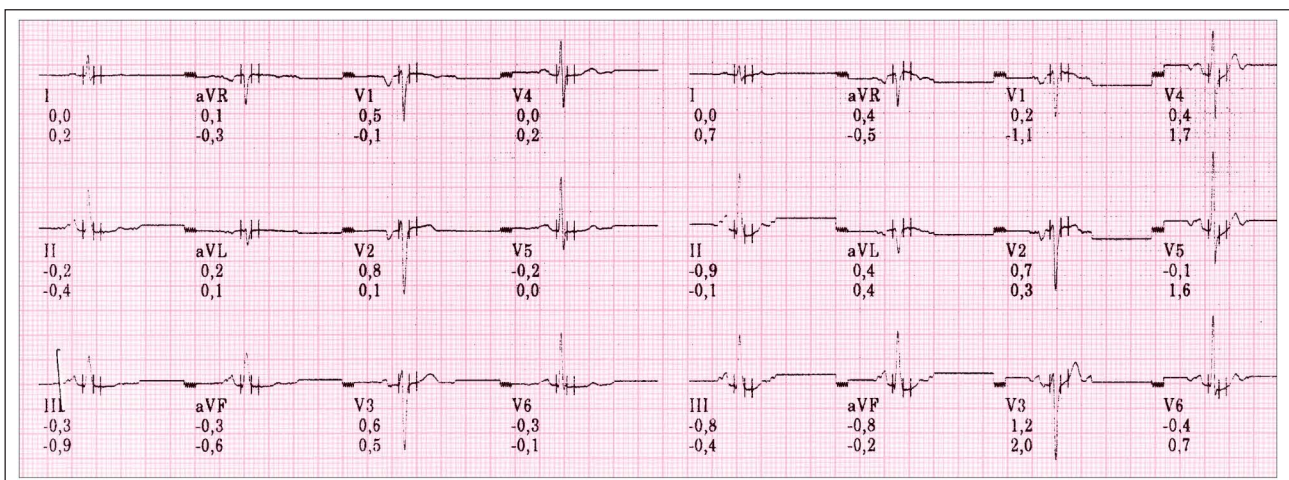


Abbildung 1: Ergometrie (siehe Original: Ruhephase – maximale Belastung)

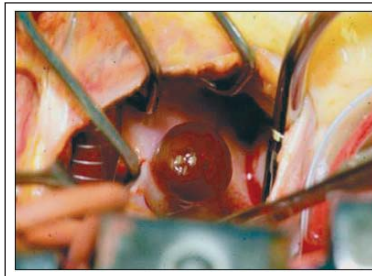


Abbildung 2:
Operationssitus (anderer Patient)



Abbildung 3:
Entfernter Tumor (anderer Patient)

aber auch allgemeine Symptome wie Gewichtsverlust, Fieber, Anämie, Leukozytose, erhöhte Blutsenkungsgeschwindigkeit oder Insult. Positive Entzündungsparameter können auch beim Myxom auftreten.

Die häufigste Lokalisation ist im linken Vorhof (75 %), seltener im rechten Vorhof oder in den Ventrikeln. Es findet sich oft ein Stiel mit hoher Mobilität.

Die Echogenität ist heterogen, weiche, zystische, aber auch verkalkte Areale können vorkommen. Die Klappen selbst sind meist unauffällig und extrem selten selbst betroffen.

Myxome wachsen häufig und sind wegen der hohen Komplikationsrate, bedingt durch Embolien, eine absolute Operationsindikation (operative Mortalität 0–3 %).

Die wichtigste Differentialdiagnose im linken Vorhof ist der Thrombus, welcher gewöhnlich nicht septal lokalisiert ist, sondern an der freien Wand, lateral oder im Herzohr. Im rechten Vorhof ist differentialdiagnostisch an ein Sarkom zu denken, welches 50 % der Vorhofraumforderungen rechts ausmacht.

Komplikationen

Obstruktion (v. a. von gestielten oder beweglichen Tumoren) einer Herzklappe und Sekundenhertztod, multiple Embolien, wobei peripher der Myxombolus auch weiter wachsen kann.

Häufig sind embolische Ereignisse – einerseits in die Pulmonalisstrombahn, andererseits kommen bei rechtsseitigen Myxomen paradoxe Embolien durch den erhöhten rechtsatrialen Druck häufig vor.

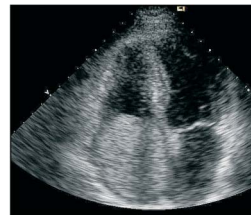
Nach operativer Entfernung kommt es in ca. 2 % der Fälle zu einem Rezidiv:

- an der Resektionsstelle durch unvollständige Resektion
- an anderer Stelle durch Zellverschleppung perioperativ
- hereditär (Carney-Komplex)

Zur Diagnostik eignen sich die 2D-Echokardiographie und die transösophageale Echokardiographie (speziell zur Lokalisation der Anhaftungsstelle).

Korrespondenzadresse:

OA Dr. Ernst Oswald
Abteilung für Innere Medizin
NÖ Landeskrankenhaus Krems an der Donau
A-3500 Krems, Mitterweg 10
E-Mail: interne.herzecho@kreams.lknoe.at



Film 1:
Apikaler Vierkammerblick



Film 3:
Subkostaler Schnitt



Film 2:
Apikaler Vierkammerblick mit Farbdoppler

Die entsprechenden Filme finden Sie unter www.kup.at/A5917 oder mittels Eingabe von A5917 in ein Suchfeld auf www.kup.at.

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](#)