



24 h Notfallnummer
0345 557 5080

#5

NEWSLETTER

UNIVERSITÄTSKLINIK UND POLIKLINIK FÜR HERZCHIRURGIE

Interessante Fälle in der Herzchirurgie



Kontakt Herzchirurgie

Klinikdirektor

Prof. Dr. med. Gábor Szabó
(erreichbar über Chefsekretariat)

Chefsekretariat

Sandra Butterling
Tel.: 0345 557 2719
Fax: 0345 557 2782
E-Mail: herzchirurgie@uk-halle.de

Befundabforderung

Grit Panovic/Julia Engel
Tel.: 0345 557 2299 / 2197
Fax: 0345 557 2835

24-h-Hausdienst (Assistenten)

Tel.: 0345 557 2927

Arzt Intensivstation (HCH 1)

Tel.: 0345 557 7121

**OP-Anmeldung elektiver Fälle
über Belegungsmanagement**
von 06:30 Uhr bis 14:00 Uhr

Silke Leppin
Tel.: 0345 557 5535
Fax: 0345 557 2903
E-Mail: silke.leppin@uk-halle.de

**Notfälle (Anmeldung jederzeit/24 h)
über Diensthabenden OA der ITS**

Tel.: 0345 557 5080

Aneurysma des linken Ventrikels

Ein Linksventrikuläres Aneurysma (LVA) ist eine Ausbuchtung der Herzwand. Die häufigste Ursache eines LVA ist die Myokardischämie im Rahmen eines Herzinfarktes. Zu den anderen, eher selteneren Ursachen gehören: die Chagas-Krankheit, Sarkoidose, Amyloidose, Takotsubo-Kardiomyopathie.

Trotz nahezu gleicher Häufigkeit von Vorder- und Hinterwandinfarkte sind die meisten (ca. 85%) Aneurysmen apikal bzw. anteroseptal lokalisiert. Dies ist bedingt durch den anatomischen Aufbau des Myokards.

Diese Erkrankung kann zu gravierenden Komplikationen führen, dazu gehören: Reduktion der Pumpfunktion und Herzinsuffizienz, Entstehung intrakardialer Thromben, Mitralklappeninsuffizienz (MI), sowie eine Ventrikelruptur, bei der es trotz sofortiger Operation zu katastrophalen Folgen kommen kann.

Im Rahmen eines akuten Myokardinfarktes kann es zu Veränderungen der Anatomie des linken Ventrikels und der Papillarmuskeln kommen. Ein Fünftel dieser Patienten entwickelt aufgrund dessen eine MI.

Diese Veränderungen gehen in den meisten Fällen mit einer deutlich eingeschränkten Lebensqualität einher. In unserem Hause behandeln wir die betroffenen Patienten mit der gut etablierten Ventrikelrekonstruktion nach Dor. Dies gilt auch für die selteneren Fälle eines Hinterwandaneurysmas (LVA-HW).

Entsprechend der Studienlage wird der Erfolg der Prozedur anhand der Reduktion des ventrikulären Volumens gemessen. Ein reduziertes Ventrikelvolumen geht dabei mit einer verbesserten Herzleistung und dementsprechend verbesserten Lebensqualität einher. Für den Bereich der Mitralklappenerkrankungen bieten wir ebenfalls ein umfangreiches Therapiespektrum an. Dieses reicht von MitraClips über Rekonstruktionen bis hin zum biologischen oder mechanischen Klappenersatz.

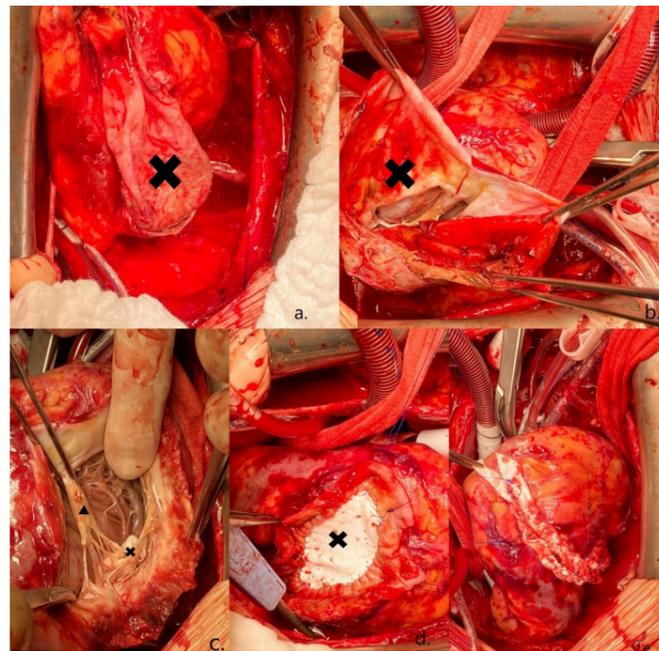


Bild 1 - Hinterwandaneurysma

Patient A

Ein 76-jähriger Patient mit deutlich reduziertem Allgemeinzustand wurde uns durch die Kardiologie unseres Hauses vorgestellt. In der Vorgeschichte ist ein Herzinfarkt mit PCI der RCA vor 16 Jahren beschrieben. Zudem wurde vor fünf Jahren eine hochgradige MI mit einem MitraClip behandelt. Zu diesem Zeitpunkt war das LVA-HW mit 4 x 2 cm eher klein, sodass auf eine operative Therapie verzichtet wurde.

Bei der erneuten Aufnahme im Mai 2020 zeigte sich ein Rezidiv der MI sowie eine Größenprogredienz (8 x 6 cm) des LVA-HW mit Rupturgefahr. Wir führten die Operation erfolgreich durch (EF: 20% vs. 40%; EDV 273 ml vs. 170 ml; ESV 252 ml vs. 102 ml). Der Patient konnte anschließend in gebessertem Allgemeinzustand in eine Rehabilitationseinrichtung entlassen werden.

Patient B

Bei einem 70-jährigen Patienten, der sich mit einer Parese des linken Armes und Vertigo vorgestellt hatte, wurden multiple fokale Insulte nachgewiesen. Zudem wurde ein akuter Myokardinfarkt der Hinterwand festgestellt, sodass eine notfallmäßige PCI der RCA mit Stentimplantation durchgeführt wurde. Der echokardiographische Befund eines LVA-HW mit thrombotischem Material wurde mittels MRT bestätigt.

Zwei Wochen nach dem Apoplex konnte die DOR-Prozedur erfolgreich durchgeführt werden, hier wurde zusätzlich ein LIMA-RD Bypass bei nicht anschließbarem RIVA angelegt. Postoperativ zeigte sich eine deutliche Besserung des Befundes (EF: 20% vs. 37%), sodass der Patient in deutlich verbessertem Allgemeinzustand in die Häuslichkeit entlassen werden konnte.

Aortenklappenendokarditis und rezidivierende Pulmonalklappenstenose

Wir besprechen den seltenen Fall eines erwachsenen Patienten mit verschiedenen Pathologien der Aorten- und Pulmonalklappe, der operiert werden musste. Der Patient hatte eine Vorgeschichte mit angeborener PV-Stenose und chirurgischer Klappenplastik. Fast 50 Jahre später unterzog sich der Patient aufgrund einer

infektiösen Endokarditis der Aortenklappe und einer hochgradigen Restenose der Pulmonalklappe einer komplexen zweiten Herzoperation. Es folgte der Ersatz der Aorten- und Pulmonalklappe sowie die Rekonstruktion des RVOT und der Verschluss eines persistierenden Foramen ovale. Der postoperative Verlauf verlief ereignislos und der Patient wurde eine Woche nach der Operation nach Hause entlassen.

Eine gleichzeitige Operation von Pulmonal- und Aortenklappe aufgrund unterschiedlicher Pathologien ist selten, kann aber auch im fortgeschrittenen Alter erfolgreich durchgeführt werden und die Lebensqualität verbessern.

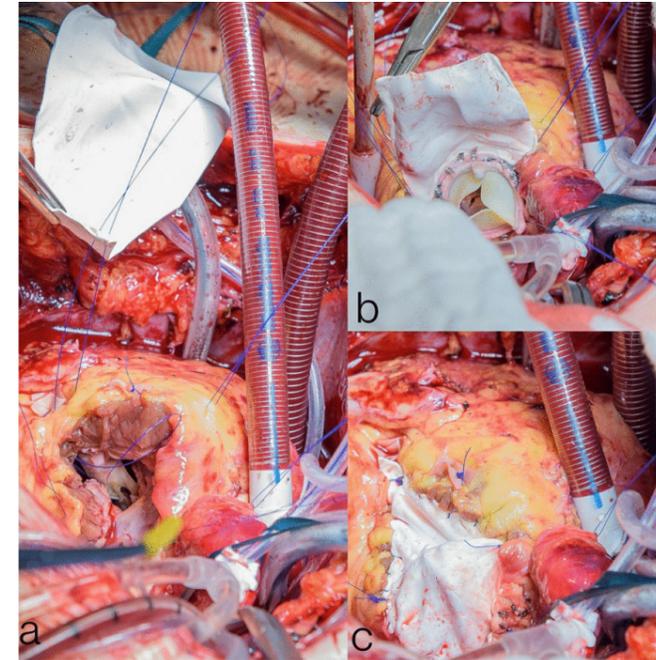


Bild 2 - Aortenklappenendokarditis und Pulmonalklappenrestenose



Bild 3 - Präparat für Histologie

Angiosarkom der Lungenarterie, diagnostiziert als Lungenarterienembolie

Angiosarkome sind die häufigsten bösartigen Tumoren des Herzens und der großen Gefäße. Spät einsetzende und unspezifische Symptome sind Gründe dafür, dass die Diagnose relativ spät gestellt wird, zu einem Zeitpunkt, zu dem die meisten Tumoren bereits Metastasen gebildet haben. Wir berichten über einen seltenen Fall

eines Angiosarkoms, das sich als Lungenarterienembolie manifestierte.

Ein 66-jähriger Patient wurde zunächst mit einem STE-MI ins Krankenhaus eingeliefert. Tage später folgte eine erfolgreiche Reanimation aufgrund von Kammerflimmern. Als Ursache wurde eine Lungenarterienembolie diagnostiziert und der Patient nach einer Lysetherapie entlassen.

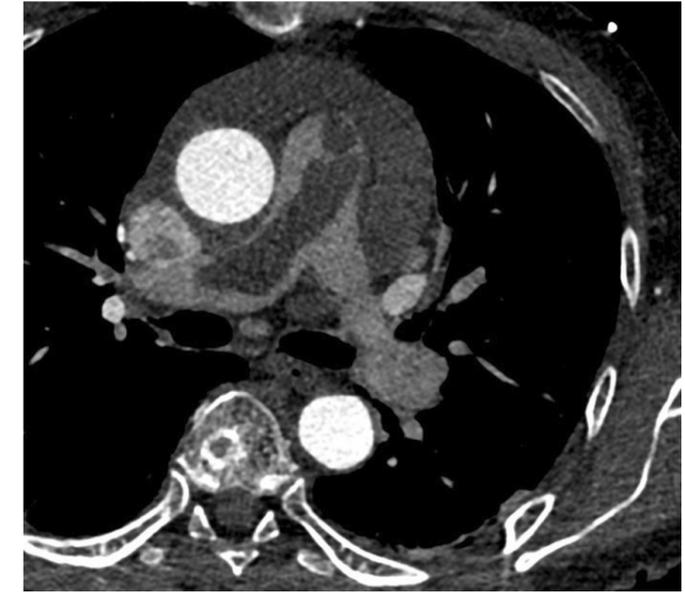


Bild 4 - Angio-CT der Pulmonalarterie

Einige Wochen später erlitt der Patient eine Episode absoluter Arrhythmie. TTE und CT-Scan zeigten eine Embolie der Lungenarterie und einen Perikarderguss mit Kompression auf den rechten Ventrikel. Intraoperative Befunde zeigten einen infiltrierenden Tumor der Pulmonalarterie, der Pulmonalklappe, des RVOT, des LA und des LV. Es wurde eine Resektion des Tumors aus der Pulmonalarterie, der Klappe und dem RVOT durchgeführt. Mit der Rekonstruktion des RVOT und der Pulmonalarterie wurde eine neue Pulmonalklappe implantiert. Aufgrund der LV-Infiltration war nur ein palliativer chirurgischer Ansatz möglich.

Trotz eines unkomplizierten postoperativen Verlaufs verstarb der Patient zwei Monate später zu Hause.