

Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislauserkrankungen

Heart Team Case Reports: Interdisziplinäre Therapieplanung bei Herzinsuffizienz

Nägele F, Graber M, Pölzl G

Stühlinger M, Gollmann-Tepeköylü C

Mair P, Frech A, Grimm M

Holfeld J

Journal für Kardiologie - Austrian

Journal of Cardiology 2019; 26

(5-6), 144-145

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

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

Interdisziplinäre Therapieplanung bei Herzinsuffizienz

F. Nägele, M. Graber, G. Pölzl, M. Stühlinger, C. Gollmann-Tepeköylü, P. Mair, A. Frech, M. Grimm, J. Holfeld

Aus der Universitätsklinik für Herzchirurgie, Medizinische Universität Innsbruck

Bei der stationären Aufnahme an der Universitätsklinik Innsbruck gab Herr M. an, bis vor einigen Jahren sportlich sehr aktiv gewesen zu sein. Selbst bei starken körperlichen Belastungen hatte der inzwischen 63-jährige keinerlei Beschwerden verspürt. Vor 5 Jahren entwickelte Herr M. dann eine PAVK, die ihn in seinen sportlichen Aktivitäten erheblich einschränkte. Eine damals durchgeführte femorale Bypass-OP ermöglichte ihm aber zumindest bei mäßiger körperlicher Belastung Symptombefreiheit. Leichte Wanderungen und lange Spaziergänge seien problemlos möglich gewesen.

Nun präsentierte sich Herr M. mit Ruhedyspnoe (NYHA 4), die erstmalig im Rahmen einer Pneumonie vor 2 Monaten aufgetreten war. Der Patient wurde damals bei seinem Hausarzt vorstellig, welcher ihn zur weiteren Abklärung an einen Internisten überwies. Bei der fachärztlichen Untersuchung wurden ein dilatierter linker Ventrikel und beidseitige Pleuraergüsse festgestellt, vereinbar mit einer kardialen Dekompensation. Herr M. wurde zur kardialen Rekompensation an das nächstgelegene Bezirkskrankenhaus überwiesen. Während des stationären Aufenthalts traten mehrfach Breitkomplex-tachykardien auf. Im weiteren Verlauf bestätigte sich der dringende Verdacht einer schwerwiegenden Herzinsuffizienz unklarer Genese. Echokardiographisch zeigten sich regionale

Wandbewegungsstörungen, eine Mitralsuffizienz II–III° und eine stark eingeschränkte Linksventrikelfunktion ($EF < 20\%$). Außerdem wurden folgende kardiale Risikofaktoren erhoben: Arterielle Hypertonie, Hypercholesterinämie, Nikotinabusus, Karotisarteriosklerose, PAVK, sowie eine positive Familienanamnese.

Im Anschluss an die kardiale Rekompensation im Bezirkskrankenhaus wurde Herr M. zur invasiven Koronardiagnostik an die Universitätsklinik für Kardiologie in Innsbruck transferiert. Im Rahmen der CAG wurden eine ischämische Kardiomyopathie mit zugrundeliegender Dreigeß-KHK, eine Mitralklappeninsuffizienz III° sowie eine pulmonale Hypertonie diagnostiziert. Der Patient wurde dem Heart Team vorgestellt und die Indikation zur elektiv-operativen Revaskularisation gestellt [1]. Während des stationären Aufenthalts zur präoperativen Vorbereitung verschlechterte sich der Zustand des Patienten zunehmend (Abb. 1).

Die linksventrikuläre Funktion war auf $EF < 10\%$ gesunken. Darüber hinaus traten plötzlich ein Taubheitsgefühl und Schmerzen in den Beinen auf. Im gefäßchirurgischen Konsil wurde ein akuter Verschluss des iliako-femoralen Bypasses festgestellt. Zu diesem Zeitpunkt konnte der Patient nur noch eine Gehstrecke von 100 Metern selbstständig bewältigen (Abb. 2).

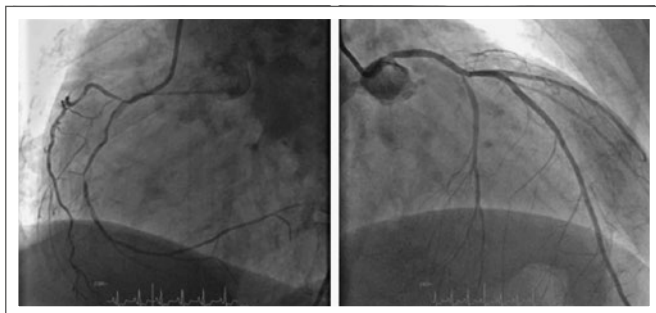


Abbildung 1: Dreigeß-KHK in der CAG als Ursache der ischämischen Kardiomyopathie.

Im Rahmen der präoperativen Untersuchungen konnte somit keine Freigabe zur Operation erteilt werden. Erneut erfolgte eine interdisziplinäre Rücksprache zwischen Herzchirurgie, Kardiologie, Anästhesie und Gefäßchirurgie. Die progrediente Herzinsuffizienz des Patienten bedingte eine Sinusbradykardie sowie eine Hypotonie, wodurch eine Eskalation der neurohormalen Therapie limitiert war.

Folgendes Procedere wurde im Heart Team beschlossen:

- 1.) Implantation eines ICD-CRT-Systems (vorerst nur mit DDD-R-Funktion) als Vorbereitung zur medikamentösen Herzinsuffizienztherapie,

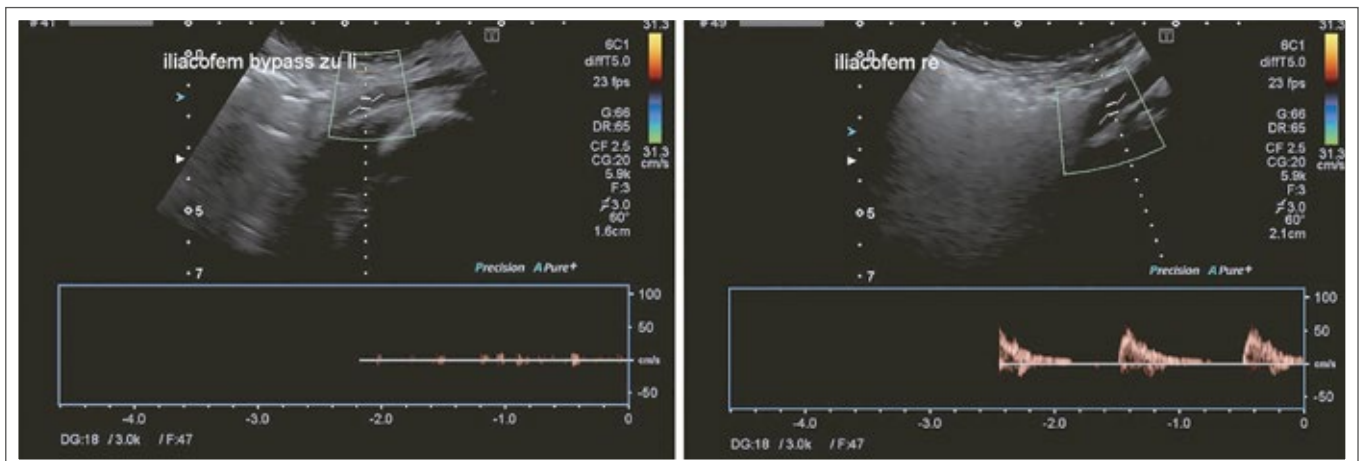


Abbildung 2: Verschluss des ilio-femoralen Bypasses.

- 2.) Optimierung der neurohumoralen Therapie in der Herzinsuffizienzambulanz,
- 3.) Herz-OP: Bypass, Mitralklappenersatz und Anlage einer linksventrikulären epikardialen Sonde für das CRT-System,
- 4.) Elektive Sanierung des iliako-femorale Bypasses.

In den folgenden ambulanten Verlaufskontrollen zeigte sich nach Implantation des Schrittmachers eine deutliche Verbesserung des Allgemeinzustands. Der Patient sprach insgesamt gut auf die neurohumorale Blockade an; die Nt-pro-BNP-Werte waren stabil und die Nierenfunktionsparameter im Normbereich. Tägliches Spazierengehen und moderates Training am Heimfahrrad waren möglich, limitierend dabei war in erster Linie die rekurrente PAVK, nicht mehr die kardiale Situation.

Drei Monate nach der Schrittmacher-Implantation erfolgte die stationäre Aufnahme zur echokardiographischen Re-Evaluierung und präoperativen Konditionierung mittels Levosimendan. In der TTE zeigte sich eine signifikant verbesserte linksventrikuläre Funktion (EF = 25 %), die Bypassoperation konnte auf die darauffolgende Woche angesetzt werden.

Der Patient konnte komplikationslos mit 4 aorto-koronaren Bypässen sowie einem biologischen Mitralklappenersatz versorgt werden. Gleichzeitig wurde das DDD-R-Schrittmachersystem auf ein CRT-D-System durch Anlage epikardialer Schrittmacherelektroden am linken Ventrikel und am rechten Atrium aufgerüstet. Am 10. post-operativen Tag konnte Herr M. in gutem Allgemeinzustand an das Heimatkrankenhaus transferiert werden.

Im weiteren Verlauf wurden engmaschige Kontrollen sowohl an der kardiologischen als auch an der herzchirurgischen Herzinsuffizienzambulanz durchgeführt. Einen Monat nach dem herzchirurgischen Eingriff erfolgte die gefäßchirurgische Vorstellung zur Sanierung des okkludierten iliako-femorale

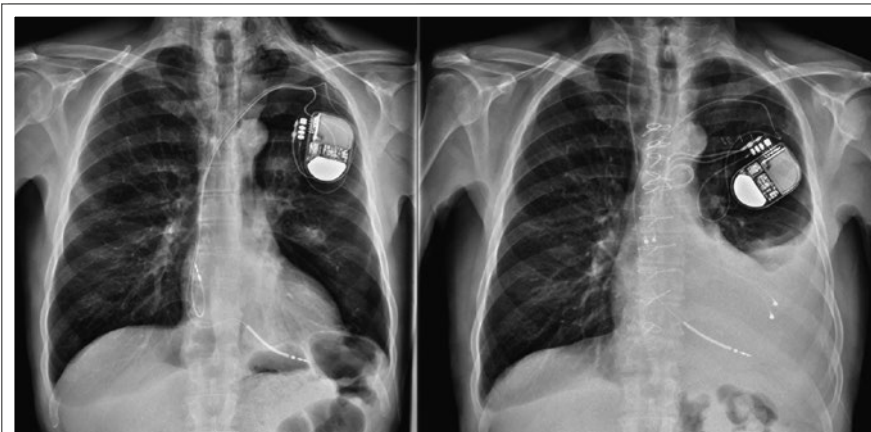


Abbildung 3: Thoraxröntgen nach Umbau des DDD-R-Systems auf ein CRT-D-System im Rahmen der Bypassoperation.

Bypasses. Intraoperativ wurden linksseitig ein Interponat von der A. iliaca externa zur A. profunda femoris angelegt sowie die verschlossenen Beckenstents erfolgreich rekanalisiert.

In der durchgeführten echokardiographischen Kontrolle nach einem Jahr präsentiert sich der Patient mit einer Linksventrikelfunktion von EF > 35 %. Herr M. gibt eine zunehmend bessere Leistungsfähigkeit an. Bergaufgehen, Langlaufen oder Radfahren stellen keine Probleme mehr dar. Subjektiv empfindet der Patient absolute Beschwerdefreiheit (NYHA I).

Der vorliegende Fall unterstreicht die Bedeutung der engen interdisziplinären Arbeit im Heart Team. Eine fachübergreifende Koordinierung des therapeutischen Procederes ist bei der Versorgung komplexer Patienten unumgänglich (Abb. 3).

Literatur:

1. Neumann FJ, Sousa-Uva M, Ahlsson A, Alfonso F, Banning AP, et al. 2018 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization. *EuroIntervention* 2019; 14: 1435–534.

Korrespondenzadresse:

PD Dr. Johannes Holfeld
Universitätsklinik für Herzchirurgie
Medizinische Universität Innsbruck
A-6020 Innsbruck, Anichstraße 35
E-Mail: johannes.holfeld@i-med.ac.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