

Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislaufferkrankungen

Editorial: Moderne

**Mitralklappenchirurgie: eine
Herausforderung für Kardiologie und
Herzchirurgie**

Punzengruber C, Ng CK

Journal für Kardiologie - Austrian

Journal of Cardiology 2000; 7 (3)

105

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

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 Kardiologie und eventueller weiterer Informationen das Journal betreffend genutzt.

Lieferung:

Die Lieferung umfasst die jeweils aktuelle Ausgabe des Journals für Kardiologie. 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 Kardiologie

- ✓ 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 ggf. auch eingebettete Videosequenzen.

Editorial: Moderne Mitralklappenchirurgie: eine Herausforderung für Kardiologie und Herzchirurgie

C. Punzengruber, C. K. Ng

Das Management von Patienten mit schwerer chronischer Mitralsuffizienz hat sich in den letzten Jahren gewandelt. Eine Implantation einer Mitralklappenprothese wurde früher in der Regel nur bei Patienten mit deutlicher klinischer Symptomatik (NYHA-Stadium III–IV) vorgenommen. Langzeitbeobachtungen dieser Patienten zeigen jedoch eine hohe postoperative Morbidität und eine schlechte Langzeitprognose durch den späten operativen Eingriff [1, 2]. In dieser Ausgabe des Journals für Kardiologie stellt R. Fasel die neuen Entwicklungen der Mitralklappenchirurgie dar. Bei etwa zwei Drittel aller Patienten mit Mitralklappeninsuffizienz kann heute ein klappenerhaltender Eingriff durchgeführt werden. Im Vergleich zu einem Klappenersatz ist eine erfolgreiche Mitralklappenrekonstruktion charakterisiert durch eine geringere operative Mortalität, eine geringere postoperative Abnahme der linksventrikulären Pumpfunktion, eine Vermeidung einer Dauerantikoagulation (bei Persistenz von Sinusrhythmus) und eine verbesserte Langzeitprognose [3]. Diese Ergebnisse der modernen Klappenchirurgie müssen heute bei der Indikationsstellung zur operativen Korrektur einer schweren chronischen Mitralsuffizienz vom Kardiologen berücksichtigt werden. Bei entsprechender Erfahrung, sowohl des Kardiologen als auch des Herzchirurgen, lassen sich heute die Aussichten auf eine erfolgreiche Rekonstruktion durch eine genaue echokardiographische Analyse der Klappenanatomie und der funktionellen Pathologie präoperativ abschätzen.

Die chronische Mitralsuffizienz wird heute überwiegend durch degenerative Klappenprozesse (Prolaps, „Barlow“-Syndrom) verursacht. Eine hochgradige Insuffizienz bei dieser Mitralklappenerkrankung kann durch eine zunehmende Koaptationsstörung der prolabierenden Klappensegel, eine Mitralingdilatation und durch einen Sehnenfadenabriß hervorgerufen werden. Diese degenerativen Klappenveränderungen sind einer Mitralklappenrekonstruktion in der Regel technisch gut zugänglich. Etwa 80 % aller Patienten mit nichtischämischer Mitralsuffizienz sind dieser ätiologischen Gruppe zuzuordnen. Sobald ein Patient von seiten dieses Klappenfehlers Symptome entwickelt, sollte er nach übereinstimmender Ansicht einer operativen Korrektur zugeführt werden. Auch Patienten mit passagerer, reversibler Symptomatik (wie sie klinisch im Rahmen eines kleinen Segelausrisses beobachtet werden kann) zeigen eine schlechte Langzeitprognose und sollten daher operiert werden [4]. Aufgrund der speziellen Hämodynamik der Mitralsuffizienz (Vorlast erhöht, Nachlast erniedrigt) tolerieren viele Patienten eine schwe-

re Mitralsuffizienz erstaunlich gut und sind subjektiv völlig beschwerdefrei und gut leistungsfähig. Der optimale Zeitpunkt einer chirurgischen Intervention bei dieser Patientengruppe wird nach wie vor kontroversiell diskutiert. Proponenten einer „prophylaktischen“ Mitralklappenrekonstruktion argumentieren mit der Vorbeugung einer Herzmuskelschädigung sowie der Vorbeugung einer Vorhofüberdehnung. Ein solches Vorgehen kann jedoch nur gerechtfertigt werden, wenn die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Rekonstruktion praktisch 100 % erreicht und die operative Mortalität < 1 % beträgt. Kritiker argumentieren, daß die Empfehlung zur „prophylaktischen“ Mitralklappenrekonstruktion aus der Analyse retrospektiv erhobener Daten entstanden ist. Zur Zeit gibt es keine prospektive Verlaufsbeobachtung für asymptomatische Patienten mit schwerer Mitralsuffizienz auf Basis einer degenerativen Klappenpathologie. Daher empfehlen auch die Richtlinien der amerikanischen Fachgesellschaften zur Zeit noch ein konservatives Vorgehen bei chronischer, schwerer, nichtischämischer Mitralsuffizienz, solange der Patient asymptomatisch (funktionelles Stadium NYHA I) und die linksventrikuläre Pumpfunktion voll kompensiert ist (EF > 60 %, LV-endsystolischer Durchmesser < 45 mm). Regelmäßige klinische und echokardiographische Kontrollen alle 3 bis 6 Monate sind erforderlich [5].

Die operativen Techniken zur Korrektur des Prolaps-Syndroms sind von der individuellen Klappenpathologie abhängig. Die Erfolgsaussicht eines rekonstruktiven Eingriffes ist von der Komplexität der Pathoanatomie sowie von der Erfahrung des Chirurgen abhängig. Für eine optimale Patientenberatung ist eine enge Kooperation zwischen Kardiologen und Herzchirurgen erforderlich, vor allem wenn bei oligosymptomatischen Patienten ein rekonstruktiver Eingriff erwogen wird.

Literatur:

1. Enriquez-Sarano M, Schaff HV, Orszulak TA, et al. Congestive heart failure after surgical correction of mitral regurgitation. *Circulation* 1995; 92: 2496–503.
2. Tribouilloy CM, Enriquez-Sarano M, Schaff HV, et al. Impact of preoperative symptoms on survival after surgical correction of organic mitral regurgitation. *Circulation* 1999; 99: 400–5.
3. Enriquez-Sarano M, Schaff HV, Orszulak TA, et al. Valve repair improves the outcome of surgery for mitral regurgitation. *Circulation* 1995; 91: 1022–8.
4. Ling HL, Enriquez-Sarano M, Seward JB, et al. Clinical outcome of mitral regurgitation due the flail leaflet. *N Engl J Med* 1996; 335: 1417–23.
5. Bonow RO. ACC/AHA Guidelines for the management of patients with valvular heart disease. *J Am Coll Cardiol* 1998; 32: 1486–1588.

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](#)