



Neue Herzklappe auch minimalinvasiv

 UNIVERSITÄTSMEDIZIN
GÖTTINGEN : UMG

Extra TIP SPRECHSTUNDE

Prof. Dr. Ingo Kutschka beantwortet Fragen zum Thema Herz-OPs

Etwa 100.000 Mal am Tag schlägt unser Herz und pumpt fünf Liter Blut pro Minute durch den Körper. Kein Wunder, dass es im Alter (aber auch bei jüngeren Menschen) oft zu einer Herzschwäche kommt. Die moderne Medizin kann mit einer Vielzahl von Operationen helfen – vom Bypass bis hin zu einer neuen Herzklappe. Rund 1.000 Operationen am Herzen werden in der Klinik für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie an der Universitätsmedizin Göttingen (UMG) jedes Jahr durchgeführt. Der Direktor der Klinik, Prof. Dr. med. Ingo Kutschka, beantwortet heute die Fragen der ExtraTiP-Leser zum Thema „Wenn das Herz schwach wird – eine Operation kann helfen“.

Ich (m., 77) bin wegen starker Atemnot zum Arzt und es wurde mir gesagt, dass ich eine neue Aortenklappe brauche. Jetzt war ich zunächst im Krankenhaus und habe Medikamente verschrieben bekommen, mit denen es mir nun deutlich besser geht. Die Ärzte raten mir trotzdem zur OP. Kann ich nicht abwarten, ob die Medikamente weiter gut wirken?

Aufgrund Ihrer Schilderung gehe ich von einer Verengung der Aortenklappe (Aortenklappenstenose) aus. Zwar gibt es durchaus Möglichkeiten, eine medikamentöse Linderung der Symptome zu erzielen, dies sollte jedoch nur erwogen werden, wenn eine Operation nicht in Frage kommt.

Da mit dem Auftreten der typischen Symptome, unter anderem mit oben beschriebener Atemnot, die Überlebensrate der

Patienten nachweislich sinkt, sollte unbedingt ein möglichst frühzeitiger Klappenersatz angestrebt werden.

Was passiert bei einem minimalinvasiven Eingriff mit der alten Herzklappe? Ich habe gelesen, die kann für Komplikationen sorgen.

Das hängt von der Art des Eingriffs ab. Bei der minimalinvasiven Operation der Mitralklappe über einen seitlichen Schnitt am Brustkorb wird die alte Klappe entweder repariert oder durch eine Prothese ersetzt. Im letzteren Fall werden die Segel der Klappe komplett entfernt. Es verbleiben nur einzelne Sehnenfäden, der so genannte Halteapparat der Klappe im Herzen. Dies dient dem bestmöglichen Erhalt der linksseitigen Herzfunktion.

Beim Ersatz der Aortenklappe mittels Operation wird die gesamte Klappe ersetzt, es verbleibt nichts im Herzen. Nur bei der Aortenklappenimplantation mit Hilfe eines kathetergestützten Verfahrens („TAVI“) verbleibt die eigene verkalkte Aortenklappe an Ort und Stelle und wird durch das Metallgerüst der implantierten Prothese an die Wand der Hauptschlagader gedrückt. Hierbei kann es theoretisch zu einem Verschluss der Herzkranzgefäße kommen oder eine Schrittmacherpflichtigkeit auftreten.

Bei sorgfältiger Beachtung sämtlicher Voraussetzungen und Durchführung der Prozedur durch ein erfahrenes Team sind vom Verbleib der Klappe in der Regel keine Komplikationen zu erwarten. Selten kann jedoch im Rahmen der Prozedur eine Em-

bolisation (Ausschwemmung) verkalkter Auflagerungen zu Schlaganfällen führen.

Ich (m., 61) habe vor einigen Jahren eine mechanische Herzklappe bekommen und muss deshalb Marcumar einnehmen. Dieses Medikament ist mir bis heute unheimlich. Ich habe in der Reha mitbekommen, dass es durch Marcumar bei einem Mitpatienten zu einer Hirnblutung gekommen ist. Es gibt doch recht neue Ersatzmedikamente. Was sind deren Vor- und Nachteile? Muss man dann auch so viel kontrollieren und beachten?

Da Sie eine mechanische Herzklappenprothese besitzen, besteht nach gegenwärtigem Kenntnisstand leider nicht die Möglichkeit, ein neues orales Antikoagulum („NOAK“ genannt) als Marcumarersatz anzuwenden. Zwar sind diese Medikamente prinzipiell leichter zu handhaben, da auf eine regelmäßige Wirksamkeitsbestimmung beim Hausarzt oder in Eigenregie verzichtet werden kann. Die Sicherheit dieser Medikamente für den speziellen Fall des mechanischen Klappenersatzes konnte aber nicht nachgewiesen werden. Im Gegenteil konnte in mehreren Studien eine höhere Rate von Blutungs- und Embolieereignissen unter NOAKs im Vergleich zu Marcumar gezeigt werden.

Seit meiner Herz-OP leide ich (w., 72) oft unter Schwindel, in der Reha haben einige Mitpatienten das gleiche berichtet. Ist der Schwindel eine normale „Begleiterscheinung“? Wo-



Prof. Dr. Ingo Kutschka, Direktor der Klinik für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie der Universitätsmedizin Göttingen. Foto: privat

her kommt der und was kann man dagegen tun?

Grundsätzlich kann, insbesondere im Rahmen der Rehabilitations-Maßnahmen, für einige Zeit eine verminderte Belastbarkeit mit häufigerem Schwindel unter zunehmender Belastung vorliegen. Sollte dies jedoch anhalten, ist eventuell die medikamentöse Blutdruckeinstellung noch nicht optimal oder es bestehen noch zeitweise auftretende Herzrhythmusstörungen. Sollte auch dies nicht der Fall sein, empfiehlt sich eine kardiologische Verlaufskontrolle, insbesondere mittels Ultraschall-Untersuchung zur Beurteilung der Klappenfunktion und der Pumpfunktion des Herzens.

Bei mir wurde bereits angesprochen, dass ich eventuell einen Defibrillator implantiert bekommen sollte, da ich unter Herzrasen / Kammerflimmern leide. Vor so einer Operation habe ich große Angst, da ich bereits 80 Jahre alt bin. Ich weiß, dass es auch Geräte gibt, die man einfach am Körper trägt. Bieten die einen so viel schlechteren Schutz?

Wenn ein Defibrillator eingesetzt werden soll, weil zum Beispiel ein Herzstillstand mit erfolgreicher Wiederbelebung aufgetreten ist, dann ist auch in Ihrem Alter durchaus ein solcher Eingriff ratsam. Die Implantation eines ICD (implantierbarer Kardioverter-Defibrillator) ist ein sicheres Verfahren und kann in den allermeisten Fällen in lokaler Betäubung durchgeführt werden.

So genannte „Life Vests“ können im Zweifel genutzt werden, um

zum Beispiel eine mögliche Verbesserung der Herzfunktion bis 40 Tage nach einem Herzinfarkt unter medikamentöser Optimierung geschützt zu beobachten, sind aber keine sichere Dauerlösung.

Bei mir (m., 65) wurde eine hochgradige Verengung der Aortenklappe diagnostiziert. Nach Beratung mit meinem Kardiologen tendiere ich zu einem minimalinvasiven Kathetervorverfahren. Ist dies für mich die beste Alternative?

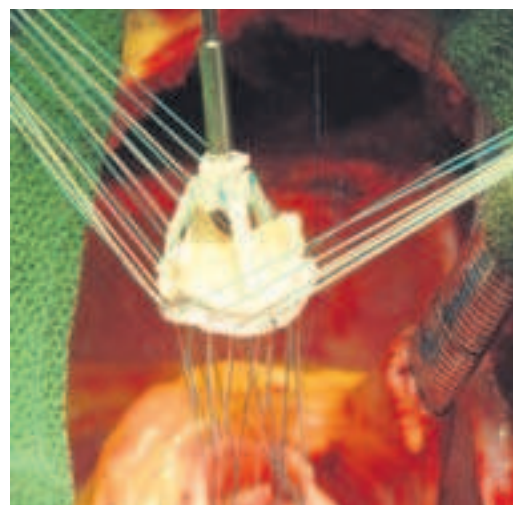
Obwohl derzeit die Altersgrenzen für kathetergestützte Verfahren des Aortenklappenersatz (TAVI) nach unten korrigiert werden, ist bis zum Alter von 75 Jahren weiterhin der konventionelle, chirurgische Klappenersatz zu empfehlen. Ein operativer Aortenklappenersatz ist eine Routineoperation mit geringer Komplikationsrate und sehr guten Langzeitergebnissen.

Im Falle schwerer Begleiterkrankungen wird jedoch auch in jüngerem Alter in einer gemeinsamen Besprechung des „Herzteams“, welches aus Kardiologen und Herzchirurgen besteht, ein TAVI-Verfahren erörtert und Ihnen gegebenenfalls empfohlen.

Bei mir (w., 55) wurde nach bereits länger bestehender Atemnot bei Belastung kürzlich eine Mitralklappen-schwäche festgestellt. Nun habe ich über die Möglichkeit einer Operation über einen kleinen Schnitt seitlich am Brustkorb gelesen. Welche Vorteile hat diese Art der Operation? Gibt es Nachteile?

Eine Reparatur beziehungsweise ein Ersatz der Mitralklappe kann sowohl über den „Standardzugang“ Sternotomie erfolgen (vorne durch das Brustbein) als auch über einen kleinen Schnitt von etwa fünf Zentimetern seitlich am rechten Brustkorb direkt in der Brustfalte erfolgen.

Beide Verfahren sind bei geeigneten anatomischen Voraussetzungen gleichwertig bezüglich des operativen Ergebnisses und des Langzeitüberlebens der Patienten. Die Voraussetzung werden im Zweifel vor der Operation durch eine Computertomographie analysiert. Die Vorteile der minimalinvasiven Prozedur sind geringere Schmerzen, eine zügigere Rehabilitation und eine deutlich kleinere, nahezu unsichtbare Narbe.



Ein Herz hat vier Klappen, die wie Ventile den Blutfluss regeln. Ist ihre Funktion gestört, kommt es zu einer gefährlichen Herzschwäche. Eine neue Herzklappe sorgt dafür, dass das Blut wieder zuverlässig durch das Herz gepumpt wird.

Fotos: privat