



**Herzlichen Dank für die Einladung**

**„Herzchirurgie: Bewährtes und Neues“  
Universitätsspital Basel 1.Nov.2012**





## **76-jähriger Patient**

### **Komplexe kardiale Vorgeschichte**

- 1. Bekannte KHK**
- 2. St.n.ACBP 1987 (52-jährig)**
- 3. St.n.Re-ACBP 1996 (61-jährig)**
- 4. Cv-RF: art.Hypertonie, Dyslipidämie, pos. FA**



## **76-jähriger Patient**

**Von 1996 seit der 2. ACBP-OP  
oligosymptomatischer Verlauf bis im  
Sommer 2011 (also 15 Jahre!)**

**Seit Sommer 2011 nach ca. 100 m leichtem  
Geradeauslaufen diffuser retrosternaler  
Druck begleitet von Dyspnoe. Beim  
Stehenbleiben relativ rasch regredient.  
Auch geringe Claudicatio-Beschwerden  
bds.**



# 76-jähriger Patient

## Medikamente

**ASS 100 mg 1-0-0**

**Diltiazem 90 mg ret. 1-0-1**

**Cedur ret. 400 mg 0-0-1**



# 76-jähriger Patient

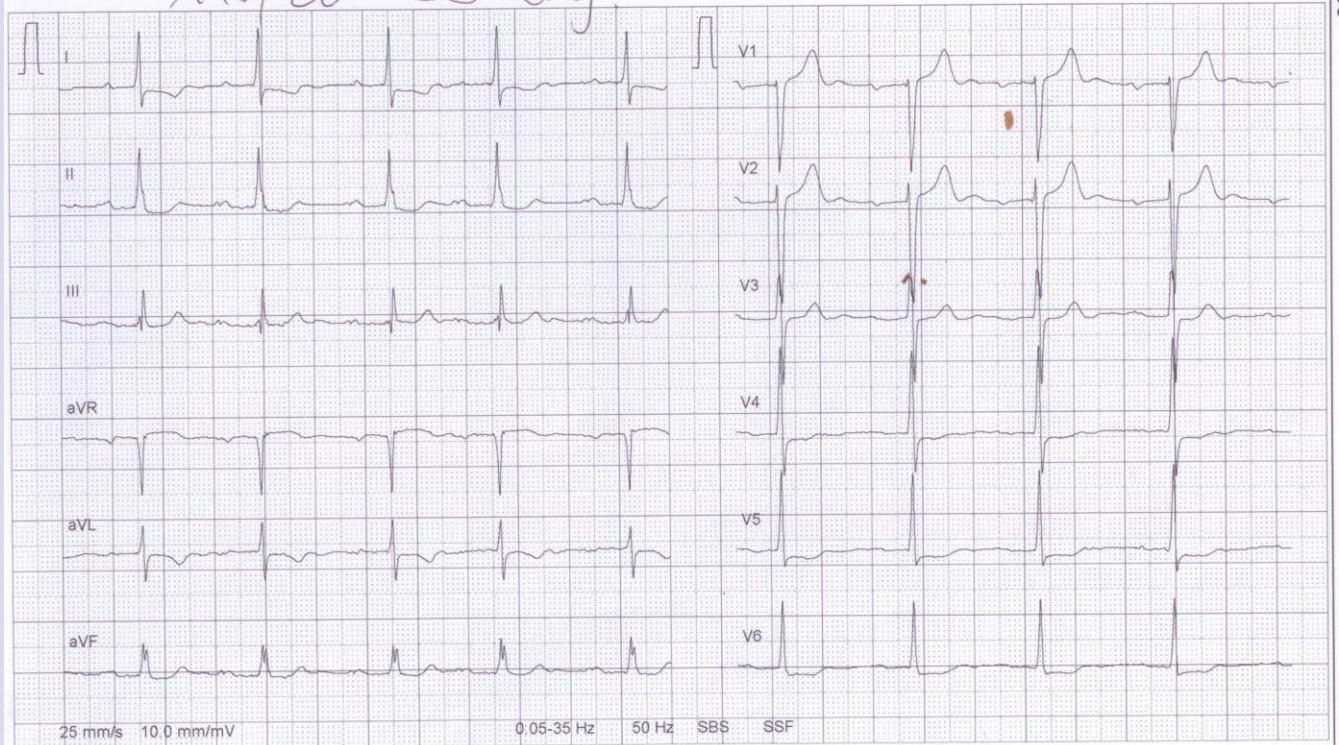
## Ruhe-EKG

Geb:	15.10.1935	HF	61 /min	Intervalle	Interpretation
Alter:	76 Jahre	Achsen		RR	978 ms
Geschl:	M	P	-19°	P	94 ms
Größe:	172.0 cm	QRS	45°	PQ	266 ms
Gewicht:	76.0 kg	T	152°	QRS	98 ms
BD:	- / - mmHg			QT	410 ms
				QTc	415 ms

Med:  
Bem:

145/80 BD lieg

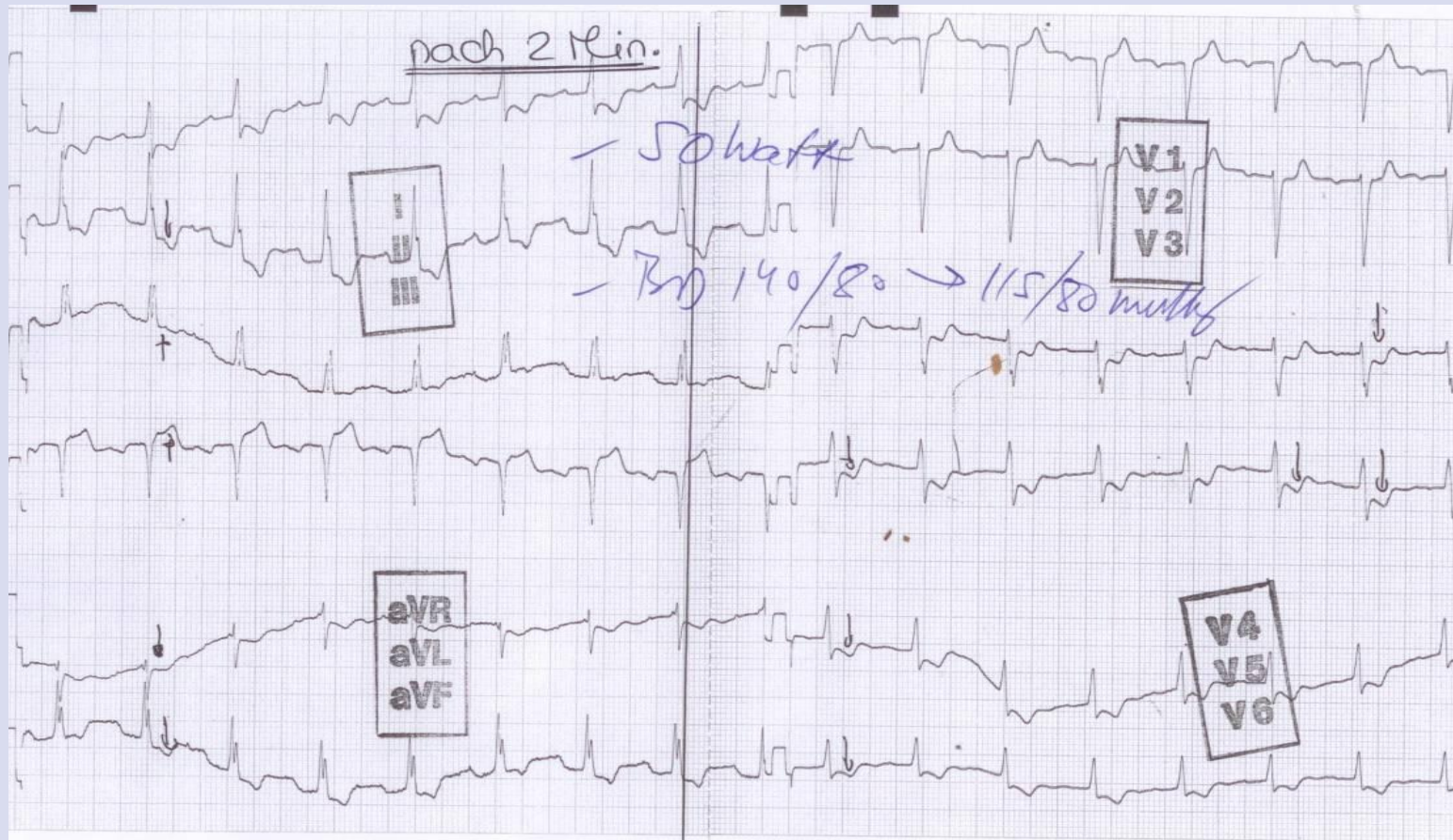
Validiert von





# 76-jähriger Patient

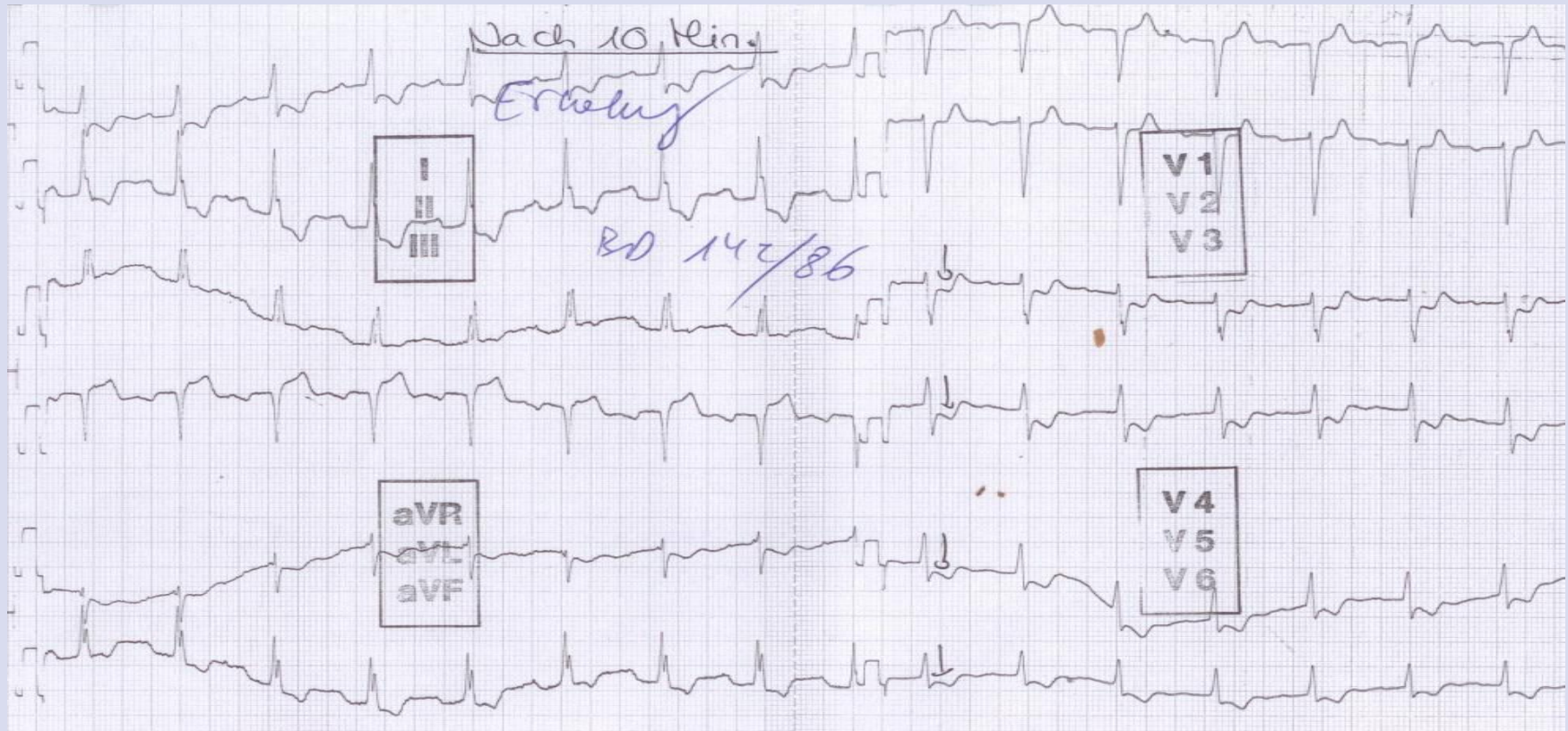
## Ergometrie durch den Hausarzt



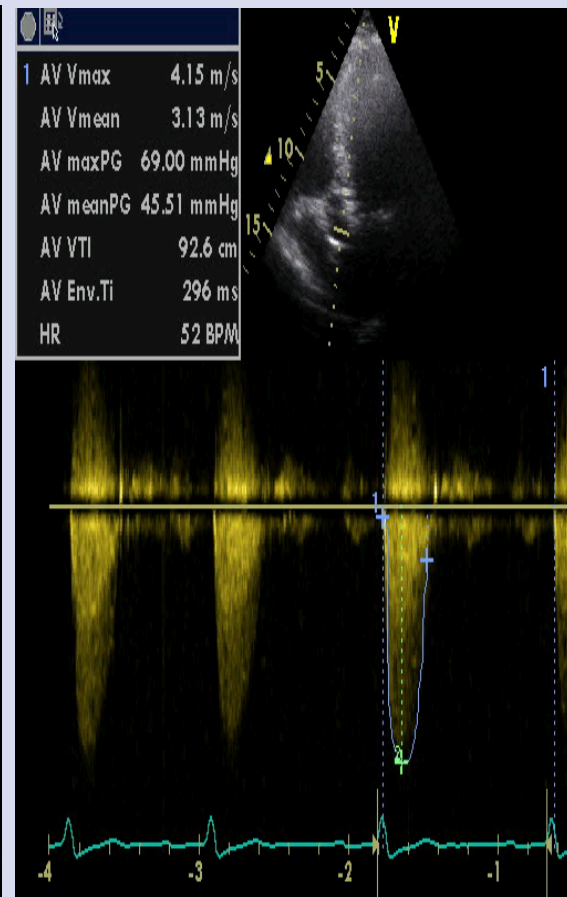
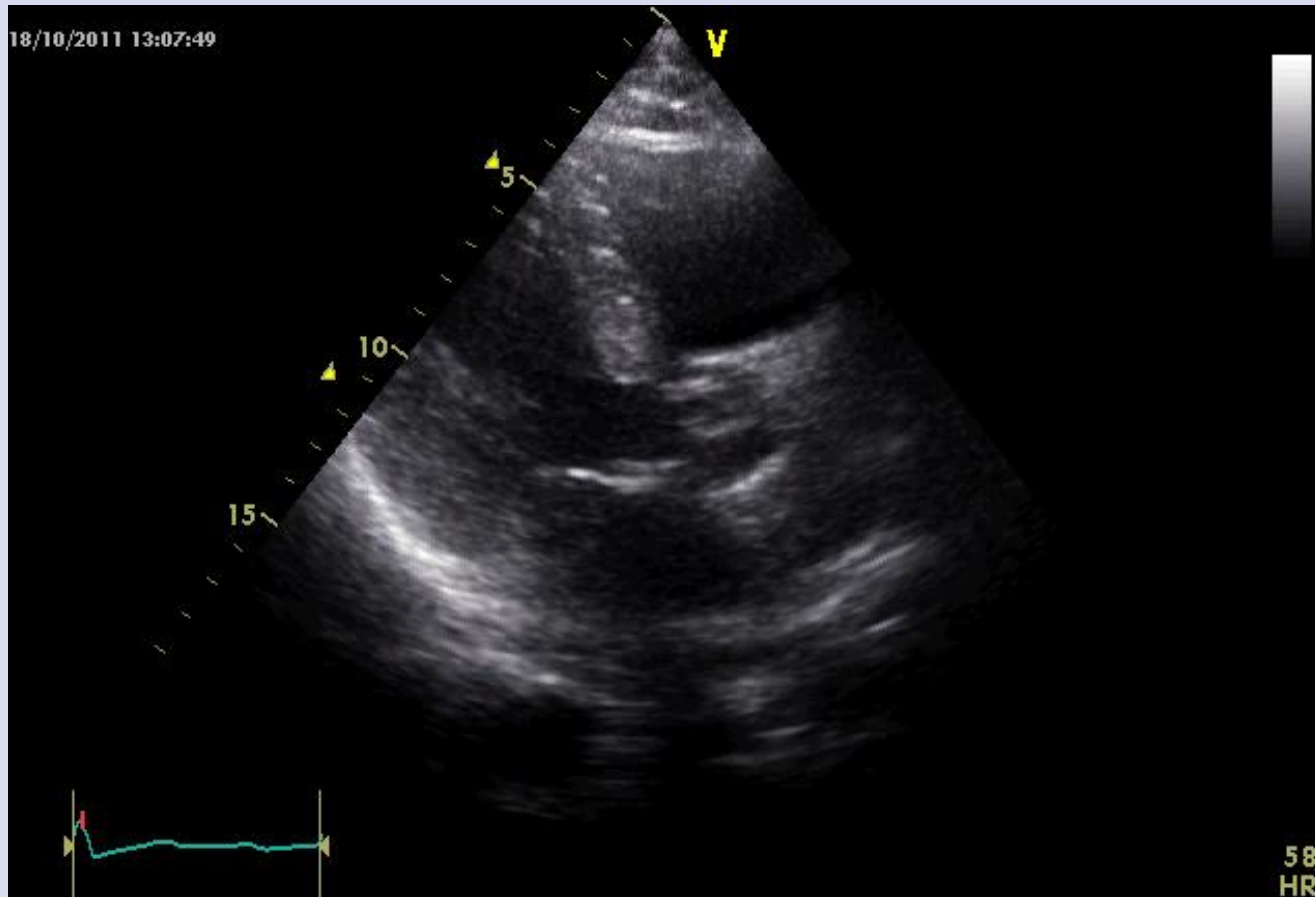


# 76-jähriger Patient

## Ergometrie durch den Hausarzt









## 76-jähriger Patient

### Dann Zuweisung

**Echo: ausgeprägte konzentrische Hypertrophie des LV (LVEDD 5,2 cm. Septum 1,5 cm, HW 1.3 cm).**

**LA 4,4 cm. EF 60% normal. Keine regionale Kinetikstörung in Ruhe.**

**Hauptbefund: mittelschwere bis knapp schwere Aortenstenose (mean-Gradient um 50 mmHg). Pulmonal-art. Druck abgeschätzt 25 mmHg. Aorta asc 4,0 cm.**



## 76-jähriger Patient

**Fragen an Prof. Friedrich Eckstein**

**Wie hoch ist überhaupt das Operationsrisiko für diesen Patienten für einen konventionellen AKE und ev. Re-Re-ACBP ?**

**Und wie wird dieses Risiko berechnet ?**

**Welches Score-System ?**





## **76-jähriger Patient**

**Was machen und mit welcher Strategie ?**

- 1. Zu hohes Risiko für alles ?**
- 2. Medikamentöse Therapie ausbauen ?**
- 3. Anmeldung zum AK-Ersatz ?**
- 4. Anderes ?**

**Ziel: 1. Beschwerdeverbesserung und  
2. Verbesserung der Prognose  
3. Was möchte der Patient ?**



## 76-jähriger Patient

**Was machen und mit welcher Strategie ?**

- 1. Re-Coro: Falls KHK progredient und interventionell eine Möglichkeit bestünde, dann zuerst Intervention und bez. AS abwartende Haltung, da insgesamt sehr hohes OP-Risiko (St.n.bereits 2-maliger ACBP-OP's)**
- PD Dr. Raban Jeger: Beschreibung der Re-Coronarangiographie**



## **76-jähriger Patient**

**Was machen und mit welcher Strategie ?**

- 1. Re-Coro: Falls KHK progredient und interventionell eine Möglichkeit bestünde, dann zuerst Intervention und bez. AS abwartende Haltung, da insgesamt sehr hohes OP-Risiko (St.n.bereits 2-maliger ACBP-OP's)**
- PD Dr. Raban Jeger: Beschreibung der Re-Coronarangiographie**



## **76-jähriger Patient**

**Weiterer Verlauf nach 2 Monaten**

**Bezüglich AP deutliche Besserung von NYHA III—>II**

**Aber Persistenz der Dyspnoe NYHA III  
Patient mit Resultat nicht zufrieden.**

**Echo: nochmalige Progression der Aortenstenose, mean 60 mmHg, KOEF 0,8 cm<sup>2</sup>**





## **76-jähriger Patient**

**Aufgrund der sehr hohen OP-Risikos  
Entscheid zum interventionellen  
Aortenklappenersatz.**

**Wegen relevanter PAVK und  
Aortenaneurysma infrarenal bis 5,2 cm,  
Entscheid zum transapikalen  
Aortenklappenersatz am 16.02.2012**



# 76-jähriger Patient

**Dr. Florian Rüter**

**TAVI**





## **76-jähriger Patient**

### **Komplikationen**

- 1. Eingriff selbst ohne Komplikationen (TAVI) 16.02.2012**
- 2. 19.02.2012 (3 Tage post-op) paralytischer Ileus**
- 3. 22.02.2012 (6 Tage post-op): multiple Ulcera ventriculi und Soor-Oesophagitis**
- 4. 01.03.2012 (13 Tag post-op): Pneumonie**



## **76-jähriger Patient**

**Ambulante kardiale Rehabilitation**

**Eintritt 05.03.2012**

**Hb 8,5 g%, CRP noch hoch (80), klinisch  
Pneumonie noch nicht abgeheilt.**

**→ AB-Therapie weiter.**

**→ 21.03.2012: Thorax pa +seitlich keine  
Pneumonie mehr, CRP < 5, Hb 9,8g%**



## **76-jähriger Patient**

**3-Monats-Programm 2x/Woche**

**Langsam kontinuierliche klinische  
Verbesserung und bis 90 Watt belastbar  
ohne relevante kardiale Beschwerden.**

**Kein VHF, keine AV-Blockierungen, etc...**

**8/2012 VH-Fluttern → OAK**



**Trotz Polymorbidität und hohem OP-Risiko kann dem „komplexen kardialen“ Patienten von heute trotzdem viel geboten werden (KHK-Strategie, TAVI, etc..)**

- Beschwerdeverbesserung und Verbesserung der Prognose**



**Interdisziplinäre Zusammenarbeit  
zwischen Hausarzt, niedergelassenem  
Kardiologen, Spital-Kardiologen,  
Herzchirurgen und v.a. Patienten.**

**Danke für die Aufmerksamkeit**