

Sehr geehrte, liebe Frau Kollegin, sehr geehrter, Lieber Herr Kollege,

eigentlich war die Patientin schon tot. Als sie bei uns ankam, war ihr schwerster Herzinfarkt schon 2 Wochen alt, Frau U. war im Vollbild des kardiogenen Schocks, hypoton, hypotherm, im Lebersversagen, im Nierenversagen, sauer. Der RIVA war am Hauptstamm verschlossen, das Herz stand beinahe still. Wie die Geschichte weiterging? – Lesen Sie bitte selbst im nachfolgenden Kardiobrief. Um die Tragweite dieser Erfolgsgeschichte zu erfassen, ist es vielleicht sinnvoll, sich in Erinnerung zu rufen, dass die Standardbehandlung des Herzinfarktes noch zu Zeiten, als wir schon in die Schule gegangen sind, ausschließlich darin bestand, die Patienten 6 Wochen ins Bett zu legen und nicht aufstehen zu lassen.

Herzliche kollegiale Grüße aus Ruit
Ihr Christian Herdeg

DER INTERESSANTE FALL

VIEL HALB VIEL: RETTUNG EINES STERBENDEN HERZENS DURCH MAXIMALE THERAPIE

ANAMNESE

Frau U., 65 Jahre alt, fühlte sich gesundheitlich plötzlich schlecht und musste einmalig erbrechen. In den folgenden Tagen wurde ihr Befinden immer schlechter. Brustschmerzen traten nicht auf. Nach 2 Wochen ging es ihr so schlecht, dass der Rettungsdienst gerufen wurde. Frau U. berichtete über schwere Dyspnoe und Durchfall. Der Rettungsdienst steuerte die nächstgelegene Filderklinik an, wo die Kollegen eine moribunde, hypotone und hypotherme Patientin mit einem pH-Wert von 7,0 und extrem erhöhten Herzenzymen vorfanden und eine umgehende Verlegung zu uns veranlassten. In der hier sofort durchgeführten Herzkatheteruntersuchung war der kräftige RIVA direkt am Abgang aus dem Hauptstamm verschlossen und die LV-Pumpfunktion war hochgradig reduziert bei ausgedehnter Akinesie septal/anteroseptal, anterior medial und apikal sowie inferior apikal mit kompensatorischer Hyperkinesie der übrigen Wandabschnitte.

THERAPIE

- » Sofortige RIVA-Rekanalisation + Implantation eines Everolimus-freisetzenden Stents
- » Differenzierte Katecholamintherapie + Gabe eines Calcium-Sensitizers (Levosimendan)
- » Bei steigendem Lactat + steigendem Katecholaminbedarf noch am gleichen Tag Anlage einer extrakorporalen Membranoxygenierung (ECMO) und Verlegung in die Herzchirurgie der Uniklinik Tübingen
- » Im Verlauf Verschluss eines subpulmonalen Infarkt-Ventrikel-Septumdefektes (VSD) mittels bovinem Perikardpatch
- » LV-Aneurysma-Ausschaltung in Form einer Reduktionsplastik
- » Aorto-koronarer Bypass mittels Single-Venen-Anschluss auf den R. interventrikularis posterior
- » Implantation eines temporären Rechtsventrikulären Assist Device (RVAD) mit Hilfe einer 8 mm Dacron Prothese zentral auf die A.pulmonalis
- » Explantation des RVAD 21 Tage nach der initialen Aufnahme ins Krankenhaus
- » Im weiteren Verlauf noch Implantation eines 2-Kammer-ICDs bei AV-Block III und persistierend höhergradig eingeschränkter Pumpfunktion

SCHLUSSFOLGERUNG

Das Herzinfarktereignis liegt nun ein Jahr zurück. Frau U. konnte nach einem 6-wöchigen Krankenhausaufenthalt in ihr gewohntes Leben zurückkehren, kümmert sich wieder um die Enkel und ist im Alltag beschwerdefrei.

Hier war die moderne Hochleistungsmedizin wirklich segensreich. Die nach Aufnahme sofortige Koronarintervention, maximale Intensivtherapie, eine exzellente herzchirurgische Leistung und insbesondere eine perfekte ärztliche Zusammenarbeit im Sinne eines echten „heart teams“ haben Frau U. das Leben gerettet.



Prof. Dr. med. Christian Herdeg
Chefarzt der Klinik für Innere Medizin,
Herz- und Kreislauferkrankungen

TELEFON 0711 / 4488-11450
E-MAIL c.herdeg@medius-kliniken.de
24H SERVICE TELEFON 0711 / 4488-11455

medius KLINIK OSTFILDERN-RUIT
AKADEMISCHES LEHRKRANKENHAUS
DER UNIVERSITÄT TÜBINGEN
Hedelfinger Straße 166
73760 Ostfildern

