

Koronaren Herzerkrankung (KHK)

2016

Dr. Abidin Geles

Symptome: Stenose der Koronarien ab 50-75% verursacht regionale reversible oder irreversible Ischämie (Infarkt). Angina pectoris (Brustschmerz mit Ausstrahlung in den linken Arm).

Angina pectoris wird in 4 Schwereklassen unterteilt (I-IV).

1-) Stabile Angina pectoris (gleich bleibende Schmerzen),

2-) Instabile Angina (Zunehmende Angina pectoris (Crescendo-Angina, Präinfarkt-Angina, De-novo-Angina)) mit höherem Infarktrisiko

Die Lebenserwartung ist bei solchen Patienten eingeschränkt. 10-15 mit stattgehabten Infarktpatienten sterben im ersten Jahr.

Präoperative Untersuchungen: Koronarangiographie mit Ventrikulographie

Einteilung:

1-) Eingefässerkrankung (KHK I)

2-) Zweigefässerkrankung (KHK II)

3-) Dreigefässerkrankung (KHK III)

Angina Pectoris Einteilung (gemäss CCS)

Grad 0: Patienten mit Myokarditischämie ohne jegliche Symptomatik

Grad I: Patienten symptomatisch bei schwerer körperlicher Belastung

Grad II: Geringe Symptomatik bei normaler körperlicher Aktivität

Grad III: Schwere körperliche Beschwerden bei normaler körperlicher Aktivität

Grad IV: Patienten symptomatisch bei geringer Belastung und/oder in Ruhe

Dyspnoe Einteilung (gemäss NYHA)

Die NYHA-Klassifikation ist eine Stadieneinteilung der [Herzinsuffizienz](#), die auch das Therapieschema bestimmt.

NYHA-Klasse I: Keine Belastbarkeitseinschränkung bei diagnostizierter Herzkrankheit.

NYHA-Klasse II: Leichte Einschränkung bei Belastbarkeit. Beschwerdefreiheit in Ruhe und bei leichter Anstrengung, Auftreten von Symptomen bei stärkerer Belastung.

NYHA-Klasse III: Starke Einschränkung bei Belastbarkeit. Beschwerdefreiheit in Ruhe, Auftreten von Symptomen bereits bei leichter Belastung.

NYHA-Klasse IV: Dauerhafte Symptomatik, auch in Ruhe.

Die zur Beurteilung der Stadien herangezogenen Symptome beinhalten Atemnot ([Dyspnoe](#)), häufiges nächtliches Wasserlassen ([Nykturie](#)), [Zyanose](#), allgemeine Schwäche und Müdigkeit, [Angina pectoris](#) oder kalte [Extremitäten](#), [Ödeme](#).

Gemäss Funktion des linken Ventrikels ergibt eine Ejektionsfraktion <30% eine schwere Funktionseinschränkung.

Diagnostik: Klinik, EKG, Belastungsergometrie, Szintigraphie, Echokardiographie, Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie und Ventikulogramm.

OP Indikation: Klinik und koronarangiographischer Befund (Koronararterien mit Stenose > 75% (Hauptstamm > 50%), und gutes Gefäss und vitales Myokard jenseits der Stenose existierend. Therapierefraktäre instabile angina pectoris – Präinfarkt Syndrom. Hochgradige Stenose des linken Hauptstammes sowie des Ramus interventricularis anterior und koronare Dreigefässerkrankung mit guter Gefässperipherie, auch Ein- oder Zweigefässerkrankung mit dem klinischen Bild.

Interventionelle Kardiologie

Herzkatheteruntersuchung mit Ballondilatation (PTCA = Perkutane transluminale Koronarangioplastie) und Sprengung der Stenose, PTCA mit Stent-Implantation gegen Stenoserezidive. Reoklusion nach 6 Monaten:10-20%.

OP: Aortokoronare Bypassoperation (CABG (coronary artery bypass grafting) Operation), jährlich werden 700-1000 Eingriffe/Jahr durchgeführt. Dafür werden meistens autolog V. saphena und bei schlechter Venensituation auch Armvenen hergenommen. Nach 10 Jahren Funktionstüchtigkeit 60-80%, bei Verwendung der A. mammaria interna ist die Funktionstüchtigkeit bei 90%

Ziel: Steigerung der Lebensqualität, Verbesserung der körperlichen Belastbarkeit, Behandlung der Angina pectoris, Verhinderung von Myokardinfarkten, Wiedereingliederung ins Arbeitsleben, Verlängerung der Langzeitüberlebensrate.

Notoperation: Entwicklungsphase eines frischen Myokardinfarktes oder nach PTCA-Komplikationen mit beginnender Infarzierung. Die Operation sollte innerhalb von 3-6 Stunden nach Ischämiebeginn durchgeführt werden. Bei linksventrikulären Postinfarkt Aneurysmas mit Einschränkung der linksventrikulären Auswurfleistung oder aneurysma-induzierte medikamentös nicht behershbare Tachycardien das Aneurysma reseziert und mit einem Patch versorgt (Hospitalisationsmortalität bei 6%). Akute Ventrikelseptumdefekte, die mit Patch versorgt werden (Hospitalisationsmortalität 30-50%). Akute infarktbedingte Ventrikelrupturen überleben selten. OP nur bei gedeckt rupturierten möglich.

Hospitalisationsmortalität der elektiv operierten Patienten 2%, 5
Jahresüberlebensrate beträgt 90%, 10 Jahresüberlebensrate 80% (55%
Todesursache kardial bedingt)

Alternativen: 1-) MIDCAP-Eingriff (minimal invasive direct coronary bypass): Bypass OP ohne EKZ durchgeführt über eine Minithorakotomie, mediane Sternotomie. 2-) TMR-Eingriff (transmyokardiale Laserrevaskularisation)

Bei Fragen / Feedback bitte E-Mail an abidin.geles@gmail.com

DANKE