



Deutsche Gesellschaft für Kardiologie –
Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK)

Achenbachstr. 43, 40237 Düsseldorf

Geschäftsstelle: Tel: 0211 / 600 692 - 0 Fax: 0211 / 600 692 - 10 E-Mail: info@dgk.org
Pressestelle: Tel: 0211 / 600 692 - 61 Fax: 0211 / 600 692 - 67 E-Mail: presse@dgk.org

Pressemitteilung

Abdruck frei nur mit Quellenhinweis: Presstext DGK 04/2009

Isolierter Aortenklappenersatz bei Hochrisiko-Patienten

PD Dr. Ralf G. Seipelt et al., Göttingen

Donnerstag, 16. April 2009, 8 – 9.30 Uhr, Saal 6

Der Ersatz der Aortenklappe durch eine Herzklappenprothese ist der einzige kurative Therapieansatz bei Vorliegen einer symptomatischen hochgradigen Aortenklappenstenose. Die Prävalenz der Aortenklappenstenose nimmt mit steigendem Alter zu, so dass aufgrund der zunehmenden Lebenserwartung insbesondere auch Patienten jenseits der achten Lebensdekade betroffen sind, die eine neue Herausforderung an das therapeutische Management darstellen. Heutzutage werden diese hochbetagten Patienten, die oftmals als Hochrisiko-Patienten für einen konventionellen chirurgischen Aortenklappenersatz angesehen werden, als mögliche Kandidaten für einen perkutanen Aortenklappenersatz evaluiert. Als Einschlusskriterium für diese neuen schonenden Verfahren gilt derzeit ein additiver EuroSCORE von ≥ 9 , entsprechend einem logistischen EuroSCORE (erwartete Mortalität) von zirka zwölf Prozent. In der hier vorgestellten retrospektiven Studie werden die Früh- und Langzeitergebnisse nach isoliertem chirurgischen Aortenklappenersatz bei Hochrisiko-Patienten (additiver EuroSCORE ≥ 9) untersucht.



PD Dr. Ralf G. Seipelt

Methodik: Von 2000 bis 2007 wurde an unserer Abteilung bei 641 Patienten ein isolierter Aortenklappenersatz durchgeführt. Aus dieser Gruppe konnten 110 Patienten (72 weiblich) mit einer symptomatischen hochgradigen Aortenklappenstenose identifiziert werden, die alle präoperativ einen additiven EuroSCORE ≥ 9 aufwiesen. Dieses Patientenkollektiv bildet die Studiengruppe. Das mittlere Alter der Patienten betrug $77,5 \pm 7,3$ Jahre. In der präoperativen

Diagnostik zeigte sich eine mittlere Klappenöffnungsfläche der Aortenklappe von $0,61 \pm 0,17 \text{ cm}^2$ sowie eine mittlere Ejektionsfraktion (EF) von 48 ± 15 Prozent. Bei immerhin 12/110 Patienten (11 %) musste die Operation als Re-Operation durchgeführt werden. Während des Aortenklappenersatzes wurde bei 14 Patienten (13 %) eine Erweiterung des Aortenklappenannulus mittels Patch und/oder eine Resektion von septalen Muskelbündeln (Myektomie nach Morrow) durchgeführt, um eine für die Patientengröße adäquate Herzklappengröße implantieren zu können.

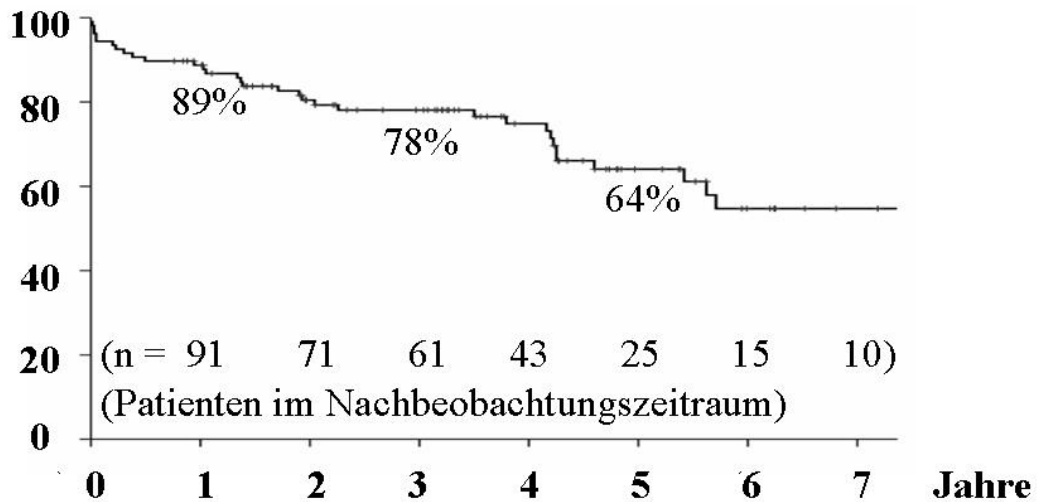
Resultate: Die tatsächliche Mortalität in der Studiengruppe während des Krankenhausaufenthaltes betrug 5,4 Prozent (6/110 Patienten), während der präoperativ kalkulierte logistische EuroSCORE (erwartete Mortalität) dieser Studiengruppe im Mittel bei $22,3 \pm 9$ Prozent lag. Der mittlere Intensivaufenthalt und Krankenhausaufenthalt lagen bei $3,8 \pm 5$ Tagen und $18,5 \pm 10$ Tagen. Als postoperative Komplikation war bei zehn Patienten (9,1 %) eine passagere Hemofiltration wegen akuter Niereninsuffizienz notwendig. Neun Patienten (8,1 %) wurden wegen eines AV-Blocks ein permanenter Herzschrittmacher implantiert. Zwei Patienten (1,8 %) erlitten zerebrovaskuläre Ereignisse. Ein Herzinfarkt trat bei keinem Patienten auf. Zum Zeitpunkt der Entlassung zeigte sich bei allen Patienten eine sehr gute Funktion der neuen Herzklappe mit einem mittleren Gradienten über der Aortenklappe von $12,3 \pm 9,5$ mmHg.

Nach Entlassung aus dem Krankenhaus konnten 97 Prozent der Patienten weiter beobachtet werden. Der mittlere Nachbeobachtungszeitraum betrug $3,6 \pm 2,2$ Jahre. Die aktuarisierte Überlebensrate nach Kaplan-Meier liegt nach einem Jahr beziehungsweise nach drei und fünf Jahren bei 89 Prozent, 78 Prozent und 64 Prozent.

Zum Zeitpunkt der letzten Nachbeobachtung befanden sich 89 Prozent der Patienten in den New-York-Heart-Association (NYHA)-Funktionsklassen I und II.

Fazit: Die Früh- und Langzeitergebnisse des chirurgischen Aortenklappenersatzes bei durch EuroSCORE identifizierten Hochrisiko-Patienten sind exzellent und deutlich besser als die erwartete Mortalität. Derzeit stellt der chirurgische Aortenklappenersatz auch bei Hochrisiko-Patienten den Goldstandard in der Therapie der symptomatischen hochgradigen Aortenklappenstenose dar und sollte zum jetzigen Zeitpunkt auf der Basis von individuellen Einzelentscheidungen durch perkutane Operationstechniken ergänzt werden.

Überlebensrate (%)



Aktuarisierte Überlebensrate nach Kaplan-Meier für Hochrisiko-Patienten nach isoliertem chirurgischen Aortenklappenersatz

Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz und Kreislaufforschung e.V. (DGK) mit Sitz in Düsseldorf ist eine wissenschaftlich medizinische Fachgesellschaft mit heute mehr als 6880 Mitgliedern. Ihr Ziel ist die Förderung der Wissenschaft auf dem Gebiet der kardiovaskulären Erkrankungen, die Ausrichtung von Tagungen und die Aus-, Weiter- und Fortbildung ihrer Mitglieder. 1927 in Bad Nauheim gegründet, ist die DGK die älteste kardiologische Gesellschaft in Europa. Weitere Informationen unter www.dgk.org.