

Kirstin Redweik

Dr. med. dent.

Risikovergleich im Bezug prä-, intra- und postoperative Parameter bei primären und sekundären ACVB-Operationen

Geboren am 24.07.1975 in Lich

Staatsexamen am 21.08.2001 an der Philipps-Universität in Marburg

Promotionsfach: Herzchirurgie

Doktorvater: Herr Prof. Dr. med. Werner Saggau

Die Inzidenz einer coronaren Re-Operation hat in den letzten 2 Jahrzehnten deutlich zugenommen aufgrund eines Anstiegs der Zahl der Primäroperationen; in der gleichen Zeit hat sich das Alter der Patienten, die sich einer aorta-coronaren Bypass Operation unterziehen mussten ebenfalls deutlich zugenommen. Die Frühmortalität bei coronarchirurgischen Re-Eingriffen reicht von 1,8 – 16,7 %. Obwohl das chirurgische Risiko aufgrund verbesserter chirurgischer Erfahrungen und neuer technischer Strategien verbessert wurde, berichten viele Autoren über eine höhere Mortalität und Morbilität bei Re-Eingriffen im Vergleich zur Erstoperation. Die Langzeitergebnisse sind bei Eingriffen ebenfalls schlechter im Vergleich zur Primärrevascularisation. Patienten, die für einen Re-Eingriff in Frage kommen unterscheiden sich erheblich von Patienten der Primäroperation. Im Allgemeinen sind sie älter, haben eine niedrige EF-Fraktion und weisen höhere Co-Morbilitäten auf. Viele Studien konnten zeigen, dass unterschiedliche Langzeitergebnisse zwischen Primäroperation und Reoperationen zurückzuführen sind auf ein höheres Alter und auf eine schlechtere linksventrikuläre Funktion. Eine inkomplette Revascularisation kann einen Einfluss haben auf die Langzeitergebnisse. Patienten mit inkompletter myocardialer Revascularisation zeigen eine geringere Freiheit von plötzlichem Herztod, Myocardinfarkt und anderen kardialen Komplikationen. Im Hinblick auf einen möglichen coronaren Zweiteingriff, dem vor allem junge Patienten im Laufe Ihres Lebens zu erwarten haben, ist es sinnvoll überlegt mit der Coronarreserven zu haushalten. Aber auch der ältere Patient profitiert von einer arteriellen Revascularisierung. In jungen Jahren bereits sämtliche Arteriengrafts aufzubreuchen, kann im Alter ein Nachteil sein, denn auch der ältere Patient profitiert von einer kompletten Ravascularisierung. Eine Re-Operation am offenen Herzen ist ohnehin aufwendiger als der coronare Ersteingriff. Die Darstellung des Coronarsitus ist aufgrund von Gewebe von Verwachsungen mühsam. Besonders wenn Bypassgefäße die Mittellinie kreuzen, was bei RIVA Bypässen auf die Vorderwand des Herzens der Fall ist, bedeutet das für den Operateur ein aufwendiges Präparieren. Wenn derartige Bypässe zum Zeitpunkt einer Reoperation noch

funktionstüchtig sind und bei solchen Manövern verletzt werden, kann das für den Patienten erhebliche Folgen haben.

Die wichtigste Indikation für eine aorta-coronare Bypass Operation ist ebenso wie bei der Primäroperation eine schwere therapieresistente Angina pectoris. Das anatomische Korrelat der Re-Operation bilden in Übereinstimmung mit der Literatur der Bypass Verschluss, die fortschreitende Coronaarteriosklerose, aber auch die Degeneration der Transplantate und die inkomplette Revascularisation.

Nach der Re-Operation findet sich im Hinblick auf den Angina pectoris Beschwerdegrad eine deutliche klinische Verbesserung. Die Anzahl der Patienten deren Angina pectoris Beschwerden sich gebessert haben, liegt innerhalb der in der Literatur angegebenen Grenzen. Bei wieder aufgetretenen oder postoperative

verstärkten Beschwerden der CCS Klasse III+IV ist bei unvollständiger Revascularisation ein Bypassverschluss oder eine Progression der Grunderkrankungen zu erwarten.

Der Aktionsradius der Patienten nach Re-Operation erweitert sich deutlich, ablesbar an einer Steigerung der beschwerdefreien Aktivitäten im täglichen Leben sowie einer an einem getesteten Teilkollektiv deutlich gesteigerten Belastungstoleranz. Ebenso verbessert sich die Lebensqualität, die sich überwiegend positiven Urteil der Patienten zur Operation und ihrem postoperativen Zustandsbild widerspiegeln.

Coronare Re-Operation haben gegenüber der ersten Bypass Operation ein deutlich erhöhtes Risiko. Sie können allerdings heute mit einem niederen OP-Risiko und geringerem postoperativen Komplikationen durchgeführt werden. Postoperative Komplikationen und Frühmortalitätsraten werden durch die zunehmende Erfahrung des operativen Vorgehens den Werten der Primär-Operation angeglichen. Die Langzeitmortalitätsrate wird ebenfalls für lange Sicht gesenkt. Re-Operationen stehen damit auch für ein älteres Patientenkontingent und für sogenannte Hochrisikopatienten zur Verfügung. Nicht ganz zufrieden stellend ist die geringe Wahrscheinlichkeit die Symptome durch eine Re-Operation komplett zu verlieren. Dennoch ist ein für eine Re-Operation bei einem entsprechenden Patientengut zu plädieren, da sie mit einem vertretbaren Risiko für viele Jahre eine neue Lebensqualität bringen.