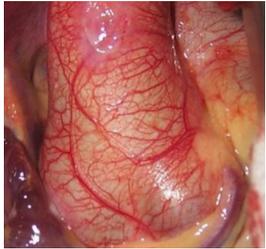




Bei gleichzeitig bestehender Erweiterung der Aorta mit einem Durchmesser von über 45mm wird während dieser Operationen die erweiterte Aorta mittels einer Gefäßprothese ersetzt, um das Risiko von späteren Aorten-Komplikationen (v.a. Aortendissektion) zu verringern.



Das Operationsrisiko aller Formen der Aortenklappenrekonstruktion ist unter elektiven Bedingungen sehr gering und liegt in diesem jungen Patientenkollektiv deutlich unter 1 %. Bei den jungen Patienten mit einer Aortenklappeninsuffizienz haben die klappenerhaltenden rekonstruktiven minimalinvasiven chirurgischen Verfahren eine herausragende Bedeutung, da hierdurch eine verbesserte Klappenfunktion sowie die Vermeidung von Komplikationen des Klappenersatzes und der oralen Antikoagulation erreicht werden kann.

Wenn Sie noch weitere Fragen zu dem Thema Aortenklappenrekonstruktion haben bzw. einen Patienten mit Aortenklappeninsuffizienz uns vorstellen möchten, wenden Sie sich bitte jederzeit an den Sekretariat der Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie des Universitätsklinikums Augsburg:

Tel.: 0821 400-2671
Fax: 0821 400172671

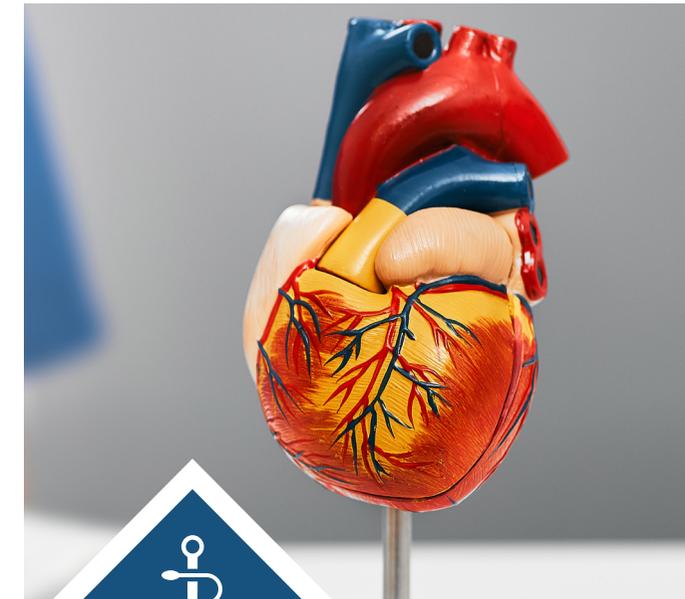
Ihr Ansprechpartner im UKA



Prof. Dr. med. Evaldas Girdauskas
Klinikdirektor Herz- und Thoraxchirurgie
Universitätsklinikum Augsburg
Stenglinstr. 2, 86157 Augsburg
Herzchirurgie@uk-augsburg.de

Informationen für Zuweiser Aortenklappenrekonstruktion

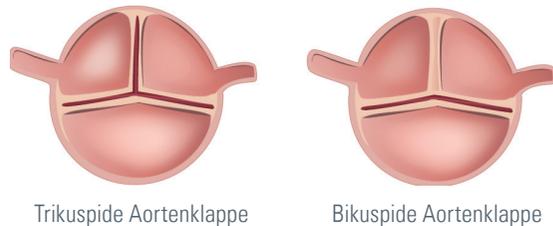
klappenerhaltende OP-Verfahren bei Aortenklappeninsuffizienz



Das Krankheitsbild

Die Behandlung der Aortenklappeninsuffizienz hat in den letzten Jahren zahlreiche Neuerungen erfahren, bedingt durch die Einführung von sicheren Techniken zur Aortenklappenrekonstruktion und Spezialisierung auf die minimal-invasiven Verfahren.

Daraus resultierend, entwickelte sich die Aortenklappenrekonstruktion zunehmend zu einer Standardtherapie bei jungen Patienten mit Aortenklappeninsuffizienz.

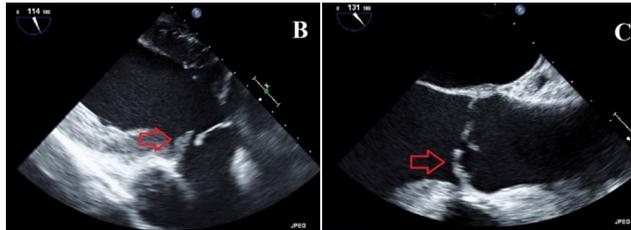


Angeboren **bikuspide Aortenklappe** (s. Bild oben) ist die mit Abstand häufigste Ursache einer hochgradigen Aortenklappeninsuffizienz im Patientenalter < 50-60 Jahre.

Im Unterschied zu einer „normalen“ trikuspiden Aortenklappe besteht eine bikuspiden Aortenklappe nur aus zwei Taschenklappen, die sich in ihrer Größe, ihrer Form und ihrer Ausrichtung unterscheiden können.

Entstehung der bikuspiden Aortenklappeninsuffizienz basiert auf zwei Besonderheiten der bikuspiden Aortenklappen: (1) Erweiterung des Aortenklappen Ringes und (2) Degeneration der „verklebten“ Aortenklappen Tasche. Im Bereich der „verklebten“ Aortenklappen Tasche besteht eine Raphe, die zur frühzeitigen Degeneration und dementsprechend zur Verkalkung neigt. Meist besteht im

Bereich der „verklebten“ Aortenklappen Tasche ein Gewebeerüberschuss mit resultierendem Prolaps, der zu hochgradiger Insuffizienz der bikuspiden Aortenklappe führt.



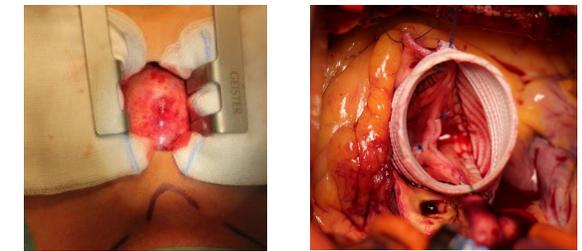
Eine Insuffizienz der bikuspiden Aortenklappe entwickelt sich meist in einem sehr jungen Alter (30-50 Jahre) und ist deutlich häufiger als bei einer trikuspiden Aortenklappe. Die jungen Patienten, bei denen eine bikuspiden Aortenklappeninsuffizienz diagnostiziert wird, wurden früher standardmäßig mit einer mechanischen Klappenprothese versorgt. Damit wurden junge Menschen mit lebenslanger Einnahme von Marcumar konfrontiert und gleichzeitig dem Risiko von Blutungskomplikationen und der Embolien ausgesetzt.

Insuffizienz der „normalen“ **trikuspiden Aortenklappe** ist seltener und meist mit einer gleichzeitigen Erweiterung der Aortenwurzel verbunden. Die Undichtigkeit entsteht infolge der Erweiterung des Aortenklappenringes, häufig in der Kombination mit einem Prolaps der rechtskoronaren Aortenklappen Tasche. Die Reparatur der trikuspiden Aortenklappe beinhaltet häufig eine gleichzeitige Behandlung der erweiterten Aortenwurzel mittels Gefäßprothese.

Aufgrund unserer Spezialisierung auf die Aortenklappenrekonstruktion, entsteht am Universitätsklinikum Augsburg (UKA) aktuell ein interdisziplinäres Team zur Behandlung der Aortenklappeninsuffizienz.

Aortenklappenrekonstruktion

Im Universitätsklinikum Augsburg wird bei Aortenklappeninsuffizienz eine Rekonstruktion mit Erhalt der nativen Aortenklappe angestrebt, die in aller Regel minimal-invasiv durch einen kleinen operativen Zugangsweg durchgeführt wird.



Voraussetzung für die Aortenklappenrekonstruktion ist eine erhaltene Struktur des Klappentäschengewebes ohne ausgeprägte Verkalkungen. Grundsätzlich lässt sich Rekonstruktion sehr gut bei den Patienten mit erhaltener Taschenstruktur (d.h. ohne wesentliche strukturelle Veränderungen) und mit einem deutlich erweiterten Klappenring / Aortenwurzel durchführen. Anders gesagt, je mehr man strukturell „normales“ Taschengewebe hat und je größer der Aortenklappenring ist, umso vielversprechender ist die Rekonstruktion.

Die Rationale für die Aortenklappenrekonstruktion ergibt sich aus Studiendaten, die erfreulich stabile funktionelle Langzeit-Ergebnisse nach primär erfolgreicher Aortenklappenrekonstruktion mit 10-Jahres Überlebensraten von 90-95 % und hervorragende Lebensqualität ohne Antikoagulation zeigen. Zusätzlich konnte eine deutlich niedrigere Endokarditis-Rate im postoperativen Langzeitverlauf nach einer Aortenklappenrekonstruktion (0,1 % / Patientenjahr) im Vergleich zum prothetischen Aortenklappenersatz nachgewiesen werden.