

10.000 Herzoperationen an der Abteilung für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie

Im Sommer 2013 wurde an unserer Abteilung die 10.000. Herzoperation durchgeführt, was wir mit einem „Tag der offenen Tür“ und entsprechendem Medienecho gefeiert haben. Dieses beeindruckende Jubiläum ist Anlass, einen kurzen Rückblick auf die Entwicklung unserer Abteilung zu werfen:

Die Herzchirurgie ist eine sehr junge Fachrichtung, die in der modernen Form erst in den 50er-Jahren des vergangenen Jahrhunderts in den USA begann. Lange Zeit galt das Herz als chirurgisch nicht behandelbar. Es war Tabu, dieses Organ auch nur zu berühren (Billroth).

Mit der Erfindung der Herz-Lungen-Maschine im Jahre 1953 (Dr. Gibbon, Philadelphia), die für eine kurze Zeit die Pumpfunktion des Herzens, aber auch die Funktion der Lunge übernehmen kann, wurde es möglich, das Herz für chirurgische Eingriffe ruhigzustellen und die Herzhöhlen zu eröffnen. Verbesserungen der Operationstechniken, des Nahtmaterials aber auch der Narkoseverfahren und der intensivmedizinischen Betreuung ermöglichten den Siegeszug der Herzchirurgie in den vergangenen Jahrzehnten.

Heute stellen Bypass- und Herzklappenoperationen bereits Routine-Verfahren dar, die mit exzellenten Ergebnissen auch bei hochbetagten Patienten durchgeführt



werden können. Durch laufende Weiterentwicklung der Operations-Methoden und durch die Einführung minimal-invasiver Techniken soll dies auch für eine immer älter werdende Bevölkerung sichergestellt werden. Am LKH Klagenfurt wurden bereits in den 70er-Jahren Herzoperationen durchgeführt. Damit war Klagenfurt in Österreich das erste außeruniversitäre herzchirurgische Zentrum.

1986 wurde ein eigenes Department für Herz- und Thoraxchirurgie geschaffen, das 1988 zu einer selbstständigen Abteilung aufgewertet wurde. Steigende Patientenzahlen in beiden Spezialbereichen bestätigten die Notwendigkeit der chirurgischen Versorgung herz- und lungenkranker Patienten in Kärnten, zumal die kardiologische Abteilung mit Herzkatheterplatz und auch die Pulmologie eine Monopolstellung in Kärnten innehatten.

Pro Jahr werden etwa 450 kardiochirurgische Eingriffe durchgeführt. Aufgrund der Altersentwicklung der österreichischen Bevölkerung hat sich dabei das Operationsspektrum insofern gewandelt, als die anfangs weitaus überwiegenden Coronaroperationen heute von Klappeneingriffen deutlich überholt wurden. Im Jahre 2005 wurde die Gefäßchirurgie als drittes Standbein unserer Abteilung angegliedert und mit der gleichzeitigen Einrichtung einer Angiologischen Ambulanz eine Anlaufstelle für diese immer häufiger werdende Problematik geschaffen. Heute führt die Abteilung mehr als 500 gefäßchirurgische Eingriffe pro Jahr durch, hauptsächlich Eingriffe an der Halsschlagader zur Schlaganfallprävention (siehe Abschnitt „Gefäßchirurgie“) sowie zur Behandlung von Durchblutungsstörungen der Beine (siehe Grafik).

Gedruckt auf umweltfreundlich hergestelltem Papier, ausgezeichnet mit dem EU-Ecolabel-Zertifikat.

Medieninhaber und Herausgeber: Landeskrankenanstalten-Betriebsgesellschaft - KABEG
Fotos: Martin Steinbacher - Grafik: Majortom.at



Ihre Ansprechpartner

ABTEILUNGSVORSTAND

Prim. Dr. Wolfgang Wandschneider, MAS

SEKRETARIAT

Renate Rassinger
T: +43 463 538-31603
F: +43 463 538-31609

PFLEGEDIENSTLEITUNG

ÖSr. Jutta Winkler, Akad. KH-Managerin
T: +43 463 538-26502
F: +43 463 538-32159

Sonderklasse: 8 Betten
Normalklasse: 30 Betten
Intermediate Care
Station: 12 Betten
Aufnahme- und Beobachtungsstation: 1 Bett
Interdisziplinäre
Tagesklinik: 1 Bett

OPfl. Egon Van-Houtum, MSc
Intermediate Care Station

OPfl. Robert Jeschofnik
Ambulanzen

STATION F

CMZ – 1. Stock - N2
Stationsschwester:
DGKS Ingrid Leitner
T: +43 463 538-32150
F: +43 463 538-32159

STATION SKL 3

CMZ – 2. Stock - N3
Stationsschwester:
DGKS Alexandra Schmidt
T: +43 463 538-32270
F: +43 463 538-32279

IMC2 (INTERMEDIATE-CARE-STATION)

CMZ – 1. Stock - N4
Stationsschwester:
DGKS Monika Jahn
T: +43 463 538-32241
F: +43 463 538-32249

SPEZIALAMBULANZEN

CMZ – Parterre
Herz-Thoraxchirurgische
Ambulanz
T: +43 463 538-31450
F: +43 463 538-31459

Angiologische Ambulanz

Dr. Ulrike Waldhauser-Fixl
T: +43 463 538-31451
F: +43 463 538-31459



HERZ-THORAX-GEFÄSS-CHIRURGIE

JAHRESBERICHT 2013

KABEG
KLINIKUM KLAGENFURT
AM WÖRTHERSEE

Feschignistraße 11, 9020 Klagenfurt am Wörthersee

www.klinikum-klagenfurt.at

www.klinikum-klagenfurt.at

Herzchirurgie

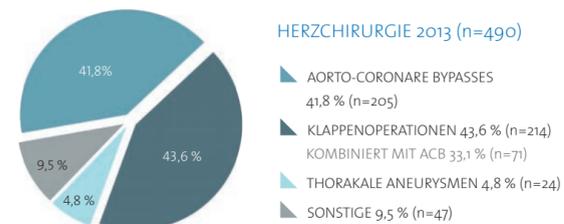
Betrachtet man das herzchirurgische Leistungsspektrum unserer Abteilung, so fällt auf, dass bei Operationen an den Herzklappen bereits die Bypass-Operationen überwiegen. Degenerative Klappenerkrankungen, v. a. der Aortenklappe, sind heute in allen Industrieländern stark zunehmend, was v. a. mit dem zunehmenden Durchschnittsalter der Bevölkerung zusammenhängt. Die moderne Herzchirurgie kann hier mehrere Therapieoptionen anbieten:

- **Kunststoffklappen:** Diese Klappenart hat aufgrund ihres sehr haltbaren Materials den Vorteil, „unverwundlich“ zu sein. Die Klappen werden daher v. a. bei jüngeren Patienten (unter 65 Jahren) eingesetzt. Allerdings führt der Kunststoff unbehandelt zu Auflagerungen von Blutgerinnseln mit der Gefahr der Funktionsbehinderung oder der Embolie, sodass man bei Patienten mit diesen Implantaten lebenslang die Blutgerinnung medikamentös herabsetzen muss.
- **Biologische Klappen:** Diese Klappenart wird heute vorwiegend aus dem Herzbeutel von Rindern gefertigt und hat den Vorteil, dass durch eine spezielle Vorbehandlung die Herabsetzung der Blutgerinnung entfallen kann. Wir verwenden diesen Klappentyp

daher v. a. bei älteren Patienten (über ca. 65 Jahre), bei denen die Blutungsneigung altersbedingt ohnehin erhöht ist. Nachteil dieser Klappen ist, dass sie wie jedes biologische Material einer Degeneration unterworfen sind, wobei die Haltbarkeit in den letzten Jahrzehnten jedoch deutlich verlängert werden konnte.

- Eine Neuentwicklung der letzten Jahre sind Klappen, die aus biologischem Material gefertigt als Grundgerüst einen so genannten „Stent“ haben, wie er in der Medizin schon seit längerem nach Dehnung von Gefäßen verwendet wird. Ein „Stent“ ist ein Metallgitter, das komprimiert eingeführt und dann aufgedehnt werden kann, sodass es Gefäße offen hält, aber auch Herzklappen in Position halten kann. Dadurch ist es nicht mehr notwendig, diese Klappen händisch einzunähen (daher die Bezeichnung „sutureless valve“). Nach Entfernung der erkrankten Patientenklappe wird die neue Klappe nur mehr in die richtige Position gebracht und der Stent aufgedehnt. Damit verkürzt sich die Operationszeit ganz wesentlich, was v. a. bei älteren Patienten mit begleitenden Risikofaktoren einen Vorteil darstellt.

- Basierend auf dem oben angeführten Konzept hat man auch stentgetragene Klappen entwickelt, die mittels Katheter eingebracht werden können („TAVI“: Transarterial valve implantation). Dies kann entweder über die Leiste oder die Herzspitze platziert werden, sodass eine Eröffnung des Brustkorbs nicht mehr notwendig ist. Da die patienteneigene Klappe dabei jedoch nicht entfernt, sondern nur zur Seite gedrückt wird, sind die funktionellen Ergebnisse nicht mit herkömmlich implantierten Klappen zu vergleichen. Für sehr alte Patienten, die häufig schwere Begleiterkrankungen haben, stellt diese Klappenart jedoch eine unter Umständen lebensrettende Alternative dar.



Thoraxchirurgie

Eine ernste Komplikation vieler Verletzungen im Thoraxbereich ist der so genannte „Pneumothorax“, also das Eindringen von Luft in die Brusthöhle, was meist zu einem Kollaps der Lunge führt.

Dieses Phänomen kann aber auch ohne äußere Einwirkung spontan auftreten. Betroffen sind meist junge, schlanke Erwachsene. Die Ursache dürfte in angeborenen Bläschen der Lunge, v. a. in den oberen Lungenanteilen, liegen, die spontan platzen können. Ein Zusammenhang mit besonderen Anstrengungen besteht meist nicht, oft tritt das Ereignis im Schlaf auf.

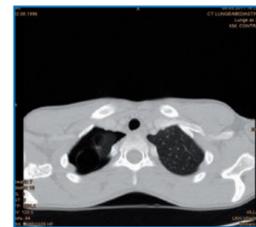
Therapeutisch kann, wie bei jedem Pneumothorax, durch eine Drainage (Schlauch in die Brusthöhle) die Luft abgeleitet und dadurch die Lunge wieder zur

Ausdehnung gebracht werden. Häufig lässt sich die Lunge allein dadurch jedoch nicht „abdichten“ bzw. fällt nach Entfernung der Drainage wieder zusammen. Die Rezidivquote beträgt bei alleiniger Drainagebehandlung über 30 %.

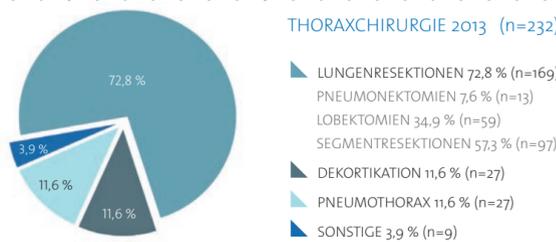
Chirurgisch besteht eine sehr gute Therapiemöglichkeit, wobei mittels „Knopflochmethode“ eine Kamera eingebracht und unter Sicht die Bläschen reseziert werden. Zusätzlich wird meist die Innenhaut des Brustkorbs (Pleura) teilweise entfernt, um ein Verkleben der Lunge mit der Thoraxwand zu erreichen und damit einen nochmaligen Pneumothorax auszuschließen. Die Ergebnisse dieser Methode sind exzellent, mit einer Rezidivquote von unter 3 %. Da der Eingriff minimal-invasiv durchgeführt wird, ist das kosmetische Resultat sehr gut, und der Patient kann meist nach wenigen Tagen das Spital verlassen.



Geplatzte Lungenblase als Ursache eines Pneumothorax



Lungenblase und Pneumothorax rechts

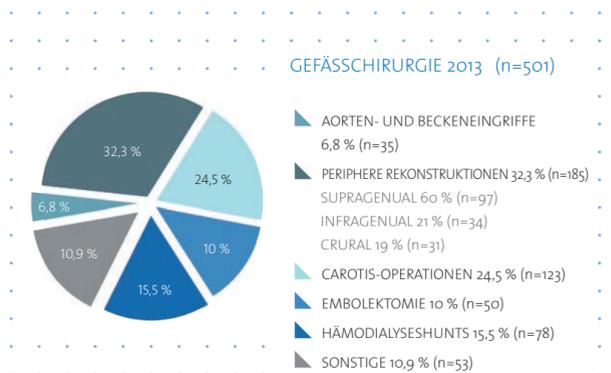


Gefäßchirurgie

Jährlich erliden in Österreich geschätzte 25.000 Menschen einen Schlaganfall. Etwa 80 % werden durch eine regionale Durchblutungsstörung des Gehirns hervorgerufen, davon wiederum etwa 60 % durch eine Verengung der Halschlagader.

Bluthochdruck, Zuckerkrankheit, Rauchen und erhöhte Blutfettwerte sind typische Risikofaktoren für diese Gefäßverengungen, die bis zum völligen Verschluss des Gefäßes mit kompletter Unterbrechung der Blutzufuhr zum Gehirn führen können. Schon seit Jahrzehnten hat sich die operative Eröffnung verengter Gefäße im Bereich der Halschlagader etabliert und stellt heute den Goldstandard für die Therapie höhergradiger Verengungen der gehirnversorgenden Gefäße dar. Durch konsequente Weiterentwicklung der Operationsmethode, aber auch durch schonendere Narkoseverfahren und zusätzliche medikamentöse Therapie konnte das Operationsrisiko in den letzten Jahren kontinuierlich gesenkt werden und liegt heute in spezialisierten Zentren bei unter 2 % (kombiniertes Risiko für Mortalität plus Schlaganfall).

Wichtig ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit in einem Team aus Gefäßchirurgen, Neurologen, Radiologen, Anästhesisten und dem betreuenden Hausarzt, um einerseits die Auswahl geeigneter Patienten, die exakte Diagnosestellung mit korrekter Graduierung der Gefäßverengung sowie die peri- und postoperative Betreuung sicherzustellen. Je nach Alter und Verfassung des Patienten kann die Operation in Narkose oder auch lokaler Anästhesie durchgeführt werden, in den meisten Fällen kann der Patient schon nach 3–5 Tagen das Spital wieder verlassen.



Große internationale Studien zeigen, dass die Beseitigung der Gefäßverengung im Bereich der Halschlagader in den Folgejahren zu einer deutlichen Verringerung des Schlaganfallrisikos führt.

Wie auch bei vielen anderen Erkrankungen ist die Vorsorgeuntersuchung – hier die Ultraschalluntersuchung der Halschlagader – zur rechtzeitigen Diagnosestellung sehr wichtig, um präventiv therapeutische Schritte einleiten zu können. Daneben sollte durch Reduktion der oben erwähnten Risikofaktoren einer Gefäßerkrankung generell vorgebeugt werden, um Durchblutungsstörungen nicht nur im Versorgungsgebiet des Gehirns, sondern auch am Herzen oder an den Beinen zu verhindern.