



Klinik für Thorax- u. Kardiovaskuläre Chirurgie, Hufelandstr. 55, 45122 Essen

Herrn

Prof. Dr. med. Sabin

Direktor der Klinik für Kardiologie

Elisabeth Krankenhaus Essen

Klara-Kopp-Weg 1

45138 Essen

Essen, 16.10.2011

OPERATIONSMITTEILUNG

Sehr geehrter Herr Kollege Sabin,

hiermit berichten wir über Frau Spies, Claudia, geb. am 09.12.1973, bei der wir am 14.10.2011 eine notfallmäßige Aortenoperation durchgeführt haben.

Diagnose : Akute Typ-A Aortendisektion mit Disektion des Truncus brachiocephalicus; die RCA entspringt dem falschen Lumen, Aortenklappeninsuffizienz II°, Verdacht auf Marfan Syndrom.

Operation : Aortenwurzelersatz durch mechanisches SJM 23mm Conduit mit Reimplantation der linken Koronartrompete und Reimplantation der RCA in Prothese. Ersatz der Aorta ascendens und des Bogens (Dacron Prothese 26mm), separate Anastomosierung der Kopf-Halsgefäßinsel (Truncus+ Carotis links), extraanatomischer Bypass auf die Arteria subklavia links mit 6 mm Dacron Prothese mit Reimplantation der Arteria vertebralis links, hypothermer Kreislaufstillstand mit beidseitiger selektiver Kopfperfusion.

Präoperativ: Angiographie und Koronarangiographie (LCA frustran)

Nachdem die Diagnose per CT gestellt worden war, erfolgte die unmittelbare Übernahme der Patienten zur notfallmäßigen Versorgung in unseren Hybridraum. In der sofort durchgeführten Angiographie zeigte sich eine Disektion bis zur Bifurkation der Aorta. Die Patientin war zu diesem Zeitpunkt hämodynamisch stabil. In der TEE Kontrolle zeigte sich eine Aortenklappeninsuffizienz II°, sowie ein Abgang der RCA aus falschen Lumen.

Der intraoperative Befund zeigte einen Einriss knapp oberhalb der linken zur akoronaren Kommissur, mit einer teilweisen Disektion des linken Koronarostiums, bei Dilatation der gesamten Wurzel auf bis zu 4,8cm. Die Aortenklappe zeigt eine Perforation der linken Tasche, ansonsten stellt sie sich als unauffällig dar. Der Truncus ist disseziert, alle anderen Kopfhallgefäße zeigen sich als unauffällig. Die intraoperative Angioskopie zeigte ein Re-entry in die Aorta descendens. Es erfolgte das obengenannte Procedere. Unmittelbar

postoperativ wurde die Patientin mit milder Katecholaminunterstützung, ohne Stimulation, kreislaufstabil und beatmet auf die kardiochirurgische Intensivstation verlegt. Bei unauffälligen neurologischen Status konnte sie bereits im Verlauf der Nacht extubiert werden

Über den weiteren Verlauf werden wir Sie unterrichten.

Mit bestem Dank für die Zuweisung verbleiben wir
mit freundlichen kollegialen Grüßen

Prof. Dr. H. Jakob
Direktor der Klinik

Dr. J. Benedik
OA der Klinik