

Hintergrund

Die therapeutische Antikoagulation stellt eine unumgängliche und vielfach diskutierte medizinische Notwendigkeit in der Behandlung kardiovaskulärer Erkrankungen dar. Dies wirft regelmäßig für den Chirurgen die Frage auf, wie das optimale Gerinnungsmanagement eines solchen Patienten in der perioperativen Phase zu planen ist.

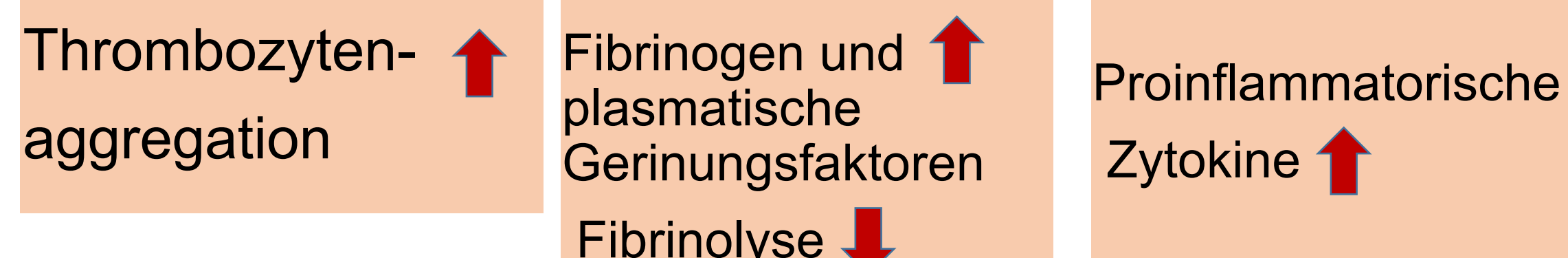
Stentthrombose: die Achillesferse der interventionellen Kardiologie [2]

- Risiko für Stentthrombose
 - Akute ST: innerhalb 24h 0,4%
 - Subakute ST: zwischen 24 h und 30 Tage 0,4%
- Mortalität 20-40%
- Unabhängige Prädiktoren von „frühen Stentthrombosen“:
 - UNTERBRECHUNG der dualen Plättchenaggregation** Hazard Ratio [HR] 26,8
 - Maligne Erkrankungen Odds Ratio [OR]: 17,45;
 - Diabetes mellitus OR: 3,14; [1,33; 7,45]

Pathophysiologie für das Entstehen einer Stentthrombose [3]

Chirurgischer und anästhesiologischer Einfluß

- „Kardialer Stresstest“
- Postoperative Schmerzen
- Erhöhter Sympatikonotus
- Hypothermie,
- Blutverlust und Anämie,
- Fasten
- Dehydratation

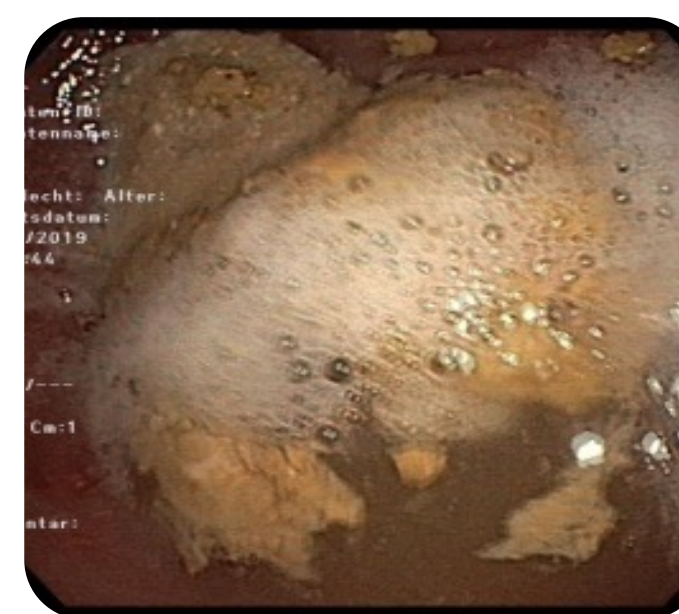
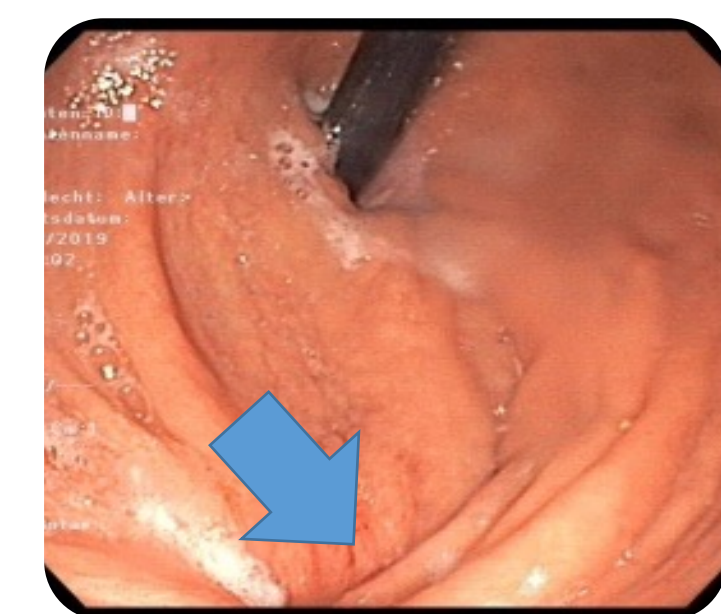


Fallbericht

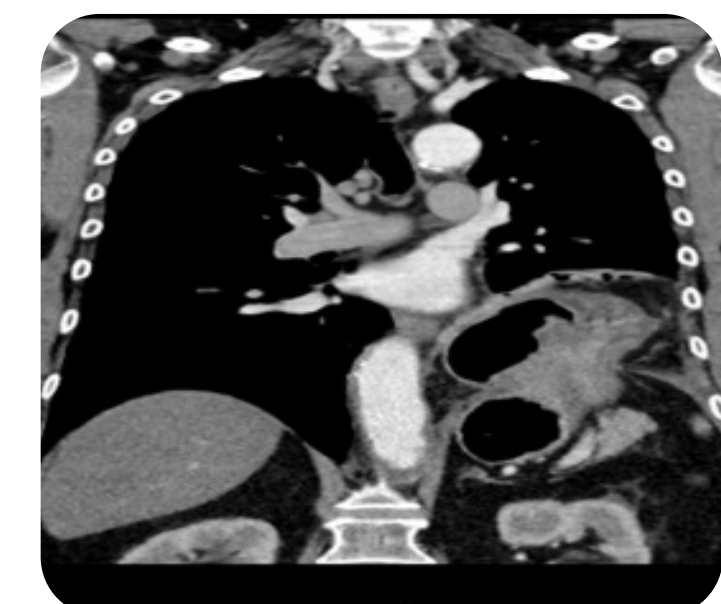
61 jährige Patientin mit ACS
PTCA: Koronare Dreifäßerkrankung

DES-Implantation in den
Ramus interventricularis
anterior

10 Tage nach
Intervention
persistierende Übelkeit
und Erbrechen



- Upside-Down-Magen mit Hernierung des Magencorpus nach intrathorakal mit Nahrungsretention
- Cameron Läsionen
- Refluxösophagitis Grad III (nach Savary Miller)

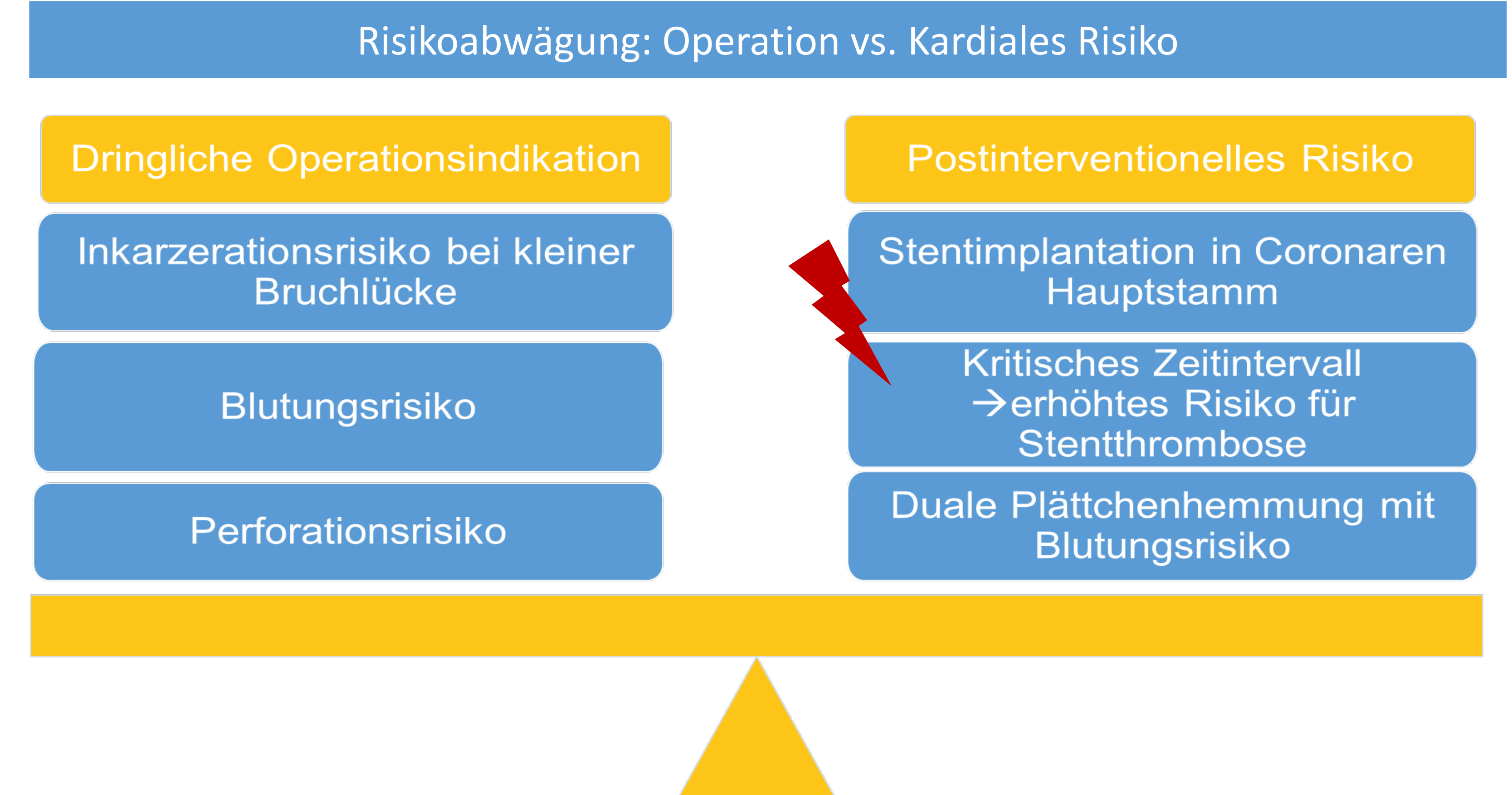


- Traumatische Zwerchfellhernie (Bruchlücke ca 3cm)
 - Inkarzeration nicht sicher auszuschließen

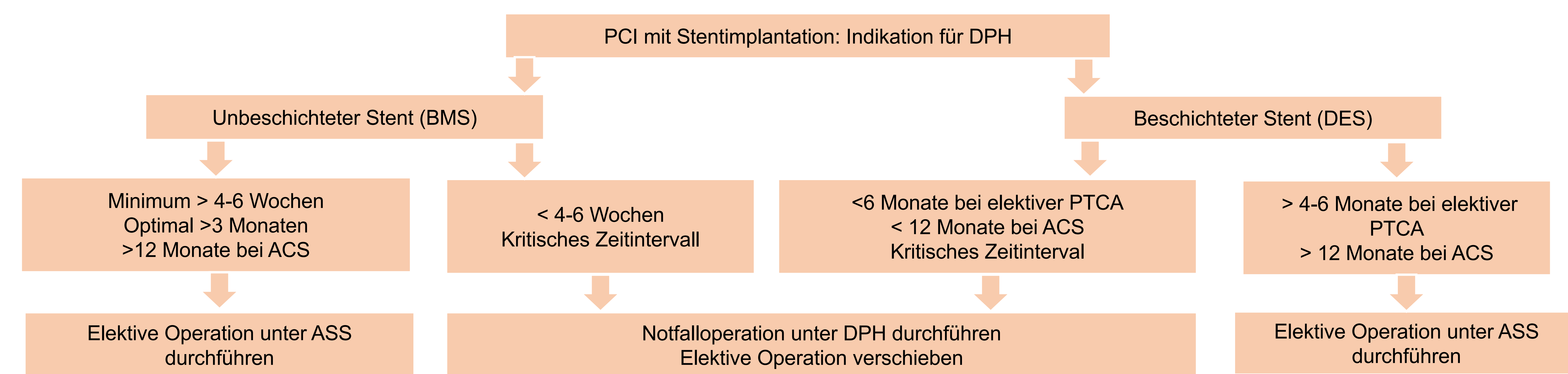
- Parenterale Ernährung
- Endoskopische und kardiologische Kontrollen
- engmaschige klinische Beobachtung, .

„Frühelektiv“ - 4 Wochen unter einer Monotherapie mit Clopidogrel: offene Reposition des Bruchinhaltes mit plastischem Verschluss des Zwerchfeldefektes.

Intensivmedizinische Überwachung n= 5 Tage mit täglichen kardiologischen Kontrollen



Empfehlungen der europäischen Gesellschaft für Kardiologie für nicht herzchirurgische Operationen nach Koronarangiografie mit Stentimplantation [1]



Schlussfolgerung

Der vorliegende Fall zeigt die Extremvarianate zwischen einem chirurgisch dringlichem Eingriff und einem nicht „Dürfen“. Er veranschaulicht die dringende Notwendigkeit der stets geforderten interdisziplinären Entscheidungsfindung für einen optimalen Operationszeitpunkt.

Literatur:
(1) M. Kelm et al.: Kommentar zu den 2014- Leitlinien der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie (ESC) und der Europäischen Gesellschaft für Anästhesiologie (ESA) zum Management kardiovaskulärer Erkrankungen bei nicht-kardialen chirurgischen Eingriffen, Kardiologie 2015
(2) Brenner S J et al.: The Impact of Timing of Ischemic and Hemorrhagic Events on Mortality After Percutaneous Coronary Intervention - The ADAPT-DES Study, JACC: CARDIOVASCULAR INTERVENTIONS 2016, (3) Vicenzi MN, Meislitzer T, Heitzinger B, Halaj M, Fleischer LA, Metzler H: Coronary artery stenting and non-cardiac surgery-a prospective outcome study, Br J Anaesth 2006;