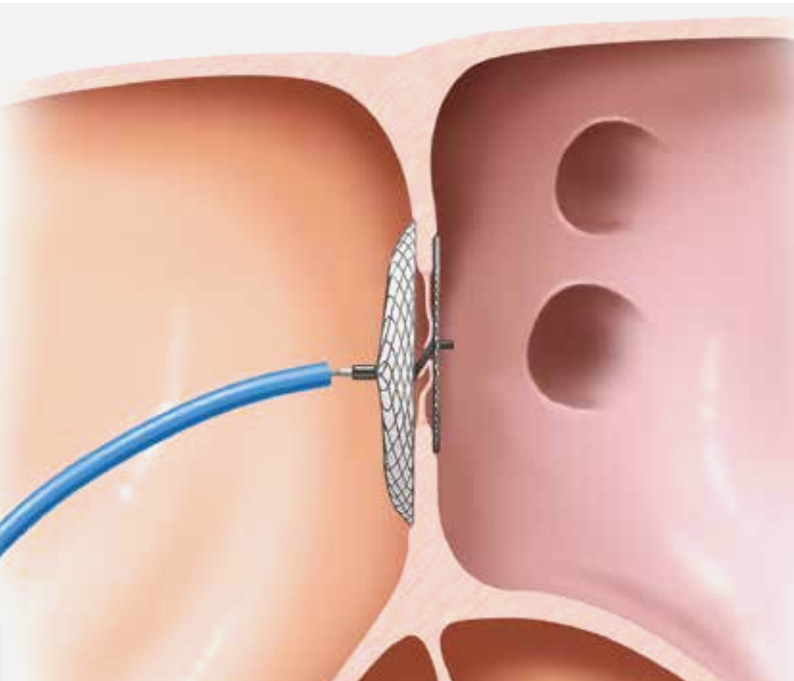




Interventioneller Verschluss von Vorhofseptumdefekten

Patienteninformation

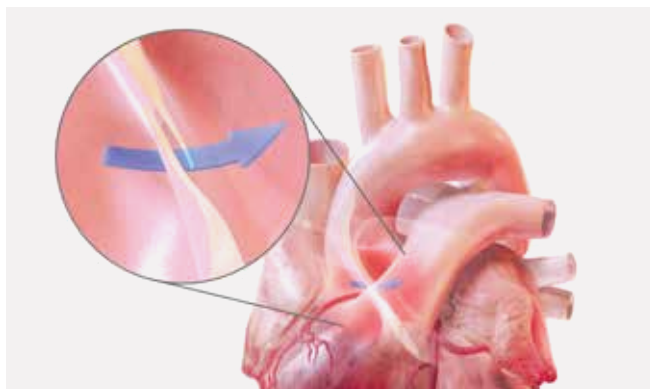


Alfried Krupp Krankenhaus

Was ist ein persistierendes Foramen ovale?

Jeder vierte Mensch in Deutschland hat ein offenes persistierendes Foramen ovale (PFO), ein kleines Loch zwischen den beiden Herzvorhöfen. Das PFO steht – besonders bei jüngeren Erwachsenen – im Verdacht, einen Schlaganfall zu begünstigen.

Ein offenes persistierendes Foramen ovale (PFO) ist eine türartige Öffnung in der Vorhof-Trennwand des Herzens zwischen dem rechten und dem linken Vorhof. Es ist ein Relikt aus der vorgeburtlichen Phase. Das ungeborene Kind erhält Sauerstoff über die Nabelschnur, da die Lunge noch nicht arbeitet. Das sauerstoffreiche Blut aus der Nabelschnur wird durch das PFO von der rechten auf die linke Herzseite geführt und gelangt von dort weiter in den Körperkreislauf. Diese Verbindung über das PFO verschließt sich nach der Geburt meistens spontan. Bei jedem vierten Menschen bleibt sie jedoch dauerhaft offen. Dieses persistierende Foramen ovale stellt in der Regel keine Beeinträchtigung für die Gesundheit dar.



Wann sollte behandelt werden?

Zur Gefahr kein ein PFO werden, wenn sich in den Beinvenen Blutgerinnsel (Thromben) bilden. Unter bestimmten Voraussetzungen können die Gerinnsel durch das PFO gelangen und über die Schlagadern ins Gehirn gespült werden. Wenn sie im Gehirn eine wichtige Arterie verstopfen, löst dies einen Schlaganfall aus. Medizinisch gesehen, spricht man hier von einer paradoxen Embolie.

Vor allem bei jungen Schlaganfall-Patienten findet sich häufig als alleinige mögliche Schlaganfallursache ein PFO. Des Weiteren ist bei größeren Defekten der Vorhofscheidewand mit Störungen im Herzkreislauf zu rechnen, so dass eine eingeschränkte körperliche Belastbarkeit auftreten kann.

Ein PFO kann mit einem Schluck-Herzultraschall (transösophagealer Echokardiographie, TEE) diagnostiziert werden.

Indikation für einen interventionellen PFO-Verschluss

Eine Behandlung des PFO durch einen interventionellen Verschluss kann bei folgenden Indikationen sinnvoll sein:

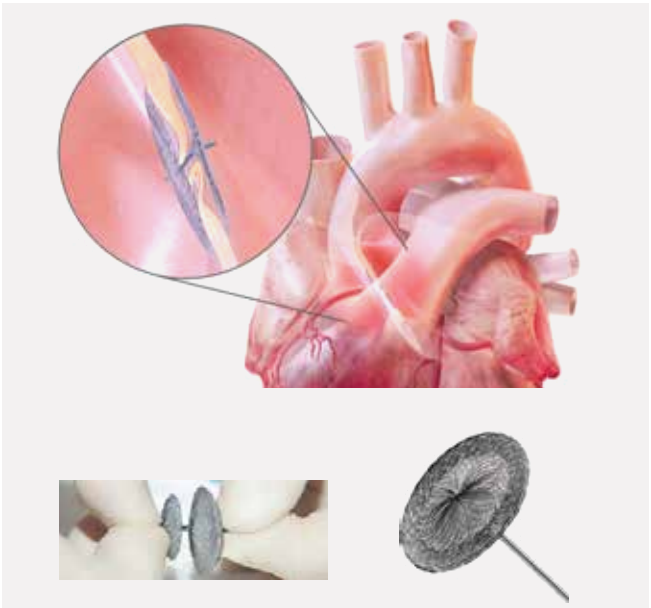
- Nachweis einer Durchblutungsstörung (Apoplex oder transitorische ischämische Attacke) oder einer arteriellen Embolie.
- Sorgfältiger Ausschluss anderer häufiger Apoplexursachen mittels Carotis-Doppler, TEE und Langzeit-EKG.
- Nachweis eines PFO mit Blutübertritt vom rechten zum linken Vorhof (Rechts-Links-Shunt) im TEE (Schluck-Herzultraschall).

Besonders scheint diese Methode für Patienten mit geringem kardiovaskulären Risiko, begleitendem Vorhofseptumaneurysma (Aussackung) und signifikantem Shunt beziehungsweise großem PFO geeignet zu sein.

Eine Berücksichtigung der aktuellen Leitlinien – besonders auch die der deutschen Gesellschaft für Neurologie – ist selbstverständlich für uns. Aufgrund der kontroversen Datenlage wird bei jedem Patienten eine individualisierte Entscheidung für oder gegen einen „Schirmchenverschluss“ getroffen. Dies geschieht immer in enger Absprache mit den behandelnden Neurologen unter Berücksichtigung der Vorbefunde.

Wann und wie kann man das PFO verschließen?

Seit einigen Jahren besteht die Möglichkeit, ein PFO über einen risikoarmen Katheter-Eingriff zu beheben. Dabei wird ein kleiner Schirm im PFO platziert, der das Loch dauerhaft verschließt. Eine Herzoperation kann so vermieden werden. Der Eingriff wird unter örtlicher Betäubung durchgeführt. Patienten verspüren hierbei keine Schmerzen und können in der Regel nach kurzer Nachbehandlungszeit wieder entlassen werden. Um die Aufenthaltsdauer auf unserer kardiologischen Station für unsere Patienten so kurz wie möglich zu gestalten, können die erforderlichen Untersuchungen und Aufklärungen bereits ambulant erfolgen. Dabei ist es in der Regel auch schon möglich, den zu erwartenden Behandlungszeitraum anzugeben.



Wie geht es nach dem Eingriff weiter?

Aktuelle Studien haben bewiesen, dass der interventionelle PFO-Verschluss einer dauerhaften medikamentösen Blutverdünnung zumindest gleichwertig, wenn nicht sogar überlegen ist. Mit den zur Verfügung stehenden Schirmsystemen können, bei sehr geringem Risiko, Verschlussraten von fast 100 Prozent erzielt werden. Die dauerhafte Blutverdünnung – und ein damit über die Jahre zunehmendes Blutungsrisiko – können durch den Verschluss vermieden werden.

Die Nachbehandlung besteht aus der vorübergehenden täglichen Einnahme von ASS 100mg und Clopidogrel 75mg für sechs Monate. Ferner muss für diesen Zeitraum an eine Endokarditisprophylaxe bei entsprechenden Eingriffen gedacht werden. Anschließend ist eine ambulante Kontrolluntersuchung inklusive eines Kontroll-TEEs notwendig, um den Sitz und den Einheilungserfolg zu kontrollieren.

Kontakt

Verantwortliche ärztliche Leitung für PFO-Verschlüsse



Priv.-Doz. Dr. med. Hagen Kälsch
Leitender Oberarzt
Stellvertreter des Chefarztes

Terminvereinbarung

Klinik für Kardiologie, Elektrophysiologie,
Gastroenterologie und Intensivmedizin
Prof. Dr. med. Thomas Budde
Chefarzt

Sekretariat

Gabriele Riese
Telefon 0201 434-2525
Telefax 0201 434-2376
innere1@krupp-krankenhaus.de

Alfried Krupp Krankenhaus
Rüttenscheid
Alfried-Krupp-Straße 21
45131 Essen

www.krupp-krankenhaus.de

24h Notfallnummer
0201 434-41588