Kardiale Dekompensation nach dem Kaiserschnitt

Das hätte man vorher hören können!

Bei einer 32-Jährigen, die bisher als vollkommen gesund galt, entwickelt sich nach einer Sektio eine schwere kardiale Dekompensation mit beginnendem kardiogenen Schock. EKG und Echokardiografie ergeben einen überraschenden Befund. Erstaunlich vor allem deswegen, weil das Krankheitsbild bis zu diesem lebensbedrohlichen Ereignis unbekannt war – obwohl man schon bei der einfachen Auskultation hätte hellhörig werden müssen.

— Abgesehen von den üblichen Kinderkrankheiten war die Patientin bisher immer gesund. Auch die erste Schwangerschaft inklusive Sektio verlief problemlos. Soweit eruierbar war bei der Patientin auch nie ein EKG abgeleitet worden. Im Verlauf der zweiten Schwangerschaft klagte die Patientin über eine leichte Belastungsdyspnoe, die jedoch als situationsbedingt interpretiert wurde.

Die Patientin hatte eine angeborene Aortenklappenstenose (Abb.), die bis zur Sektio weitgehend asymptomatisch war.

Beginnendes Lungenödem

Auch diesmal verlief die Sektio zunächst komplikationslos. Kurz nach dem Eingriff kam es aber zu einer starken Dyspnoe mit Blutdruckabfall und Tachykardie. Bei der Lungenauskultation fanden sich feuchte RGs im Sinne eines beginnenden Lungenödems. Auf der Intensivstation wurde sie notfallmäßig mit einem Schleifendiuretikum i. v. und Dobutrex i. v. behandelt. Darunter kam es rasch zur Rekompensation mit Stabilisierung der Kreislaufverhältnisse.

Die Ursache dieses dramatischen Verlaufs war zunächst unklar, da angesichts des Alters ein akutes Koronarsyndrom unwahrscheinlich war und während der operativen Entbindung auch kein übermäßiger Blutverlust eingetreten war.

Farbdoppler zeigt die Diagnose

Doch das daraufhin abgeleitete EKG zeigte eindeutige Hinweise auf eine Linksherzhypertrophie mit Linksherz-

schädigung. Eine hypertensive Herzerkrankung als Ursache schied aus, da bei der Patientin nie hypertone Blutdruckwerte dokumentiert worden waren. Die Auskultation ergab ein lautes rauhes Systolikum mit p. m. über dem zweiten ICR parasternal mit Ausstrahlung in die Karotiden. Eine Farbdoppelerchokardiografie ergab einen überraschenden Befund, nämlich eine hochgradige nicht kalzifizierte Aortenklappenstenose mit einem mittleren transvalvulären Druckgradienten von 60 mmHg. Somit bestand die dringende Indikation für einen prothetischen Aortenklappenersatz.

Warum wurde die Diagnose nicht früher gestellt?

Die Patientin hatte eine angeborene Aortenstenose. Hier drängt sich die Frage auf, warum das Vitium nicht früher diagnostiziert wurde. Es ist kaum vorstellbar, dass bei entsprechender sorgfältiger Auskultation das Herzgeräusch

nicht aufgefallen wäre. Man muss annehmen, dass die Patientin bisher nie auskultiert wurde, auch nicht im Rahmen der Schwangerschaften und der vorangegangenen Entbindung.

Aortenstenosen oft lange klinisch stumm

Kongenitale Einengungen des linksventrikulären Ausflustraktes bzw. der Aortenklappe sind selten. Dabei werden verschiedene pathologisch anatomische Erscheinungsformen beschrieben, nämlich die unikuspide, die bikuspide und die trikuspidale Aortenstenose. Allen Formen gemeinsam ist der hypoplastische und dysplastische Klappenring mit verdickten immobilen Klappentaschen. Darüber hinaus gibt es aber auch subvalvuläre und supra-valvuläre Stenosen, die muskulär oder fibromuskulär verursacht sind.

Angeborene und erworbene Aortenklappenstenosen unterscheiden sich nicht in Pathophysiologie, Auskultationsbefund und klinischem Verlauf. Beide können lange asymptomatisch bleiben und plötzlich, wie im dargestellten Fall, zur kardialen Dekompensation oder auch zu einer malignen Herzrhythmusstörung mit akutem Herztod führen.

DR. MED. PETER STIEFELHAGEN ■

Fabula docet

Auch junge Herzen routinemäßig auskultieren!

Auch bei jüngeren Patienten empfiehlt sich die routinemäßige Herz auskultation, um angeborene Vitien nicht zu übersehen. Solche können nämlich in besonderen Belastungssituationen wie zum Beispiel einer Entbindung zu einer lebensbedrohlichen hämodynamischen Instabilität führen.