

INHALTSVERZEICHNIS

1. Päd 10 - Innere & Herzchir Zyantische Herzfehler	1
1.1. ab jetzt Kardiologie	1
1.2. Fallot	1
2. Vasquez	1
2.1. OP-Fakten	1
3. Kardio II	1
3.1. Transpo der großen A = TGA	1
4. Vaz II	2
5. Kardio III	2
5.1. univentrikuläres Herz	2

- Systolikum der Pulmonalklappe vorhanden, das ist kein Geräusch einer relativen Stenose der Aortenklappe, da Aortenklappe immer sehr groß mit laminarer Stömung
- Diagnose: Echo
- OP früher im Kleinkindsalter, heute frühe Operationsfähigkeit
- größere Kinder setzten sich instinktiv in die Höhe um den peripheren Widerstand zu erhöhen
- biologische Klappen müssen natürlich zeit zu Teit ersetzt werden
- OP-Schnitt durch den Muskel macht obligaten RSB
- Mortalitätsgipfel 20-30
- Coronarien sind nicht zu klein um die bei kontroll-MRT nicht zu sehen

2. VASQUEZ

2.1. OP-Fakten.

- elektive OP mit Patch oder plattentragendem Conduit
- Gefahr: Coronarien laufen gerne intramural, in 20% an den Standardzugängen
- Guter Film: Balalock-Taussig: Was gott gemacht hat
- als erstes Aorto-Pulmonaler-Shunt mit Goretex, eine der beiden Subclavia werden festgenäht oder etwas zentraler
- Zweite OP 5 Monate später, Patch muss natürlich schief sein
- Klappentragendes Konduit hat 1,5cm Durchmesser → Wechsel nötig im Alter von 3
- Klappen sind biologisch, da sie eh getauscht werden mpssen
- OP-Dauer 8h, 2h Ischämiezeit

3. KARDIO II

- Frauen die Fallot haben/hatten: Check auf Mikodeletion 22q11 wegen Erblichkeit

3.1. Transpo der großen A = TGA.

- häufigster bei Neugeborenen gefundene zyantischer Herzfehler
- (Fallot wird bei leichten Formen oft erst später entdeckt)
- isolierter Herzfehler bei reifem Kind

1. PÄD 10 - INNERE & HERZCHIR ZYANOTISCHE HERZFEHLER

Hövels & Vasquez

1.1. ab jetzt Kardiologie.

- Fallotsche z.B. steigt im Anteil, wegen mehr Abtreiugen bei z.B. chromosomalem Aberationen

1.2. Fallot.

- Fehlbildung ist eigentlich ganz einfach: das Septum ist einfach an den falschen Stellen festgewachsen
- VSD immer vorhanden (1)
- Aortadextraposition (2) = eigentlich ist aber das Septum wo anders → Aorta genau über dem VSD, Blut kommt 50:50 aus den Kammern
- Pulmonalstenose od. Atresie (3)
- konsekutive rechtherypertroph. (4)
- Koronarien oft ebenfalls mit Fehlbildung, ebenso gelegentlich auch ein ASD
- (Pulmonalatresie nicht automatisch mit Fallot assoziiert)
- Tiefe der Zyanose ist abhängig der Fehlbildung des pulmonalen Anschlusses

- oft mit VSD dabei
- immer foramen Ovale offen da das Kind sofort stirbt, Duktus wird offen gehalten damit man zweites SHunt hat
- Diagnose idR pränatal
- Gefäße stehen im Echo parallel
- Rashkind-Manöver bekannt, interessant: Nabelvene möglich zur Katheterisierung – ggf mehrfach → über 75% Sättigung
- bis 1990 Atrial switch, heute arterial Switch
- Rashkind: 50% werden über 10, Vorhofumkehr: 75% werden 30, bei art. Switch: über 90%
- Klassiker post-OP: Klappeninsuffizienzen usw, kardiologische Weiterbetreuung erforderlich

4. VAZ II

- alte Vorhofumkehr = Mustard-Operation → Perikardbeutel wird dabei zu Tunnel geformt
- weiterentwickelte Form: Senning, mitwachsender Path durch Lappentechnik
- Schwierig bei Arterial switch: Koronarien müssen anastomosiert werden

- Patienten haben keine AP, d die Nerven kaputt sind, nur Dispnoe und so

5. KARDIO III

5.1. univentrikuläres Herz.

- meistens fehlt die rechte Kammer oder ist nicht gut
- immer zyanotisches Mischblut
- Operation: Direktanklemmung der Lungen an das rechte Atrium
- Kinder leider oft etwas behindert
- bei schlechtem Linksherz wird alles über den Duktus versorgt, auch die Koronarien, sehr schwerer Herzfehler
- Kinder werden schon mit Hirnschaden geboren, nicht nur durch die OPs
- Vazquez: alles nicht wirklich gut leider und fummellei
 - bis Alter von 2 Bändelung der Pulmonales & Stenose des Duktus
 - danach entsprechender Umbau
 - leider oft Aszites usw. durch Stau
 - Palliation nur, keine Korrektur