

INHALTSVERZEICHNIS

1. Päd 19 - Kinderkardio-Fehlbildungen	1
1.1. ASD	1
1.2. Lungenfalschanschluss	1
1.3. VSD	1
1.4. Isthmusstenose	1

1. PÄD 19 - KINDERKARDIO-FEHLBILDUNGEN

1.1. ASD.

- = atrialer Septumdefekt
- Rückfluss macht Dilatation des rechten Atriums & Ventrikel
- linker Ventrikel wirkt total klein, dabei ist er zwar kleiner aber idR nicht zu klein um den Körper zu versorgen
- Druckunterschied ist ziemlich klein, 2 oder 3 mmHg
- Shuntvolumen liegt nicht primär am Druckunterschied der Vorhöfe
- wichtigster Grund: Compliance der Kammer → rechts ist der Ventrikel elastischer → Blut fließt da hin
- Folge: primär keine pulmonale Hypertension weil die Lunge eine riesige Reserve-Kompensation kann (vgl. HZV beim Sport)
- beim Kind also: Normalerweise keine pulmonale Hypertension
- VSD nach 40 Jahren evtl natürlich doch
- Fluss natürlich besonders in der Ventrikeldiastole = Vorhofsystem
- so auch in der Dopplergrafik des UKG
- der häufigste Herzfehler überhaupt
- oft wird das intrauterin bereits gefunden → Behandlung kann früh geplant werden und Vorbereitung der Eltern ist möglich
- Auskultation: Gespaltener 2. Ton, da die Pulmonalklappe wegen des Volumens später zu macht
- leises Diastolikum
- und leises Systolikum über der Pulmonalklappe durch die relative Stenose bezogen auf das Volumen (2. ICR)

1.2. Lungenfalschanschluss.

- DD zum ASD
- Lungenvene des Oberlappens mündet in die Cava z.B. → gar nicht selten
- muss nicht immer operiert werden, 20% Shuntvolumen geht noch z.B.

1.3. VSD.

- = Ventrikelseptumdefekt
- rechter Ventrikel dilatiert nicht(!), da er keine Volumenbelastung erfährt
- der linke Ventrikel macht die Arbeit
- Pulmonal verstärkt mit Volumen belastet, da geringer Widerstand
- Typisches Missverständnis: bei viel Widerstand ändert sich nicht der Druck sondern der Durchfluss alleine
- → Lungendruck gleich, aber Widerstand geringer
- OP nötig da die Lunge leidet → im Extremfall ist der Lungenwiderstand größer als der Körperwiderstand → Umkehr des Shunts und Zyanose
- dann ist eine OP nicht mehr möglich, da die Lunge mit niedrigerem Druck nicht mehr arbeiten kann
- extrem deutlich zu hörendes systolisches Geräusch
- bei einem kleinen VSD ist das harmlos, man lässt das einfach so mit Systolikum
- Schweres muss natürlich operiert werden
- dummerweise bessert sich die Shuntsituation mit steigender pulmonaler Resistance durch die Schädigung → Weniger Beschwerden – dann irgendwann Shuntumkehr, Zyanose und Tod
- 2. Herzton ist extrem deutlich klack oder so – ..einzeln und betont..

1.4. Isthmusstenose.

- idR. Distal aller oberen Abgänge
- manchmal geht die Axillaris aber auch unterhalb der Stenose ab
- konzentrische Hypertrophie durch Druckbelastung
- Blutdruck gerne nur 20 mmHg von unten und oben

- auch hochgradige Stenose kann im RR nicht auffallen durch extrem ausgeprägte Kollateralen → hinten über die kleinen Rippendinger → Pulsationen an den Rippen spürbar
- Toracicae internae Kollateralen von vorne
- wird extrem häufig übersehen trotz des Pulsunterschieds
- rechter Arm nur seltenst distal der Stenose angeschlossen → Referenzarm rechts
- Kombination mit persistierendem Botalli möglich, tötet schnell → Sättigungsdifferenz von ca 10% bei der Pulsoxymetrie