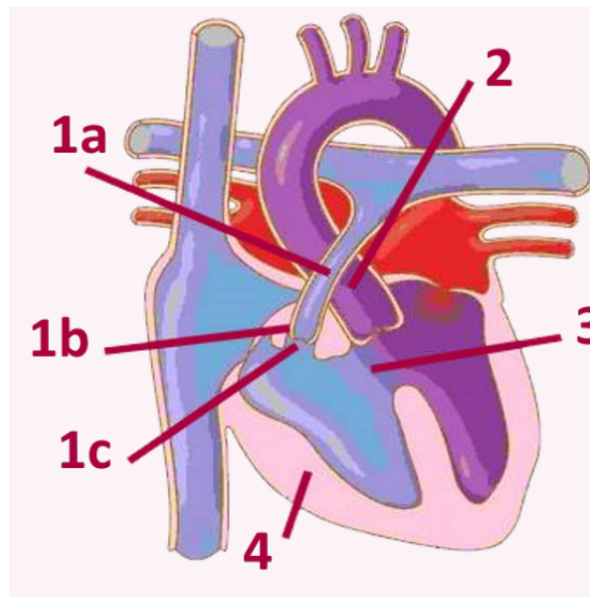


Hypoxämischer Anfall bei Fallot-Tetralogie

- Fallot-Tetralogie = seltener Herzfehler mit vier Komponenten: Pulmonalstenose, Ventrikelseptumdefekt, Rechtsherzhypertrophie sowie über der Herzscheidewand „reitende“ Aorta
- hypoxämische Anfälle treten nur bei einem Teil der Fallot-Kinder auf, jedoch kaum bei anderen zyanotischen Herzfehlern
- ein solcher Anfall muss notfallmäßig behandelt werden, sein Auftreten erfordert meist eine baldige chirurg. Korrektur der Fallot-Tetralogie

Auslöser/Ursachen

- Belastung, z.B. Schreien, Toben, Nahrungsaufnahme, Aufwachen
- plötzlicher Abfall des systemischen Widerstands, z.B. infolge Hypovolämie oder zu warmem Baden
- oft ohne erkennbare Ursachen oder äußere Anlässe
- der Auslöser bedingt einen Spasmus der hypertrophierten Infundibulum-Muskulatur am Herzen



Fallot-Tetralogie

- 1a* Stenose im Pulmonalarterienstamm
- 1b* Pulmonalklappenstenose
- 1c* Stenose im rechtsventrikulären Ausflusstrakt
- 2* rechtsverschobene Aorta
- 3* Ventrikelseptumdefekt
- 4* Rechtsherzhypertrophie

Symptomatik/Verlauf

- Unruhe, Ängstlichkeit
- Tachypnoe, Tachykardie (>150/min)
- zunehmende, tiefe Zyanose
- Tonusverlust der Muskulatur
- Bewusstseinstäubung bis zur Bewusstlosigkeit
- Krampfanfälle

Erstmaßnahmen

- beruhigend auf das Kind einwirken
- Beine in Beuge- bzw. Hockstellung bringen (steigert den systemischen Widerstand)
- O₂-Gabe (altern. Frischluftzufuhr am offenen Fenster), möglichst Monitoring (Sättigung, Puls)
- Notruf (Notfall-Team)

Intensivmaßnahmen

- Monitoring (EKG, RR, S_pO₂), O₂-Vorlage (Maske), i.v.-Zugang (frühestmöglich)
- Sedierung: Midazolam (0,1mg/kgKG i.v. o. 0,5mg/kgKG rektal/nasal), Diazepam (5-10mg rektal)
- Analgesie/symptomatische Therapie: Morphin 0,1-0,2mg/kgKG i.v./s.c.
- Volumenbolus 10-20ml/kgKG i.v. (zügig)
- bei ausbleibender Besserung:
 - Sedierung ggf. vertiefen, Relaxierung, Intubation, 100% O₂-Zufuhr
 - weitere großzügige Volumenboli und symptomatische Therapie: ggf. Gabe von Bikarbonat (Azidose-Pufferung), Noradrenalin (Vasokonstriktion), Beta-Blocker u.a.

Quellen:

Apitz, J (Hrsg.) (2002). *Pädiatrische Kardiologie: Erkrankungen des Herzens bei Neugeborenen, Säuglingen, Kindern und Heranwachsenden* (2. Auflage). Darmstadt(Heidelberg, Deutschland: Steinkopff. DOI: 10.1007/978-3-642-57542-6

Böhne M, Jack T, Köditz H & Beerbaum P (2015). Kritische Herzfehler des Neugeborenen. *Neonatalogie Scan*, 04(02), 149-175. DOI: 10.1055/s-0034-1391992

Brisch R (2021). Hypoxämischer Anfall. *JuKiP*, 10(3), 107-108. DOI: 10.1055/a-1468-1023

Gortner L & Meyer S (Hrsg.) (2018). *Duale Reihe: Pädiatrie* (5. Auflage). Stuttgart, Deutschland: Thieme, 365. DOI: 10.1055/b.005-145246

Weil J, Bertram H & Sachweh JS (2011). *Leitlinie Pädiatrische Kardiologie: Fallot'sche Tetralogie*. Abgerufen unter www.dgpk.org/fileadmin/user_upload/Leitlinien/20%20LL%20Fallotsche%20Tetralogie.pdf

de.wikipedia.org/wiki/Fallot-Tetralogie

Bildquelle:

Universitätsklinikum Münster, www.ukm.de/fileadmin/_processed_/d/e/csm_4.53-ToF_DE_b183dc6c6f.jpg