

# Fallbericht Aortendissektion

Autorin: Claudia Rössing B.A., Klinikum der Stadt Ludwigshafen am Rhein

**Die Falldarstellung zeigt den Erkrankungsverlauf eines Patienten mit Typ-B-Aortendissektion, die im Alter von 49 Jahren auftrat. Relevante bekannte Vorerkrankungen sind eine arterielle Hypertonie. Weiter lag eine Übergewichtigkeit und ein Nikotinabusus vor.**

**E**in 49-jähriger Patient wurde durch den Notarzt mit der Verdachtsdiagnose „Herzinfarkt“ in eine norddeutsche Klinik eingeliefert. Der Patient berichtete über einen spontan einsetzenden, von der Brust bis zum Rücken ziehenden Schmerz, der sich wie ein blockierter Wirbel anfühle. Die Schmerzintensität nahm in kurzer Zeit massiv zu, zeitgleich wurde er kaltschweißig. Da die beschriebene Symptomatik nicht für einen Herzinfarkt passend war und ein erneuter massiver Schmerzschub auftrat, wurde eine Computertomographie (CT) der gesamten Aorta mit Kontrastmittel durchgeführt. Diese zeigte bei der Beurteilung der Gefäße ein Aneurysma der kompletten Aorta mit Nachweis eines Wandhämatoms im Bereich der Aorta ascendens, dem Aortenbogen und der Aorta descendens sowie auf Höhe der Carina einen Kontrastmittelübertritt in das falsche Lumen, dieses war bis zu den Iliakalgefäßen kontrastiert. Weiterhin zeigte sich eine Vasosklerose der Aorta abdominalis. Die Beurteilung des Thorax ergab eine regelrechte Darstellung der abgebildeten Weichteile ohne Nachweis pathologisch vergrößerter axillärer Lymphknoten sowie einzelner vergrößerter Lymphknoten mediastinal. Ein Perikarderguss konnte ausgeschlossen werden, es lag jedoch ein Pleuraerguss links mit einer maximalen Breite von ca. 2 cm, rechts mit einer maximalen Breite von ca. 5 mm mit angrenzenden Dystelektasen vor. Die Lunge war regelrecht perfundiert, ein Nachweis pulmonaler Rundherde lag nicht vor. In der Beurteilung des Abdomens stellten sich Leber und Milz glatt berandet und homogen perfundiert dar. Weiterhin lag eine regelrechte Darstellung des Pankreas vor, die Nebennieren waren beidseits schlank, pathologisch vergrößerte intraabdominelle, retroperitoneale oder inguinale Lymphknoten konnten nicht nachgewiesen werden. Nebenbefundlich zeigte sich eine Leistenhernie rechts. Aus der CT ergab sich gemäß oben dargestelltem Befund die Diagnose einer Typ B-Aortendissektion (Entry ca. 5 cm distal der linken A. subclavia) mit retrogradem intramuralem Hämatom der Aorta ascendens und des Aortenbogens. Daher wurde der Patient in eine Uniklinik verlegt. Dort wurde entschieden, dass zunächst eine konservative Therapie eingeleitet wird. Es erfolgten CT-Kontrollen im Abstand von 2 und 7 Tagen, die keinen veränderten Befund ergaben, so dass nach versuchter konservativer Therapie mit medikamentöser Blutdruckeinstellung und Analgesie bei persistierend schlechten Nierenretentionsparametern die Indikationstellung zur Stentgraftbehandlung der Aorta zur Abdichtung des Entry erfolgte. Daher wurden dem Pa-

tienten zwei Aortenstentprothesen in die thorakale Aorta von der linken Arteria subclavia bis zum Truncus coeliacus implantiert. Die Implantation verlief komplikationslos, die Abschlussangiographie zeigte ein gutes Ergebnis. Der postoperative Verlauf war unkompliziert bei unauffälliger Wundheilung und der Patient war nachfolgend auf Stationsebene mobil.

Sieben Tage nach Stentimplantation erfolgte eine CT-Angiographiekontrolle der gesamten Aorta nativ und mit Kontrastmittel. Diese ergab (soweit CT-grafisch beurteilbar) eine regelrechte Materiallage mit ausgeschalteter Perfusion und Thrombosierung des falschen Lumens im thorakalen Abschnitt der Aorta descendens. Distal des Stents zeigte sich die Dissektionsmembran der Aorta abdominalis unverändert, die in die rechte Arteria iliaca communis einstrahlt. Hier war das falsche Lumen weiterhin mit Kontrastmittel durchspült. Es lag eine regelrechte Perfusion der großen Visceralarterien vor, Perfusionsdefekte in Leber, Milz und Nieren konnten nicht nachgewiesen werden. Weiterhin erfolgte kein Nachweis freier intraabdomineller Flüssigkeit oder freier Luft. Es zeigten sich beidseits geringgradige Pleuraergüsse von jeweils unter 1 cm zu messender Ergussbreite sowie ein geringer Perikarderguss mit einer maximalen Ergusslamelle von 6 mm. Die Durchmusterung im Knochenfenster ergab keinen Nachweis stabilitätsgefährdender ossärer Destruktionen. Insgesamt lag bei bekannter Typ B Dissektion eine regelrechte Darstellung des Stentmaterials (ohne Hinweis auf Endoleak) vollständiger Ausschaltung des proximalen Entry mit vollständiger Thrombosierung des falschen Lumens im thorakalen Abschnitt sowie eine unveränderte Darstellung der Aortendissektion abdominalis und beidseitige geringgradige Pleuraergüsse sowie ein kleiner Perikarderguss vor.

Die Kreatininwerte des Patienten normalisierten sich zunächst, zeigten jedoch in der Abschlusskontrolle 9 Tage nach Stentimplantation einen geringen Kreatininwertanstieg. Trotz dieses Anstiegs wünschte der Patient die Entlassung, so dass der Patient, mit der Auflage auf die Trinkmenge zu achten, nach Hause entlassen wurde. Weiterhin wurden regelmäßige Wundkontrollen, die Entfernung des Nahtmaterials am 12.-14. postoperativen Tag und eine Kontrolle der Retentionsparameter nach 2 Tagen sowie bei weiter steigenden Retentionswerten die Durchführung einer Duplexsonographie der Nieren empfohlen. Eine Rehabilitationsbehandlung wurde angemeldet und durch das hausinterne Rehamanagement organisiert.