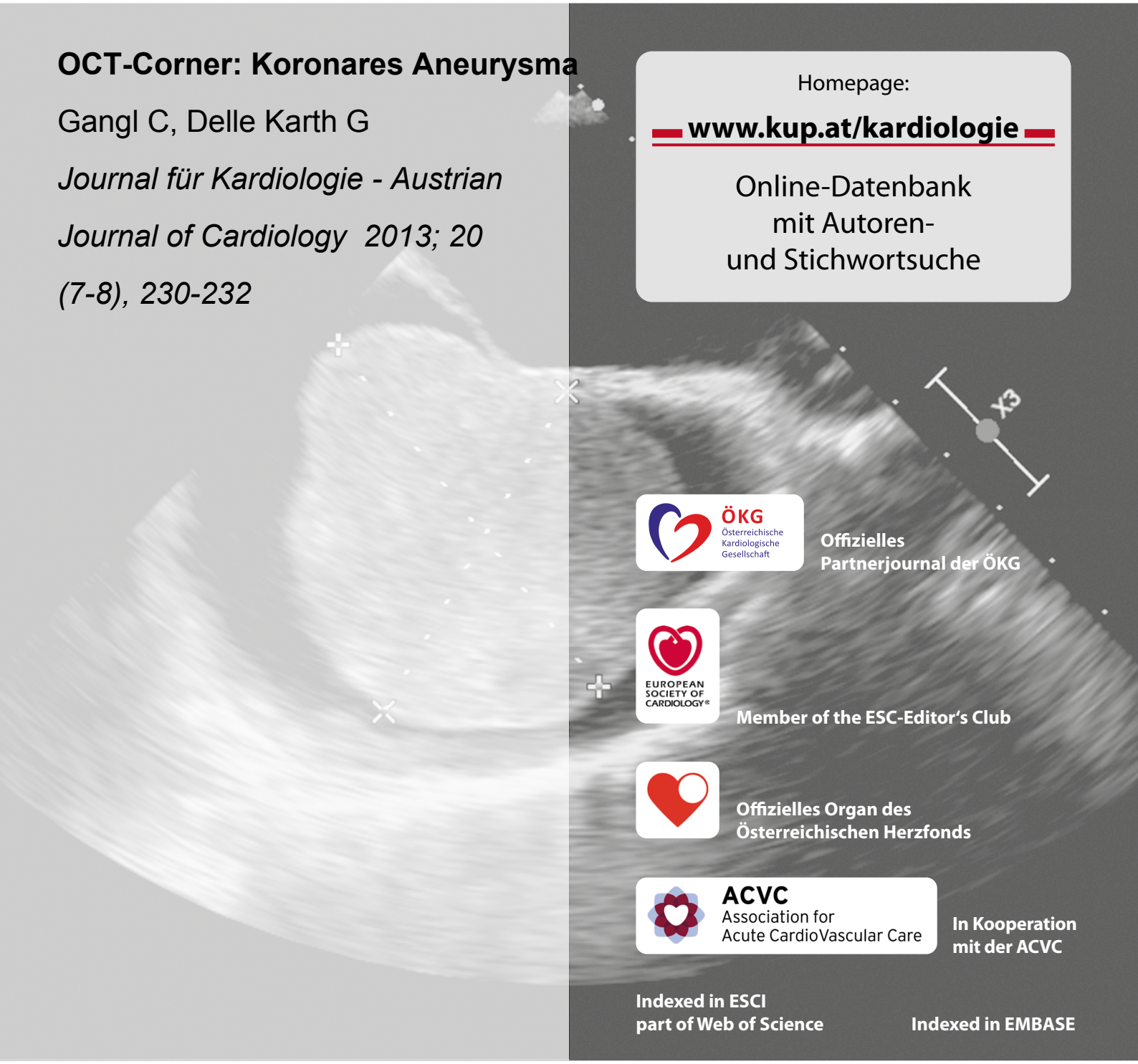
Journal für
Kardiologie
Austrian Journal of Cardiology
Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislauferkrankungen

OCT-Corner: Koronares Aneurysma

Gangl C, Delle Karth G

Journal für Kardiologie - Austrian Journal of Cardiology 2013; 20 (7-8), 230-232



Homepage:

www.kup.at/kardiologie

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

ÖKG Österreichische Kardiologische Gesellschaft
Offizielles Partnerjournal der ÖKG

EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY®
Member of the ESC-Editor's Club

Offizielles Organ des Österreichischen Herzfonds

ACVC Association for Acute CardioVascular Care
In Kooperation mit der ACVC

Indexed in ESCI part of Web of Science

Indexed in EMBASE

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz
P.b.b. 02Z031105M, Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21 Preis: EUR 10,–

Veranstaltungskalender

Hybrid-Veranstaltungen der Herausgeber des Journals für Kardiologie

Finden Sie alle laufend aktualisierten Termine auf einem Blick unter

www.kup.at/images/ads/kongress.pdf

OCT-Corner: Koronares Aneurysma

C. Gangl, G. Delle-Karth

Aus der Abteilung für Kardiologie, Universitätsklinik für Innere Medizin II, Wien

A11620 Softlink

Fallbericht

Über die Notfallabteilung des Hauses gelangte ein Patient zur Aufnahme, nachdem er in der Nacht zuvor aus dem Schlaf heraus eine kurze, aber heftige Episode von Angina-pectoris-Symptomatik verspürt hatte. Dem Patienten war 2003 im Rahmen eines akuten Infarktgeschehens ein Cypher-DES mit gutem postinterventionellen Ergebnis in die proximale LAD implantiert worden (Abb. 1, 2). Zwei Jahre danach kam es zu einer wahrscheinlichen, akut aufgetretenen, sehr späten Stentthrombose, welche mittels systemischer Thrombolyse erfolgreich behandelt wurde. Angesichts dieser medizinischen Vorgeschichte entschied man sich trotz seriell negativer Troponin-Bestimmungen zu einer Re-Angiographie.

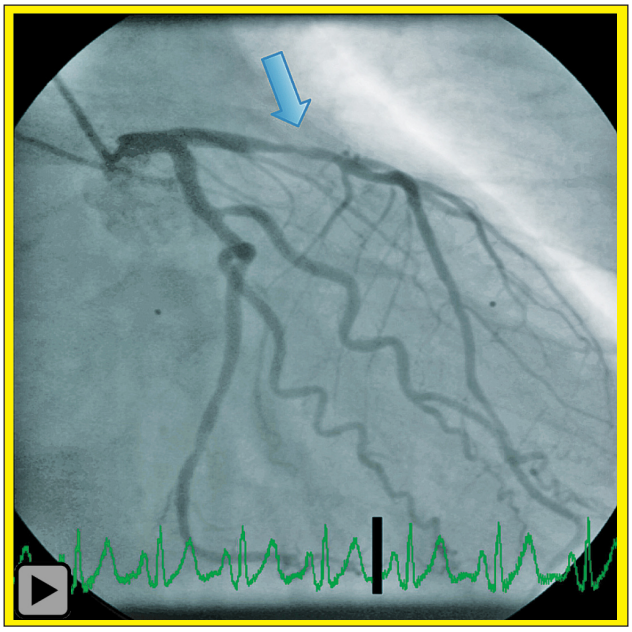


Abbildung 1: LAD 2003 – Prä-Stenting



Abbildung 2: LAD 2003– Post-Stenting, ohne Aneurysma

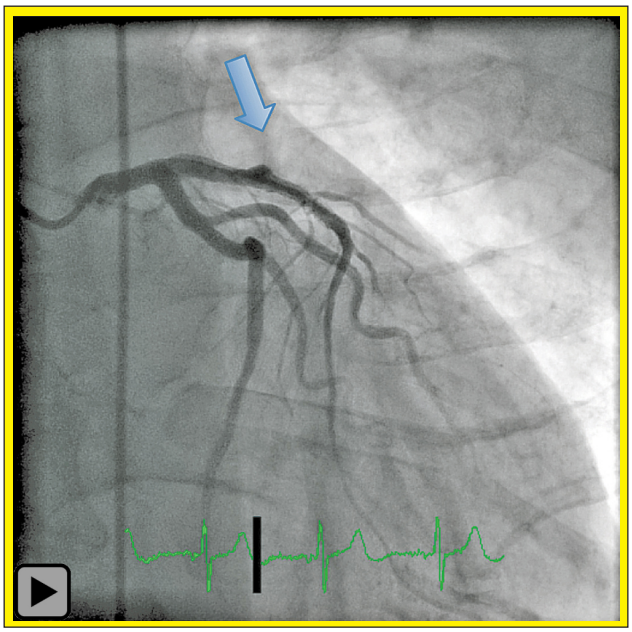


Abbildung 3: Aneurysmatische Ausbuchtung, LAO kranial

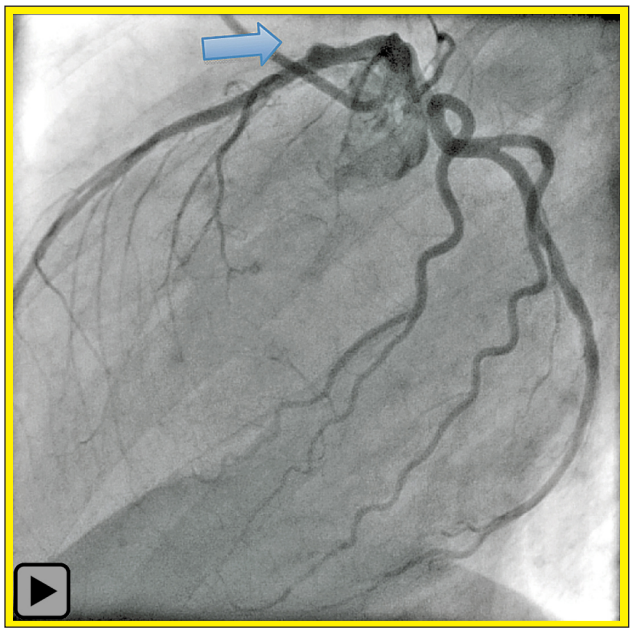


Abbildung 4: Aneurysmatische Ausbuchtung, LAO kaudal

For personal use only. Not to be reproduced without permission of Krause & Pachernegg GmbH.

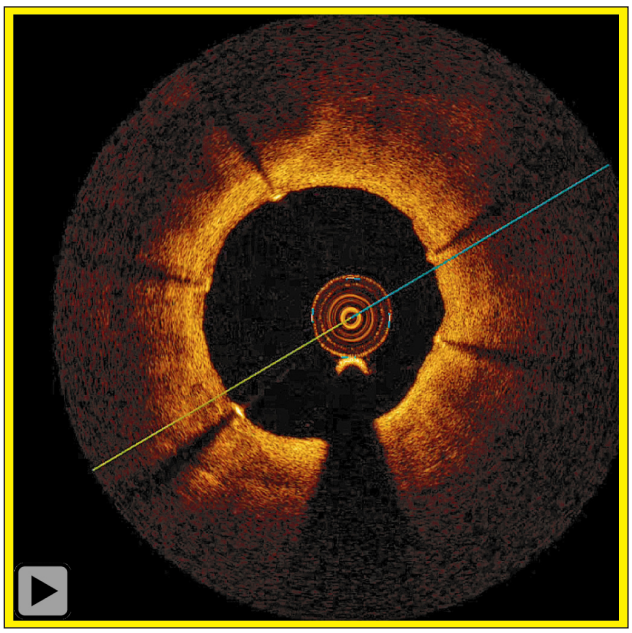


Abbildung 5: Normaler Gefäßdurchmesser distal des Aneurysmas (Fläche 6,54 mm², Durchmesser im Mittel 2,88 mm)

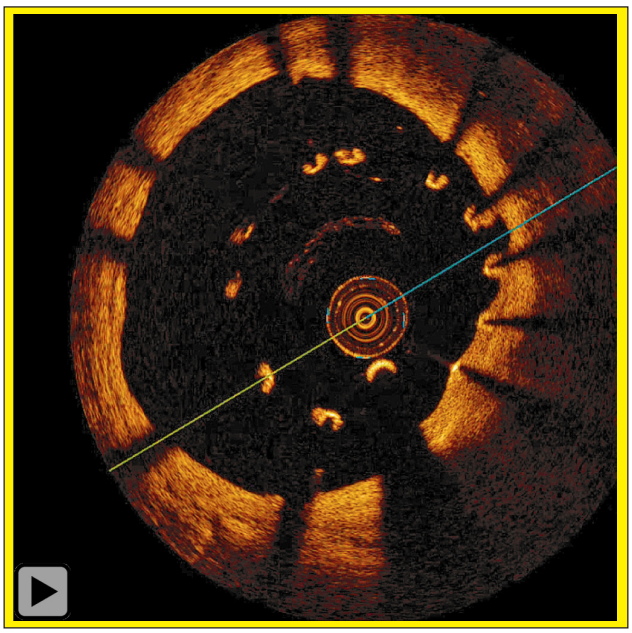


Abbildung 6: Aneurysmatische Ausbuchtung mit malappositionierten Struts (Fläche 17,26 mm², Durchmesser im Mittel 4,68 mm)

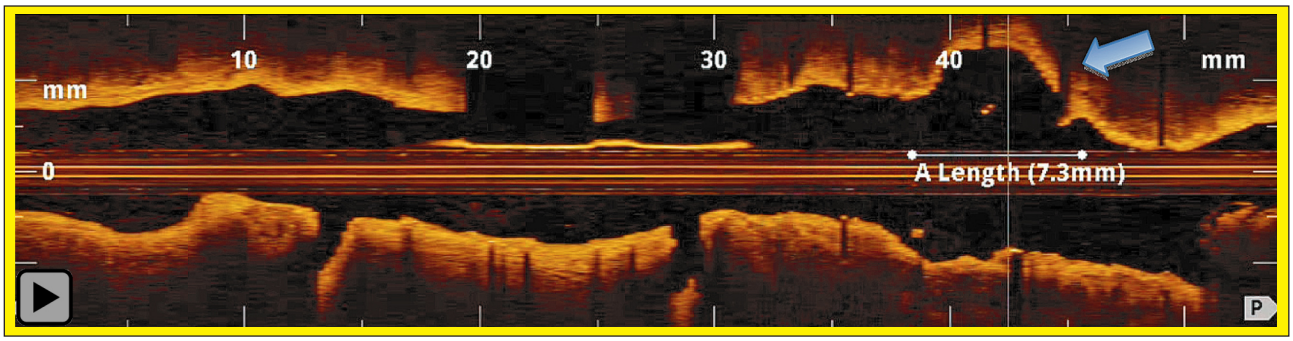


Abbildung 7: Längsschnitt mit aneurysmatischer Ausbuchtung bei 40 mm

Koronarangiographie

In der Koronarangiographie fand sich neben einer nicht-signifikanten Re-Stenose im Bereich der Stentmitte eine sakkuläre, aneurysmatische Ausbuchtung im proximalen Stentbereich (Abb. 3, 4). Man entschloss sich daraufhin zu einer genaueren Abklärung mittels OCT-Untersuchung, die einen freiliegenden Stentanteil im Bereich des echten Aneurysmas (Abb. 6, 7), bei zuvor normaler Stentmorphologie (Abb. 5), zeigte. Dabei zeigten sich alle Stentstruts in dem Bereich bedeckt. Eine darüber hinaus vorhandene Stenose des zweiten Diagonalastes wurde aufgrund des geringen Durchmessers belassen. In Zusammenschau der Befunde wurde eine konservatives Therapiemanagement – allerdings unter Änderung der antithrombotischen Therapie auf eine Kombination von Aspirin und Ticagrelor – empfohlen.

Diskussion

Die Bildung von koronaren Aneurysmen ist mit einer berichteten Inzidenz von 0,2 % bis 2 % eine seltene Komplikation nach Stentimplantation. Klinisch lassen sich im Wesentlichen drei Aneurysmatypen unterscheiden: (1.) Pseudoaneurysmen mit meist rascher Größenzunahme, welche einer gedeckten Typ-1- oder Typ-2-Koronargefäßruptur entsprechen und öfters mit einer Perikarditis assoziiert sind. (2.) Meist zufällig entdeckte echte Aneurysmen, welche als potenzielle Genese neben dem PCI-assoziierten Gefäßtrauma eine chronisch-inflammatorische Reaktion auf das Stentgerüst, Polymer und/oder Medikament aufweisen. (3.) Die sehr seltenen mykotischen oder Infekt-assoziierten Aneurysmen. Während symptomatische, große Typ-1-Aneurysmen aufgrund der potenziellen Rupturgefahr meist behandlungspflichtig sind, ist die Behandlung von Typ-2-Aneurysmen unklarer und nicht evidenzbasiert.

In unserem Beispiel konnten wir mithilfe der OCT-Untersuchung (Abb. 6) das Aneurysma am ehesten als Klasse-II-Aneurysma klassifizieren: Bei variabler Intima-Hyperplasie kann fast durchgehend eine 3-Schichtung der Gefäßwand identifiziert werden, wobei zwischen 12 Uhr und 16 Uhr ein lipidreiches Fibro-Atherom imponiert.

Im Bereich der größten Aneurysmaausdehnung hat der Stent nur mehr mit einem Viertel der Gefäßwand Kontakt. Zwar scheinen alle Stentstreben bedeckt, eine funktionelle Endothelialisierung ist aber bei fehlendem Wandkontakt ausgeschlossen. Der Patient hatte zwei Jahre nach der Stentimplan-

tation eine wahrscheinliche, sehr späte Stentthrombose, wobei sich angesichts des jetzigen Befundes der Verdacht aufdrängt, dass diese schon mit der Aneurysmabildung assoziiert war. Da diesmal kein sicherer Zusammenhang zwischen der nächtlichen Angina-pectoris-Attacke und dem Aneurysma bestand, wurde ein konservatives Management mit erweiterter dualer Plättchenhemmung gewählt. Bei neuerlichen Symptomen oder einer unwahrscheinlichen weiteren Größenzunahme des Aneurysmas könnte eine Ausschaltung mittels moderner Graftstents überlegt werden.

Weiterführende Literatur:

Aoki J, Kirtane A, Leon MB, Dangas G. Coronary artery aneurysms after drug-eluting stent implantation. J Am Coll Cardiol Intv 2008; 1: 14–21.

Korrespondenzadresse:
Dr. Clemens Gangl,
a. o. Univ.-Prof. Dr. Georg Delle-Karth
Abteilung für Kardiologie
Universitätsklinik für Innere Medizin II
Medizinische Universität Wien/AKH Wien
A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20
E-Mail: clemens.gangl@meduniwien.ac.at

Die entsprechenden Filme finden Sie unter www.kup.at/A11620 oder mittels Eingabe von A11620 in ein Suchfeld auf www.kup.at

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

☑ Medizintechnik-Produkte



Neues CRT-D Implantat
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:
Innovative Bildgebungslösung



Aspirator 3
Labotect GmbH



InControl 1050
Labotect GmbH

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☑ Bestellung e-Journal-Abo

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

Impressum **Disclaimers & Copyright** **Datenschutzerklärung**