

Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislauserkrankungen

Fallbericht: Aortendissektion

Auf T, Hajos J, Adlbrecht C

Delle Karth G

Journal für Kardiologie - Austrian

Journal of Cardiology 2017; 24

(1-2), 20-22

Homepage:

www.kup.at/kardiologie

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche



Offizielles
Partnerjournal der ÖKG



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 & Pacherneegg 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

Fallbericht: Aortendissektion

T. Auf, J. Hajos, C. Adlbrecht, G. Delle Karth

Aus der 4. Medizinischen Abteilung, Kardiologie, Krankenhaus Hietzing, Wien

Ein 45-jähriger Patient wird von einem Freund aufgrund einer plötzlich eingetretenen Beinschwäche in ein Wiener Unfallspital gebracht. Da der Patient zusätzlich eine neurologische Symptomatik im Sinne von Flimmerskotonen beschreibt, wird er auf die Stroke-Unit eines weiteren Wiener Krankenhauses transferiert. Der klinisch-neurologische Status ergibt bis auf eine Beinschwäche rechts keinerlei Auffälligkeiten, im EKG jedoch können negative T-Wellen mit ST-Streckensenkungen in I, II, aVL, aVF, V₄–V₆, sowie ST-Streckenhebungen aus dem aufsteigenden Schenkel in V₁–V₃ und aVR registriert werden (Abb. 1).

Auf genauere Befragung schildert der Patient wellenförmig aufgetretene Thoraxschmerzen, verbunden mit einem Brustengegefühl, die mit der Beinschwäche einhergingen. Auskultatorisch fällt ein diskretes Diastolikum auf. An Vorerkrankungen sind eine arterielle Hypertonie, ein Diabetes mellitus Typ 2, eine Hyperlipidämie und ein Nikotinabusus, sowie eine chronisch renale Insuffizienz bekannt. In einer 2012 durchgeführten Koronarangiographie zeigten sich blande Koronargefäße.

Unter der Diagnose ST-Hebungsinfarkt wird der Patient an unsere Abteilung zur Akutkoronarangiographie transferiert. Vorab wurde der Patient mit 250 mg Acetylsalicylsäure (Aspirin®) und 180 mg Ticagrelor (Brilique®) geloadet. Die Herzenzyme sind bei einem Delay von 2–3 Stunden nach Schmerzbeginn nur gering ausgelenkt (hsTrop T 0,016 ng/ml bei 0,00–0,014 Normbereich), NT-pro-BNP 593 ng/l (0–125 ng/l). Auf-

fällig ist eine deutliche Auslenkung des D-Dimers auf > 35 mg/l (< 0,5 mg/l).

Im Herzkatheter gibt der Patient bei ausgeprägter hypertensiver Entgleisung thorakale Beklemmungen an. Bei fehlendem Leistenpuls rechts erfolgt der Versuch einer Punktion der linken A. femoralis. Dieser verläuft frustan, sodass die Untersuchung letztendlich über die rechte A. radialis durchgeführt wird.

Die Koronargefäße kommen regulär perfundiert und ohne wirksame Stenosen zur Darstellung (Abb. 2–5). Aufgrund des fehlenden Leistenpulses rechts bzw. der Fehlpunktion links werden die Leistengefäße angiographisch dargestellt. Hierbei ist die A. iliaca communis rechts nicht darstellbar. Proximal findet sich eine Doppelkontur in der Aorta descendens. Bei hochgradigem Verdacht einer Aortendissektion wird die Aortenwurzel dargestellt und auch hier kann eine Doppelkontur nach Abgang der Koronargefäße dargestellt werden.

Echokardiographisch bestätigt sich der Verdacht einer Typ-A-Dissektion nach Stanford mit mittelgradig-schwerer Aortenklappeninsuffizienz (Abb. 6, 7). Die Linksventrikelfunktion ist bei ausgeprägter linksventrikulärer Hypertrophie erhalten. Ein Perikarderguss kommt nicht zur Darstellung.

Aufgrund der akuten Operationsindikation wird sogleich die Herzchirurgie zugezogen. Auf deren Wunsch wird zusätzlich eine Computertomographie der gesamten Aorta durchgeführt.

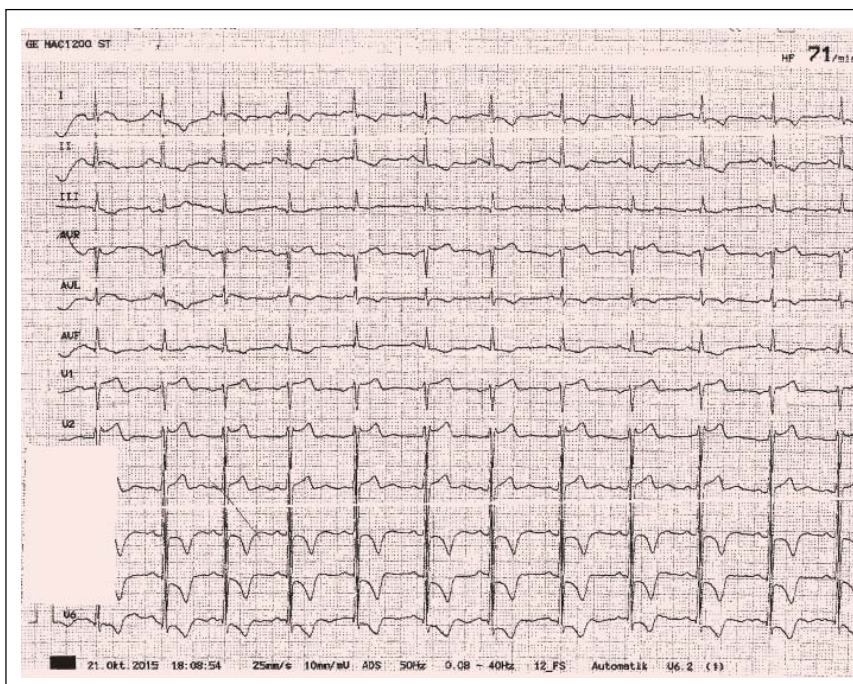


Abbildung 1: EKG des Patienten bei Aufnahme. Sinusrhythmus, 71/min, normaler Lagetyp, negative T-Wellen mit ST-Streckensenkungen in I, II, aVL, aVF, V₄–V₆, sowie ST-Streckenhebungen aus dem aufsteigenden Schenkel in V₁–V₃ und aVR.



Abbildung 2: Koronarangiographische Darstellung des linken Koronarsystems ohne Hinweis auf Stenosierungen.

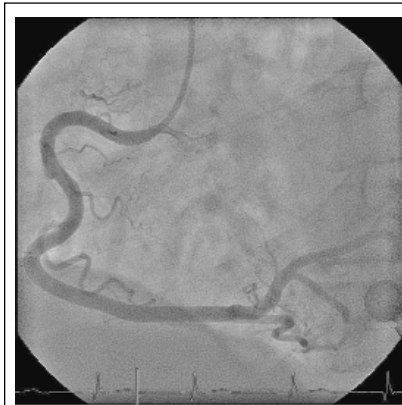


Abbildung 3: Koronarangiographische Darstellung des rechten Koronarsystems ohne Hinweis auf Stenosierungen.

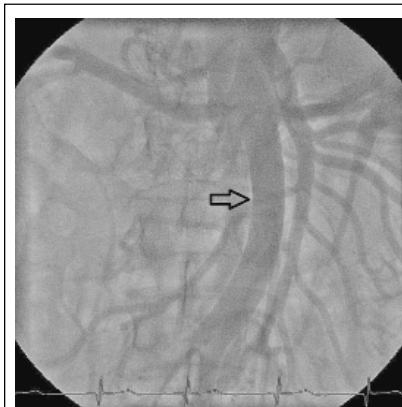


Abbildung 4: Angiographie der abdominalen Aorta und Iliakalgefäße. In der Aorta ist eine Dissektionslamelle erkennbar (Pfeil). Fehlende Kontrastierung der rechten A. iliaca communis.



Abbildung 5: Angiographie des Aortenbogens. Bereits in der Aorta ascendens ist eine Doppelkontur erkennbar (Pfeil).



Abbildung 6: Echokardiographisches Bild des linken Ventrikels von apikal mit farbdopplersonographischer Darstellung einer hochgradigen Aortenklappeninsuffizienz.

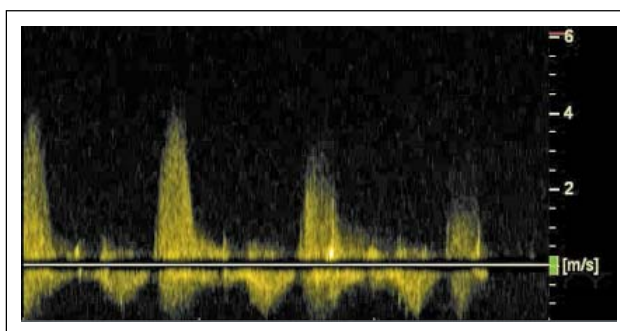


Abbildung 7: CW-Doppler-Signal des Jets der Aortenklappeninsuffizienz.



Abbildung 8: CT-Angiographie des Abdomens mit Doppelkontur in der Aorta abdominalis. Die A. ren. dext. entspringt aus dem falschen Lumen (Pfeil).

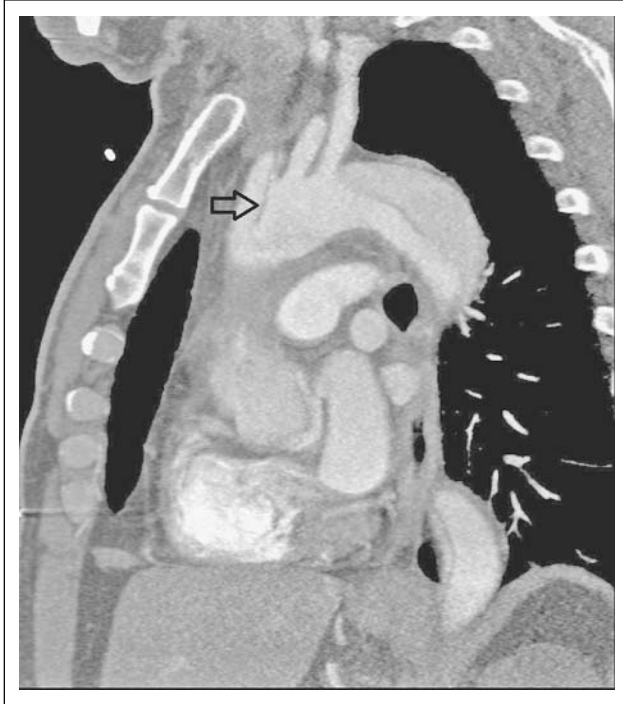


Abbildung 9: CT-Angiographie des Thorax mit Doppelkontur in der Aorta ascendens. Das Dissektat setzt sich in den Truncus brachiocephalicus fort.

Auch hier lässt sich eine vollständige Typ-A-Dissektion nach Stanford darstellen. Bis auf die rechte A. renalis entspringen alle Gefäße aus dem wahren Lumen der Aorta. Die A. iliaca communis rechts ist kurzstreckig verschlossen, distal jedoch regulär perfundiert (Abb. 8–10).

Die Operation beginnt etwa sieben Stunden nach Schmerzbeginn und dauert ca. sieben Stunden. Durchgeführt wird ein suprakoronarer Ersatz der Aorta ascendens sowie des Aortenbogens mittels 26-mm-Jotec-Dacron-Prothese und antegradem Stentgrafting der proximalen Aorta descendens mittels 24-mm-Evita-Open antegrader Stentgraftprothese in moderater Hypothermie und Kreislaufstillstand unter bilateraler anterolateraler Zerebroperfusion. Intraoperativ gestaltet sich die Blutstillung äußerst schwierig, sonst verläuft die Operation jedoch problemlos.

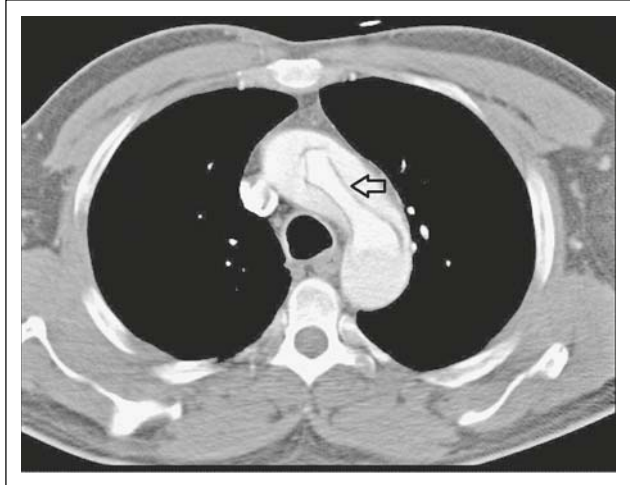


Abbildung 10: CT-Angiographie des Aortenbogens mit Darstellung des proximalen Dissektats (Pfeil).

Postoperativ komplizieren ein hämofiltrationspflichtiges Nierenversagen, ein Spinalis-anterior-Syndrom Th5/Th6 mit Parese beider unterer Extremitäten, sowie ein deutliches Durchgangssyndrom den Verlauf auf der Intensivstation. Nach einem Intensivaufenthalt von 15 Tagen erfolgt die Verlegung auf die chirurgische Normalstation. Durch intensive Physiotherapie ist in weiterer Folge ein Aufstehen mit Hilfe von zwei Therapeuten möglich und der Patient wird letztendlich nach weiteren 13 Tagen auf die Rehabilitationsstation der Neurologie verlegt.

Korrespondenzadresse:

PD Dr. Christopher Adlbrecht, MBA, FHFA
 4. Medizinische Abteilung, Kardiologie
 Krankenhaus Hietzing (Lehrkrankenhaus der Medizinischen Universität Wien)
 A-1130 Wien
 Wolkersbergenstraße 1
 E-Mail: christopher.adlbrecht@wienkav.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](#)