

Zeitschrift für Gefäßmedizin

Bildgebende Diagnostik • Gefäßbiologie • Gefäßchirurgie •
Hämostaseologie • Konservative und endovaskuläre Therapie •
Lymphologie • Neurologie • Phlebologie

Kongressbericht: "Best Practices" in der endovaskulären Behandlung aortaler Erkrankungen

Baminger H

Zeitschrift für Gefäßmedizin 2016;

13 (1), 19-20

Homepage:

www.kup.at/gefaessmedizin

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

**Offizielles Organ der
Österreichischen Gesellschaft
für Phlebologie und
dermatologische Angiologie**



**Offizielles Organ des Österreichischen
Verbandes für Gefäßmedizin**



**Offizielles Organ der
Österreichischen Gesellschaft für
Internistische Angiologie (ÖGIA)**



Indexed in EMBASE/COMPENDEX/GEOBASE/SCOPUS

Datenschutz:

Ihre Daten unterliegen dem Datenschutzgesetz und werden nicht an Dritte weitergegeben. Die Daten werden vom Verlag ausschließlich für den Versand der PDF-Files der Zeitschrift für Gefäßmedizin und eventueller weiterer Informationen das Journal betreffend genutzt.

Lieferung:

Die Lieferung umfasst die jeweils aktuelle Ausgabe der Zeitschrift für Gefäßmedizin. Sie werden per E-Mail informiert, durch Klick auf den gesendeten Link erhalten Sie die komplette Ausgabe als PDF (Umfang ca. 5–10 MB). Außerhalb dieses Angebots ist keine Lieferung möglich.

Abbestellen:

Das Gratis-Online-Abonnement kann jederzeit per Mausklick wieder abbestellt werden. In jeder Benachrichtigung finden Sie die Information, wie das Abo abbestellt werden kann.

Das e-Journal

Zeitschrift für Gefäßmedizin

- ✓ steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) stets internetunabhängig zur Verfügung
- ✓ kann bei geringem Platzaufwand gespeichert werden
- ✓ ist jederzeit abrufbar
- ✓ bietet einen direkten, ortsunabhängigen Zugriff
- ✓ ist funktionsfähig auf Tablets, iPads und den meisten marktüblichen e-Book-Readern
- ✓ ist leicht im Volltext durchsuchbar
- ✓ umfasst neben Texten und Bildern ggf. auch eingebettete Videosequenzen.

Kongressbericht: „Best Practices“ in der endovaskulären Behandlung aortaler Erkrankungen*

H. Baminger

Im Mittelpunkt dieses Symposiums stand die endoprothetische Behandlung von Typ-B-Aortendissektion, infrarenalem Bauchaortenaneurysma sowie iliakalen Aneurysmata.

■ Conformable GORE® TAG® Thorakale Endoprothese

Nach **Dr. Jürgen Falkensammer** ist die Behandlungsindikation bei der komplizierten Typ-B-Aortendissektion (TBAD) klar, sie umfasst Ruptur, Organdysfunktion sowie therapierefraktäre Schmerzen, anders ist es hingegen bei der unkomplizierten Typ-B-Dissektion. Zur Behandlung der TBAD gab es in den vergangenen Jahren einige Studien. Bei der IRAD-Studie [1] (> 1100 Patienten) wurde ein „best medical treatment“ (BMT) mit einer endovaskulären Behandlung („thoracic endovascular aortic repair“, TEVAR) + BMT verglichen. Dabei zeigten 43 % der Patienten eine komplizierte und 57 % eine unkomplizierte Dissektion, von den unkomplizierten wurden 37,2 % und von den komplizierten 61,7 % endovaskulär behandelt. Nach 5 Jahren zeigte sich dabei auch bei unkomplizierten Dissektionen ein deutlicher Vorteil der endovaskulären Behandlung. In der INSTEAD-Studie [2] wurden diese Ergebnisse genauer untersucht: 140 Patienten mit subakuter unkomplizierter TBAD erhielten eine Behandlung 2–56 Wochen nach dem initialen Ereignis, und zwar ebenfalls BMT vs. TEVAR + BMT. Nach 2 Jahren zeigte sich weder im aortenbezogenen noch im Gesamtüberleben ein signifikanter Unterschied, die TEVAR führte allerdings zu einem sichtbaren Vorteil beim Aortenremodelling. Nach 5 Jahren zeigte sich ein signifikanter Unterschied in Bezug auf die aortenbezogene Mortalität und deutliche Vorteile hinsichtlich der Aortenmorphologie. Fast alle TEVAR hatten eine Thrombose des falschen Lumens bzw. ein Remodel-

ling der Aorta, es kam sozusagen zu einer Heilung der Aorta und selten zu einer Expansion des Aortendurchmessers. Eine solche Expansion erforderte dann eine sekundäre Behandlung der chronischen TBAD, welche ungleich komplizierter war; alle Unterschiede waren signifikant. In der ADSORB-Studie [3] wurden 61 akute unkomplizierte TBAD-Patienten untersucht. Die Behandlung erfolgte zwischen Tag 0 und 16 wieder mit BMT vs. TEVAR + BMT. Dabei wurden nur anatomische Daten erhoben – beim 1-Jahres-Ergebnis kam es bei TEVAR + BMT zu einer deutlichen Zunahme des wahren und einer deutlichen Abnahme des falschen Lumens.

Das Design der Conformable GORE® TAG® (CTAG) thorakale Endoprothese zeichnet sich durch mehrere Eigenschaften/Vorteile aus. Der freigelegte proximale Stent hat den Vorteil einer besseren Anpassung an die Aortenwand, ohne potenziell schädigende nach außen gebogene „bare springs“. Im Gegensatz zu aktuellen Endoprothesen zeigten ältere Prothesen im Hinblick auf die Flexibilität eine Neigung, in die gerade Ausgangsform zurückzugehen, was zu einem „stent graft induced new entry“ (SINE) führen konnte. Die wirkende Radialkraft ist materialabhängig sowie abhängig vom Grad des Oversizings im Verhältnis zum Aortendurchmesser. Bei vulnerabler Intima (= Aortendissektion) ist eher ein geringeres Oversizing angebracht, bei stabiler Aortenwand (Aneurysma) größere Durchmesser. Das große Überdimensionierungsfenster des CTAG erlaubt dem Behandler die Auswahl des für die Indikation optimalen Endoprothesendurchmessers.

■ GORE® EXCLUDER® AAA-Endoprothese

Univ.-Doz. Dr. Martin Funovics fasste sich in seinem Vortrag mit der GORE® EXCLUDER® AAA-Endoprothese, welche für das infrarenale Bauchaortenaneurysma entwickelt wurde, in der klinischen Anwendung und Aus-

bildung. Es handelt sich dabei um eine klassische zweiteilige Prothese im modularen Design mit einem Hauptkörper mit einem ipsilateralen und einem kontralateralen Bein in nahtloser Konstruktion mit möglicher iliakaler und aortaler Verlängerung, wobei durch die unterschiedlichen Größen eine gute Kompatibilität gegeben ist. Das Einführsystem hat sich im Gegensatz zur Prothese im Laufe der Jahre verändert und zwar ist die zusammenhaltende Manschette nun dünner und fester, wodurch die Schleusengröße reduziert werden konnte. Die MR-Kompatibilität ist gut und für ein zuverlässiges Follow-up geeignet. Hinsichtlich der klinischen Ergebnisse gibt es keine definitiven Unterschiede zwischen supra- und infrarenaler Fixierung, i. e. es gibt keine Unterschiede hinsichtlich der Endoleak- bzw. Migrationsraten [4].

Für die Ausbildung zukünftiger endovaskulärer Spezialisten ist die Möglichkeit der Repositionierung des Devices von nicht zu unterschätzendem Wert, da eine Korrektur der Platzierung (z. B. bei Überstenten der Nierenarterien oder zu weit distalem Absetzen) möglich ist. Der Repositionierungsmechanismus komprimiert den proximalen Teil der Prothese und zieht die Anker aus der Aortenwand. Nach erfolgter Reposition (möglich in Längsrichtung und rotationssymmetrisch) und Absetzung erfolgt die Nachdilatierung des Hauptkörpers sowie die Einsetzung des kontralateralen Beines. Die Repositionierbarkeit ist ein Alleinstellungsmerkmal der GORE® EXCLUDER® AAA-Endoprothese.

Neben der Repositionierbarkeit ist auch die Vermeidung von Komplikationen an den Stentschenkeln wesentlich, da Bein-Okklusionen und Kinking nach Typ-2-Endoleaks die häufigsten und kostspieligsten Reinterventionsursachen darstellen. Bei der Excluder-Prothese ist durch die vollständige verstärkte, sinusförmige Stentkonstruktion die Anpassungsfähigkeit bei stark gewundener Anatomie gegeben und durch die damit verbunde-

* **Quelle:** 2. Kongress des Österreichischen Verbandes für Gefäßmedizin (VASC MED 2015), 22.–24. Oktober 2015 in Innsbruck.

ne gute Durchgängigkeit und Knickresistenz zeigen sich auch sehr gute Ergebnisse im Vergleich zu anderen Prothesen.

■ GORE® EXCLUDER® Iliakale Branch-Endoprothese

Ass.-Prof. PD Dr. Florian Wolf beschäftigte sich in seinem Referat unter anderen mit der Frage, ob die Erhaltung der Arteria iliaca interna (AII) unbedingt notwendig ist, da es aufgrund guter Blutgefäßversorgung im Becken oft gefahrlos möglich ist, eine Seite zu embolisieren. Allerdings können nach einer (möglichst proximalen) Embolisation der AII Komplikationen auftreten, wie z. B. eine Claudicatio im Gesäß oder eine erektile Dysfunktion [5, 6], weshalb nach Möglichkeit eine Erhaltung der AII erfolgen soll. 25–30 % der EVAR-Patienten benötigen eine AII-Embolisierung und sind somit Kandidaten für eine iliakale Branch-Prothese. Die Branch-Endoprothese ist ein Low-Profil-Device mit einem bi-femorale Zugang, dabei gibt es ein vorsondiertes A. iliaca interna-Gate für einfache und schnelle Handhabung und die Repositionierbarkeit mit zweistufiger Freisetzung macht sie sicher und genau. Die Gore-Low-Profile-Technologie basiert auf ei-

ner dünneren, aber verstärkten Manschette ohne Veränderung des eigentlichen Implantats, wodurch die Endoprothese durch eine dünnere Einführschleuse eingeführt werden kann. Bei der iliakalen Branch-Prothese gibt es 2 Komponenten: die iliakale Branchkomponente und die AII-Komponente, beides sind anpassungsfähige und knickresistente drahtverstärkte, sinusförmige Stentkonstruktionen. Das modulare Design ermöglicht die Kombination verschiedener Endoprothesengrößen und evtl. den zusätzlichen Einsatz von iliakalen und aortalen Verlängerungen. Als anatomische Voraussetzungen zu sehen sind: Ø proximale AIC: ≥ 17 mm; Ø AII bzw. AIE: 6,5–13,5 mm; Ø an der iliakalen Bifurkation: ≥ 14 mm, keine Limitation bezüglich der iliakalen Länge. Beträgt die Länge der AIC $\leq 5,5$ cm, kann die Endoprothese oberhalb der Aortenbifurkation platziert werden (Ø mind. 23 mm). Nach Schönhofer et al. [7] zeigte sich bei der Verwendung der iliakalen Branch-Prothese ein 100%iger technischer Erfolg und bis zum 9-Monate-Follow-up gab es keine Endoleaks, Verschlüsse oder sonstige Komplikationen; die Re-Interventionsrate lag bei 0 %.

Die GORE® EXCLUDER® Endoprothesen können daher, ebenso wie die

GORE® TAG® Endoprothese, als ideale Stentgrafts für den schnellen, sicheren und einfachen Aufbau einer EVAR- und TEVAR-Versorgung gesehen werden.

Literatur:

1. Fattori R, Montgomery D, Lovato L, et al. Survival after endovascular therapy in patients with type B aortic dissection: a report from the International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD). *JACC Cardiovasc Interv* 2013; 6: 876–82.
2. Nienaber CA, Rousseau H, Eggebrecht H, et al. Randomized comparison of strategies for type B aortic dissection: the INvestigation of STEnt Grafts in Aortic Dissection (INSTEAD) trial. *Circulation* 2009; 120: 2519–28.
3. Brunkwall J, Kasprzak P, Verhoeven E, et al. Endovascular repair of acute uncomplicated aortic type B dissection promotes aortic remodelling: 1 year results of the ADSORB trial. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2014; 48: 285–91.
4. van Marrewijk CJ, Leurs LJ, Vallabhaneni SR, et al. Risk-adjusted outcome analysis of endovascular abdominal aortic aneurysm repair in a large population: how do stent-grafts compare? *J Endovasc Ther* 2005; 12: 417–29.
5. Pavlidis D, Hörmann M, Libicher M, et al. Buttock claudication after interventional occlusion of the hypogastric artery – a mid-term follow-up. *Vasc Endovascular Surg* 2012; 46: 236–41.
6. Rayt HS, Bown MJ, Lambert KV, et al. Buttock claudication and erectile dysfunction after internal iliac artery embolization in patients prior to endovascular aortic aneurysm repair. *Cardiovasc Intervent Radiol* 2008; 31: 728–34.
7. Schönhofer S, Mansour R., Ghotbi R. Initial results of the management of aortoiliac aneurysms with GORE® Excluder® Iliac Branched Endoprosthesis. *J Cardiovasc Surg* 2015; 56: 883–8.

Korrespondenzadresse:

Dr. Helmut Baminger

E-Mail: office@korrekturwerkstatt.at

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

[Medizintechnik-Produkte](#)



Neues CRTD 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](#)