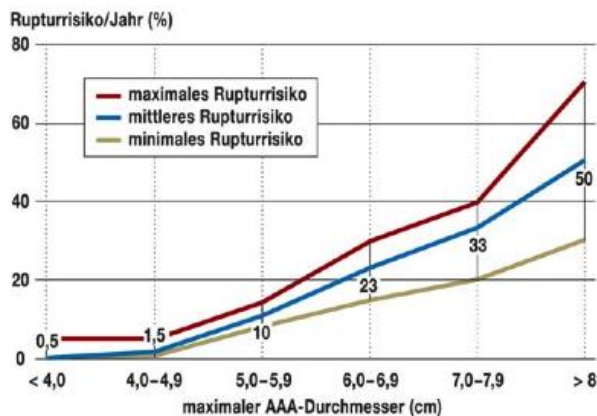


ABDOMINALES AORTENANEURYSMA (AAA)

Definition und Klassifikation

Das abdominale Aortenaneurysma (Durchmesser >3cm) betrifft die Hauptschlagader (Aorta) unterhalb der Nierenarterien. Bei 1/3 der Patienten finden sich zusätzliche Aneurysmen der Beckenarterien. Ab dem 65. Lebensjahr beträgt die Prävalenz bei Männern ca. 5%, bei Frauen 1%. Das Risiko einer Ruptur steigt mit dem Durchmesser exponentiell an.



Zusammenhang zwischen Querdurchmesser und Rupturrisiko/Jahr bei Vorliegen eines AAA

Quelle: Dtsch Arztebl Int 2009; 106(41): 657-63

Ätiologie und Pathophysiologie

Bei Aortenaneurysmen liegt eine chronische Inflammation der Aortenwand vor. Klinische Risikofaktoren sind fortschreitendes Alter, männliches Geschlecht, ehemaliger oder aktueller Nikotinabusus, positive Familienanamnese, das Vorliegen einer KHK und die arterielle Hypertonie. Protektiv wirken Diabetes mellitus, weibliches Geschlecht und schwarze Hautfarbe.

Symptome und Diagnostik

Etwa 80% aller Patienten mit einem behandlungsbedürftigen AAA sind klinisch beschwerdefrei (Stadium I), bei jeweils ca. 10% liegen lokale Expansionschmerzen (Stadium II) oder eine unmittelbar lebensbedrohliche Aortenruptur vor (Stadium III). Manchmal bestehen unklare Rückenschmerzen (Druck des AAA auf Wirbelkörper und Meniskus), selten kommt es zu embolischen Komplikationen. Die B-Bild- und farbkodierte Duplex-Sonographie stellen die Basis-Diagnostik dar, ab einem Querdurchmesser von 4cm sollte eine CT-Angiographie der gesamten Aorta und der Beckenarterien mit möglichst kleinen Schichtabständen durchgeführt werden. Alle AAA-Patienten sollte eine Sonographie der A.poplitea erhalten (Koinzidenz von Poplitealaneurysmen in ca. 30%).

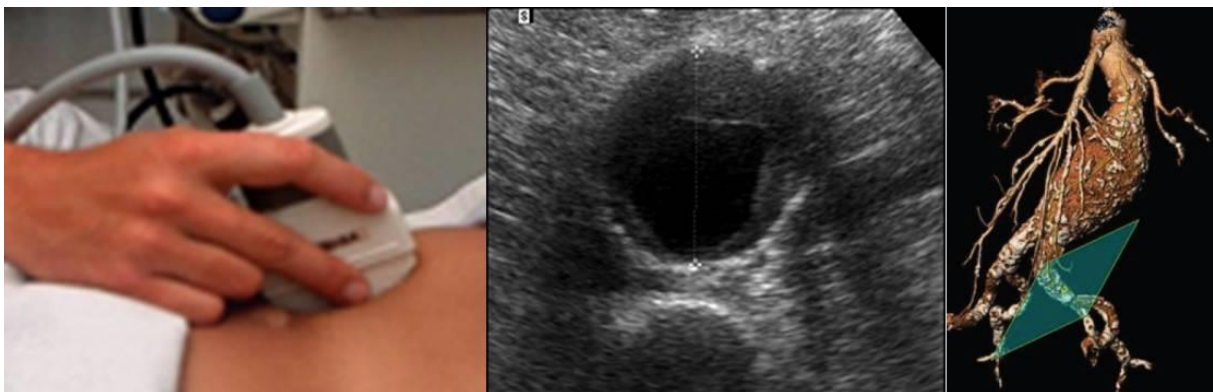


Bild links: Sondenhaltung im paramedianen Längsschnitt; Bild Mitte: B-Bild eines teilthrombosierten AAA; Bild rechts: CT-Rekonstruktion eines AAA vor endovaskulärer Therapie (EVAR)

OP-Indikation und Therapie

Zur Abwendung einer oft tödlichen Aortenruptur sollte ab einem Querdurchmesser von 5cm bei Männern und 4,5cm bei Frauen eine präventive Operation erwogen werden.

Beim **offenen Aortenersatz** wird über einen links-retroperitonealen oder transabdominellen Zugang das AAA ausgeschaltet. Während der OP wird die Aorta temporär ausgeklemmt. Als Gefäßersatzmaterial wird eine Polyesterprothese als Rohrprothese oder als Bifurkationsprothese (sog. Y-Prothese) eingenäht.

Beim **Endovaskulärer Aortenersatz (EVAR = EndoVascular Aortic Repair)** erfolgt die Ausschaltung des AAA mittels einer zuvor exakt ausgemessenen Stentprothese über einen transfemoralen Zugang. Patienten höheren Alters oder mit erhöhtem operativen Risiko profitieren besonders von dieser Behandlungsform, da die Abklemmung der Aorta entfällt. Voraussetzung für EVAR ist eine geeignete Morphologie, um eine ausreichende Verankerung der Prothesensysteme zu gewährleisten. EVAR-Patienten müssen regelmäßig nachuntersucht werden, um sekundär auftretende Komplikationen erkennen und behandeln zu können. Mittlerweile können in Aortenzentren 70-80% aller AAA-Patienten endovaskulär behandelt werden.

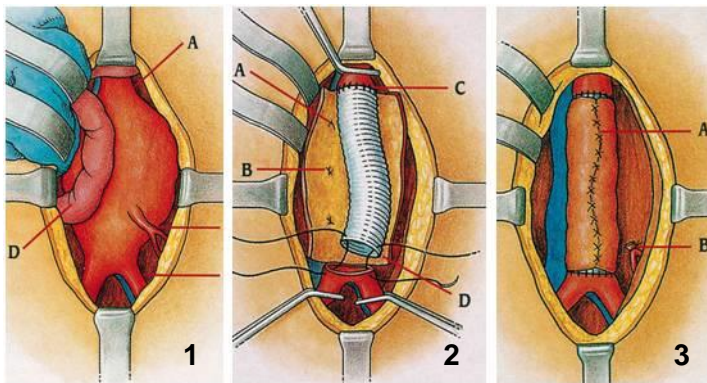
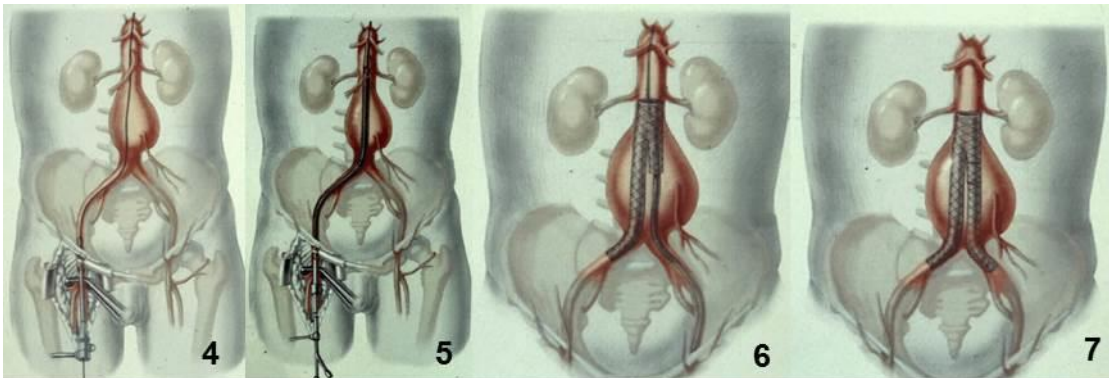


Bild 1-3:
Offener Aortenersatz mittels
aorto-aortaler Rohrprothese,
Quelle: INTERVASCULAR
DATASCOPE

Bild 4-7:
Schema der endovaskulären
Versorgung beim AAA;
Quelle: J. R. Allenberg



Nachsorge

AAA-Patienten müssen 1x/Jahr klinisch, sonographisch und ggfs. auch mittels CT-Angiographie untersucht werden. Es besteht ein striktes Rauchverbot, weitere vaskuläre Risikofaktoren müssen kontrolliert werden. Alle Patienten erhalten auf Dauer 100mg ASS, sowie ein Statin zur Reduktion des kardiovaskulären Risikos. Körperliche Aktivitäten müssen nicht eingeschränkt werden.