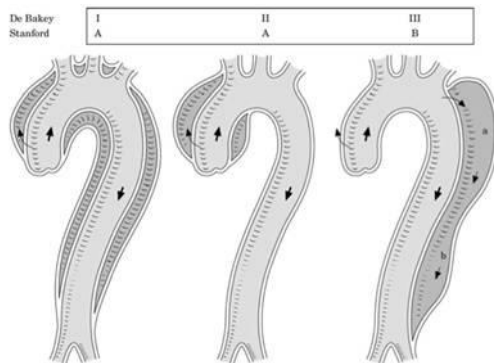


AORTENDISSEKTION

Definition und Klassifikation

Bei einer Aortendissektion kommt es zu einem Einriss der inneren Gefäßwandschicht (Intima) und zur Einblutung in die Aortenwand mit Ausbildung eines „wahren“ und eines „falschen“ Lumens. Dissektionen im Bereich des Aortenbogens und/oder der Aorta ascendens werden als Typ A-, alle Dissektionen distal der linken A. subclavia als Typ B-Dissektion bezeichnet (Stanford Klassifikation). Ab dem 14. Tag spricht man von einer chronischen Dissektion, die sich im weiteren Verlauf zu thorako(-abdominalen) Aneurysmen entwickeln kann.



Klassifikation der AO-Dissektion nach Stanford und nach deBakey (Quelle: Leitlinien Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG))

Epidemiologie und Ätiologie

Aortendissektionen sind selten. Männer sind häufiger betroffen als Frauen (5:1). Der Altersgipfel einer Typ A-Dissektion liegt im 5. Lebensjahrzehnt, bei Typ B-Dissektionen 10 Jahre später. In 70% besteht ein arterieller Hypertonus. Andere Risikofaktoren sind vorbestehende Aneurysmen, angeborene Bindegewebsstörungen wie Marfan-, Ehlers-Danlos, Turner-Syndrom, Zustand nach Herz- und/oder Aorten-OP, biskuspidale Aortenklappe, Aortenisthmusstenose, eine Schwangerschaft im 3. Trimenon, Kokain- und Amphetaminabusus, Großgefäß-Vaskulitis oder eine Lues.

Symptome und Diagnostik



*Linkes Bild:
Präoperative 3D Rekonstruktion einer akuten Aortendissektion Typ B*

*Rechtes Bild:
Postoperative 3D Rekonstruktion einer akuten Aortendissektion Typ B*

Das typische Symptom einer Aortendissektion ist ein abrupt einsetzender vernichtender Brust- oder Rückenschmerz mit Ausstrahlung zwischen beide Schulterblätter. Bei einer **Typ A-Dissektion** kann es zusätzlich zu einem akuten Koronarsyndrom, einem kardiogenen Schock oder einer zerebralen Ischämie kommen. Bei einer **Typ B-Dissektion** kann es zu folgenden Symptomen kommen: viszerale Ischämie durch Verschluss des Tr. coeliacus oder der A. mesenterica superior, Symptome einer Querschnittslähmung, akutes Nierenversagen, akute Extremitätenischämie.

Bei dem geringsten Verdacht auf eine Aortendissektion muss eine CT-Angiographie veranlasst werden. Additive Verfahren sind die transösophageale Echokardiographie oder ein MRT.

OP-Indikation und Therapie

Die Therapie ist vom Typ der Dissektion und von ihrem Verlauf abhängig. Alle Patienten erhalten eine medikamentöse Analgesie und Blutdrucksenkung. **Typ A-Dissektionen** müssen sofort **kardiochirurgisch** versorgt werden.

Eine **unkomplizierten Typ-B-Dissektion** kann unter initialer intensivmedizinischer Therapie und fehlendem Nachweis einer frühen Expansion der Aorta konservativ behandelt werden. Bei einer **komplizierten Typ B-Dissektion** muss problembezogen behandelt werden, in aller Regel durch Implantation einer Stentprothese zum Verschluss des sog. „entrys“ im Bereich der linken A.subclavia. Bei jedem 4. Patienten zeigt eine initial unkomplizierte B-Aortendissektion im Verlauf eine chronische sekundäre Expansion. Eine OP-Indikation besteht bei einem maximalen Aortendurchmesser $\geq 5,5$ cm.

Nachsorge

Patienten mit einer Aortendissektion sollten unabhängig vom Therapieverfahren (konservativ bzw. operativ) mindestens 1x/Jahr klinisch, sonographisch und ggfs. auch mittels CT-Angiographie untersucht werden. Nach dem Erstereignis erfolgt eine klinische Untersuchung, inklusive Duplexsonographie und CT-Angiographie nach 3, 6 und 12 Monaten. Die kardiovaskulären Risikofaktoren, insbesondere der Blutdruck müssen engmaschig kontrolliert werden. Der Blutdruck sollte auf Werte bis maximal 135/80mmHg eingestellt werden. Hierbei sind Betablocker zu bevorzugen.