

## VERSCHLUSS DER INFRARENALEN AORTA (LERICHE-SYNDROM)

### Definition

Das Leriche-Syndrom (Erstbeschreiber René Leriche, französischer Chirurg) bezeichnet einen kompletten Verschluss der Aorta zwischen dem Abgang der Nierenarterien und der Aortenbifurkation.

Man unterscheidet:

- Akutes Leriche-Syndrom: Plötzlicher Aortenverschluss → Notfall
- Chronische Verschlusskrankheit der Aorta i.S. einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (PAVK)

### Ätiologie und Pathophysiologie

Ursache des akuten distalen Aortenverschlusses ist meist eine kardiale Embolie, seltener eine arterielle Thrombose der Aorta. Ursache der chronischen Verschlusskrankheit der Aorta ist in 90% der Fälle eine Artherosklerose mit den bekannten Risikofaktoren (Diabetes mellitus, Rauchen, Arterielle Hypertonie, Hyperlipidämie).

### Symptome und Diagnostik

Beim akuten Leriche-Syndrom kommt es zu einer schweren Durchblutungsstörung der gesamten unteren Extremität, ggfs. auch der Beckenorgane. Die Patienten sind vital bedroht. Zusätzlich kann ein Nierenversagen (Rhabdomyolyse) oder eine spinale Ischämie (Beteiligung der Lumbalarterien) sowie Stuhl- und Harninkontinenz auftreten.

Die chronische Aortenverschlusskrankheit äußert sich wie eine pAVK mit Claudicatio intermittens, v.a. gluteal und femoral, ggfs. auch Ruheschmerzen. Zusätzlich besteht bei 50-80% der männlichen Patienten eine erektile Dysfunktion.

Beim akuten Leriche-Syndrom sind an den unteren Extremitäten keine Pulse tast- oder dopplerbar. Duplexsonographisch lässt sich im Bereich der Beinarterien kein Fluss nachweisen. Mittels B-Bild- und Duplexsonographie der Aorta kann der Thrombus bzw. ein Abbruch des Flusssignals dargestellt werden.

Beim chronischen Aortenverschluss bestehen monophasische Dopplersignale und poststenotische Flussprofile in den Beinarterien. Außerdem lässt sich der Verschluss der Aorta mittels konventioneller Angiographie (siehe Abbildung rechts), CT- oder MR-Angiographie radiologisch verifizieren.



### OP-Indikation und Therapie

Bei akutem Leriche-Syndrom ist eine unmittelbare chirurgische Therapie vital indiziert. Das Zeitfenster beträgt nur 6-10 Stunden. Zunächst wird bei frischer Thrombose/Embolie eine transfemorale Thrombektomie durchgeführt. Gelingt dies nicht, muss ein aortobiilacaler oder aortobifemoraler Bypass angelegt werden. Aufgrund des meist schon präoperativ schlechten AZ der Patienten, u.a. aufgrund kardialer Dekompensation oder Gerinnungsentgleisung, ist das Krankheitsbild auch bei erfolgreicher Operation mit einer hohen Letalität verbunden.

Die chronische Aortenverschlusskrankheit kann stadienabhängig konservativ (körperliche Aktivität, Thrombozytenaggregationshemmung, Cholesterinsenkung), minimalinvasiv mittels Stentangioplastie oder operativ mittels aortobiilacaler bzw. aortobifemoraler Bypassanlage behandelt werden. Das Outcome ist abhängig vom präoperativen Stadium. Im Frühstadium kann bei bis zu 95% der Patienten Beschwerdefreiheit erzielt werden.

## Nachsorge

Eine dauerhafte Sekundärprophylaxe mit ASS 100 1 x täglich, Statinen, Nikotinkarenz und Gehtraining wird empfohlen. Außerdem sollten regelmäßige klinische und sonographische Kontrollen in einem gefäßchirurgischen oder angiologischen Zentrum erfolgen.