

THORAKALES AORTENANEURYSMA (TAA)

Definition

Beim thorakalen Aortenaneurysma liegt eine krankhafte Erweiterung der aufsteigenden oder absteigenden Brustaorta vor.

Ätiologie

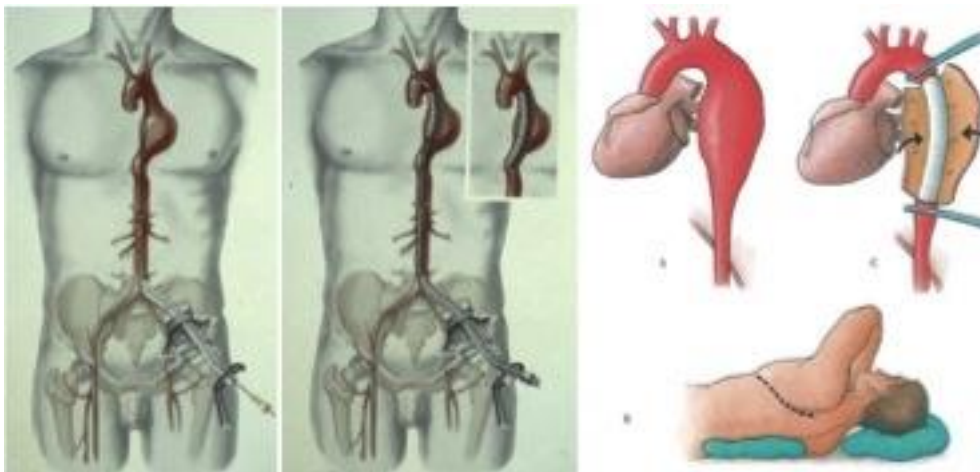
Wie bei allen Aortenaneurysmen liegt eine chronische Inflammation der Aortenwand vor. Klinische Risikofaktoren sind fortschreitendes Alter, männliches Geschlecht, (Ex-)Nikotinabusus, positive Familienanamnese, das Vorliegen einer KHK und die arterielle Hypertonie.

Symptome und Diagnostik

Mehr als 80% aller TAA-Patienten sind klinisch beschwerdefrei. Bei der Ruptur kommt es zu heftigsten Brust- oder Rückenschmerzen mit Zeichen eines unmittelbaren Kreislaufzusammenbruchs, Rückenschmerzen können gelegentlich durch die anatomische Nähe der Aorta zur Wirbelsäule auftreten. Neben einem verbreiterten Aortenschatten in der konventionellen Röntgen-Thorax-Aufnahme sollte eine CT-Angiographie der gesamten Aorta mit möglichst kleinen Schichtabständen durchgeführt werden.

OP-Indikation und Therapie

Die Indikation zur Operation orientiert sich am Querdurchmesser, Aneurysmawachstum und einer etwaigen Symptomatik. Ab einem maximalen Querdurchmesser von 5cm (Aorta ascendens) und 5,5-6cm (Aorta descendens) sollte beim TAA eine präventive OP erwogen werden.



Links und Mitte: Endovaskuläre Versorgung eines TAA; Quelle: J.R. Allenberg

Rechts: Offener thorakaler Aortenersatz (links-thorakaler Zugang); Quelle: INTERVASCULAR DATASCOPE

Ca. 90% aller TAA der Aorta descendens können heutzutage mit thorakalen Stentprothesen (**Thoracic endovascular aortic repair = TEVAR**) versorgt werden. Hierdurch wird das ansonsten vergleichsweise große Zugangstrauma deutlich verringert. Wenn das TAA den Aortenbogen mitbetrifft, können offene und endovaskuläre Therapie sehr gut kombiniert werden (sog. Hybrid-Eingriffe).

Beim **offenen thorakalen Aortenersatz** wird über eine mediane Sternotomie (Aorta ascendens) oder über einen links-thorakalen Zugang (Aorta descendens) die thorakale Aorta freigelegt. Der Ersatz der Aorta ascendens erfolgt unter Einsatz der Herzlungenmaschine, der Ersatz der Aorta descendens

kann am schlagenden Herzen, aber unter Zuhilfenahme einer distalen Perfusion erfolgen (s. auch Informationen zum TAAA). Die spinale Perfusion wird mithilfe motorisch-evozierter Potentiale überwacht, alle Patienten erhalten präoperativ einen Spinalkatheter zur Prävention einer spinalen Ischämie. Als Gefäßersatzmaterial werden Polyesterprothesen verwendet.

Nachsorge

Patienten mit TAA 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 sind erlaubt.