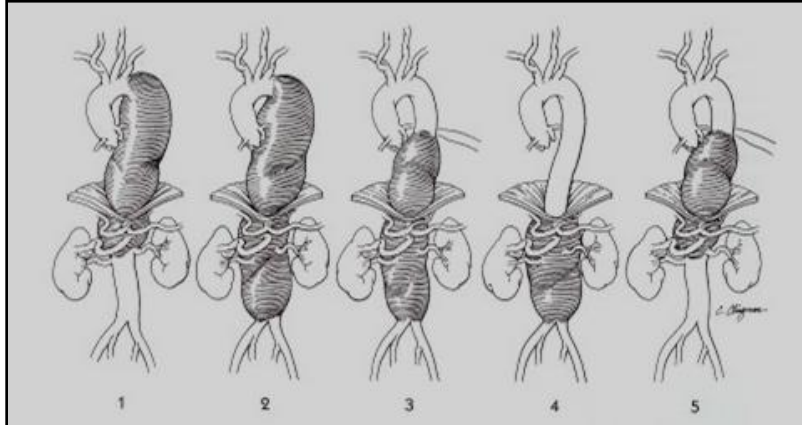


THORAKOABDOMINALES AORTENANEURYSMA (TAAA)

Definition

Beim thorako-abdominalen Aortenaneurysma liegt eine krankhafte Erweiterung der thorakalen und der abdominalen Aorta vor. Die Einteilung erfolgt in Abhängigkeit von der Ausdehnung des TAAA nach der Crawford-Klassifikation. Beim TAAA Crawford II ist die gesamte thorakale und abdominale Aorta von der linken A. subclavia bis zur abdominalen Aortenbifurkation betroffen.



Klassifikation der TAAA nach Crawford, modifiziert nach Safi

Ätiologie

Wie bei allen Aortenaneurysmen liegt eine chronische Degradation und 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

>80% aller TAAA-Patienten sind klinisch beschwerdefrei. Bei der Ruptur kommt es zu heftigsten Rücken- oder abdominalen Schmerzen mit Zeichen der unmittelbaren Kreislaufdepression. Rückenschmerzen können auch durch die anatomische Nähe der Aorta zur Wirbelsäule auftreten. Neben der farb-kodierte Duplex-Sonographie der abdominalen Aorta und einem verbreiterten Aortenschatten in der konventionellen Röntgen-Thorax-Aufnahme sollte eine CT-Angiographie der gesamten Aorta und der Beckenarterien mit möglichst kleinen Schichtabständen durchgeführt werden.

OP-Indikation und Therapie

Die Indikation zur operativen Therapie orientiert sich am Querdurchmesser, Aneurysmawachstum und einer etwaigen Symptomatik (Schmerzen etc.). Ab einem maximalen Querdurchmesser von 6cm bei Männern und 5-5,5cm bei Frauen sollte beim TAAA eine präventive OP erwogen werden.

Beim offenen thorako-abdominalen Aortenersatz wird über einen links-thorako-abdominalen Zugang die gesamte Aorta freigelegt. Die spinale Perfusion wird mithilfe motorisch-evozierter Potentiale (MEP) überwacht, alle Patienten erhalten präoperativ einen Spinalkatheter zur Druckentlastung bei ansteigendem Liquordruck. Während der Klemmphase werden die abdominalen Organe und die unteren Extremitäten mithilfe einer sog. distalen Perfusion über eine Herz-Lungen-Maschine perfundiert. Als Gefäßersatzmaterial werden Polyesterprothesen verwandt. Durch die o.g. adjuvanten Techniken kann das Risiko schwerer Komplikationen deutlich gesenkt werden.

Die endovaskuläre Therapie kann bei geeigneter Morphologie mit speziell angefertigten Stentprothesen mit Seitenärmchen für die Organarterien erfolgen (fenestrated/branched thorakaler endovaskulärer Aortenersatz). Diese müssen individuell angefertigt werden. Offene und endovaskuläre Therapie können auch hier kombiniert werden (sog. Hybrid-Eingriffe).



*Linkes Bild:
CT-Angiographie eines
TAAA (Durchmesser
6,5cm)*

*Rechtes Bild:
TEVAR mit Seitarmen
(branches)*

Nachsorge

Die Nachsorge der Patienten mit TAAA unterscheidet sich nicht von denen anderer Patienten mit Aortenaneurysma. Sie 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.