

Danksagung. Für die Durchführung der kompetenten bildgebenden Diagnostik und die Bereitstellung der Bilddokumente sind die Autoren den Kollegen der Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin, Universitätsklinikum Magdeburg A. ö. R., sehr zu Dank verpflichtet.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. Z. Halloul, M. Mhanna, U. Barth, A. Udelnow und F. Meyer geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

1. Halloul Z, Meyer F, Grote R et al (2005) Selective embolization of splenic artery aneurysm – case report. *Eur Surg* 37(1):59–62
2. Meyer A, Uder M, Lang W et al (2010) Aneurysmen an viszeralen Arterien. *Zentralbl Chir* 135(5):416–420
3. Ambrosetti P, Meyer P, Mentha G et al (1987) Aneurismes des arteres pancreatico-duodinales et hepaticues. *Chirurgie* 113:46–56
4. Croner RS, Anders K, Uder M et al (2006) Aneurysmen viszeraler Arterien. *Dtsch Arztebl* 103(20): A1367–A1371
5. Schmidt G, Görg C (2008) *Kursbuch Ultraschall (IS-BN 9783131191052)*. Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart
6. Michels NA (1951) The hepatic, cystic and retro-duodenal arteries and their relations to the biliary ducts with samples of the entire celiacal blood supply. *Ann Surg* 133(4):503–524
7. Bueschel P, Meyer F, Weber M et al (2013) Rare aneurysm of the hepatic artery with overlap to the gastroduodenal artery in very uncommon coincidence with occurrence of hepatomesenteric trunk – first case reported in the literature. *Wien Klin Wochenschr* 125(3–4):111–114
8. Carr SC, Mahvi DM, Hoch JR et al (2001) Visceral artery aneurysm rupture. *J Vasc Surg* 33:806–811
9. Tulsyan N, Kashyap VS, Greenberg R (2007) The endovascular management of visceral artery aneurysms and pseudoaneurysms. *J Vasc Surg* 45:276–283 (discussion 283)
10. Balderi A, Antonietti A, Pedrazzini F et al (2010) Management of hepatic artery aneurysm by endovascular exclusion using multilayer cardiatis stent. *Cardiovasc Intervent Radiol* 33:1282–1286

Gefässchirurgie 2015 · 20:49–49 DOI 10.1007/s00772-014-1445-4

Online publiziert: 28. Januar 2015 © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015

T. Schmitz-Rixen¹ · F. Adili² · R. Bauersachs³ · I. Eichler⁴ · J. Hoffmann⁵ · J. Klocker⁶ · J. Kobba⁷ · T. Petzold⁸ · H. Wenk⁹ · R.T. Grundmann¹⁰

¹ Klinik für Gefäß- und Endovascularchirurgie, Klinikum der Goethe-Universität Frankfurt am Main

² Klinik für Gefäß- und Endovascularchirurgie, Klinikum Darmstadt

³ Klinik für Gefäßmedizin, Angiologie, Klinikum Darmstadt

⁴ Klinik für Herzchirurgie, Klinikum Dortmund

⁵ Sektion Gefäßchirurgie, Klinik für Allgemein-, Viszeral- und

Transplantationschirurgie, Universitätsklinikum Essen

⁶ Universitätsklinik für Gefäßchirurgie, Innsbruck

⁷ Thorax, Herz- und Gefäßchirurgie, Universitätsklinikum Tübingen

⁸ Klinik für Gefäß- und endovaskuläre Chirurgie, Klinikum Saarbrücken

⁹ Allgemein-, Visceralchirurgie und Gefäßchirurgie, Klinikum Bremen-Nord

¹⁰ DIGG der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin, Berlin

Erratum zu: Antikoagulation mit Argatroban bei vaskulären und endovaskulären Operationen und Interventionen und Verdacht auf heparininduzierte Thrombozytopenie Typ II (HIT II)

In diesem Beitrag wurde auf S.1 eine falsche Thrombozytenzahl angegeben. Statt 150.00/µl muss es heißen:

Die Thrombozytopenie ist bei 85–90% der Patienten das erste Anzeichen einer HIT II, mit einem abrupten Abfall der Thrombozyten unter 150.000/µl oder um mehr als 50% des Basiswertes.

Wir bitten, die korrekte Nennung zu beachten und den Fehler zu entschuldigen.

Die Redaktion

Korrespondenzadresse

T. Schmitz-Rixen

Klinik für Gefäß- und Endovascularchirurgie, Klinikum der Goethe-Universität Frankfurt am Main
Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt am Main
schmitz-rixen@em.uni-frankfurt.de

Die Online-Version des Originalartikels können Sie unter <http://dx.doi.org/10.1007/s00772-014-1413-z> finden.