

Nachbeobachtung hinsichtlich einer mesenterialen Ischämie als obligatorische Aspekte des Patientenmanagements anzusehen sind [11].

## Fazit für die Praxis

Zusammenfassend sind folgende Aspekte aus dem präsentierten Kasus beachtenswert:

- Eine exakte Bildgebung mit Darstellung aller arteriellen Flussverhältnisse und Kollateralen ist eine unabdingbare und Grundvoraussetzung für die nachfolgende Entscheidungsfindung durch den endovaskulären Gefäßchirurgen und den radiologischen Interventionalisten im Rahmen einer „gefäßmedizinischen Konferenz“ zur Festlegung des Vorgehens.
- Es ist eine sinnvolle Nutzen-Risikoabwägung bei Festlegung des therapeutischen Vorgehens vorzunehmen.
- „Pitfalls“ sind zu simulieren. Der Probeverschluss eines Gefäßes ist einem definitiven Verschluss immer voranzustellen.

Mit diesem Herangehen können im Aortensegment wegen aneurysmatischer Erweiterung Landezonen für erforderliche Stentprothesen sowohl proximal als auch distal geschaffen werden. Die zwischenzeitlich ausreichende Stabilisierung und klinische Kontrolle der Kollateralversorgung nach selektiver Gefäßokklusion empfiehlt sich für ein komplikationsarmes klinisches Ergebnis, weshalb ein zweizeitiges Vorgehen mit einer Karenzzeit von mindestens 4 Wochen favorisiert wird.

## Korrespondenzadresse

### Prof. Dr. Z. Halloul

Bereich Gefäßchirurgie, Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie, Universitätsklinikum Magdeburg A.ö.R.  
Haus 60a, Leipziger Str. 44, 39120 Magdeburg, Deutschland  
zuhir.halloul@med.ovgu.de

## Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** F. Meyer, A. Rappe, M. Pech und Z. Halloul geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

## Literatur

1. Jánosi RA, Bettin M, Kahlert P et al (2015) Rebuttal: should the distal landing zone be assessed in thoracic endovascular aortic repair? *Catheter Cardiovasc Interv* 85:934–935
2. Pu J, Huang L, Huang L (2015) Should distal landing zone be assessed in TEVAR? *Catheter Cardiovasc Interv* 85:933
3. Rose MK, Pearce BJ, Matthews TC et al (2015) Outcomes after celiac artery coverage during thoracic endovascular aortic aneurysm repair. *J Vasc Surg* 62:36–42
4. Roselli EE (2014) Optimization of distal landing zone for TEVAR in chronic dissection. *Ann Cardiothorac Surg* 3:329–332
5. Kihara K, Tamura K, Chikazawa G et al (2015) Hybrid three-stage repair for extended thoracoabdominal aortic aneurysm: report of a case. *Ann Vasc Dis* 8:106–109
6. Libicher M, Reichert V, Aleksic M et al (2008) Balloon occlusion of the celiac artery: a test for evaluation of collateral circulation prior endovascular coverage. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 36:303–305
7. Halloul Z, Bürger T, Grote R et al (2001) Sequential coil embolization of bilateral internal iliac artery aneurysms prior to endovascular abdominal aortic aneurysm repair. *J Endovasc Ther* 8:87–92
8. Goltz JP, Loesaus J, Frydrychowicz A et al (2016) Perigraft plug embolization of the internal iliac artery and implantation of a bifurcated stentgraft: one treatment option for insufficient tubular stentgraft repair of a common iliac artery aneurysm. *Cardiovasc Intervent Radiol* 39:304–308
9. Warein E, Feugier P, Chaufour X et al (2016) Amplatz plug to occlude the internal iliac artery during endovascular aortic aneurysm repair: a large multicenter study. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 51:641–646
10. Ihara T, Komori K, Banno H et al (2016) Relationship between the distal migration and length of the distal landing zone after endovascular aneurysm repair (EVAR). *Surg Today* 46:56–61
11. Jim J, Caputo FJ, Sanchez LA (2013) Intentional coverage of the celiac artery during thoracic endovascular aortic repair. *J Vasc Surg* 58(1):270–275

## Erratum

Gefäßchirurgie 2017 · 22:129  
DOI 10.1007/s00772-017-0251-1  
Online publiziert: 21. Februar 2017  
© Springer Medizin Verlag GmbH 2016



### C. Probst · A. Welz

Klinik und Poliklinik für Herzchirurgie,  
Universitätsklinikum Bonn, Bonn, Deutschland

# Erratum zu: Eingriffe am Herzen bei asymptomatischer Karotisstenose

## Erratum zu:

### Gefäßchirurgie (2017)

DOI 10.1007/s00772-016-0241-8

Die zunächst veröffentlichte Online-Version dieses Beitrags enthielt einen Fehler im deutschen Titel. Bitte beachten Sie den obenstehend korrekten Titel. Des Weiteren wurde an mehreren Stellen „asymptomatisch“ fälschlicherweise durch „symptomfrei“ ersetzt.

Der Verlag bittet, den Fehler zu entschuldigen.

## Korrespondenzadresse



### Dr. C. Probst

Klinik und Poliklinik  
für Herzchirurgie,  
Universitätsklinikum Bonn  
Sigmund-Freud-Str. 25,  
53105 Bonn, Deutschland  
chris.probst@  
ukb.uni-bonn.de

Die Online-Version des Originalbeitrags finden Sie unter [10.1007/s00772-016-0241-8](https://doi.org/10.1007/s00772-016-0241-8).