

**E.S. Debus**

Klinik und Poliklinik für Gefäßmedizin, Universitäres Herzzentrum,  
 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg

# Aortendissektion

Die Aortendissektion zählt in ihrem akuten Stadium zum Komplex des akuten Aortensyndroms. Zusammen mit dem penetrierenden Aortenulkus und dem intramuralen Hämatom stellt es eine potenziell lebensbedrohliche Krankheitsentität dar, die eine differenzierte Betrachtung hinsichtlich Pathogenese, Krankheitssymptomatik und Therapiealgorithmus erfordert. Noch unklar ist heute, ob ätiologisch primär ein Einriss der Intima vorliegt oder aber eine Blutung von Vasa vasorum zu einem sekundären Intima-einriss führt.

## Die klinische Symptomatik hängt von der Lokalisation des primären Einrisses ab

Die zweite Theorie wird auch als kausal für die Entstehung des intramuralen Wandhämatoms angesehen, sodass es sich möglicherweise um zwei Spielarten der gleichen Erkrankung handelt. Wichtig – und dies ist Konsens – ist jedoch die Unterscheidung zwischen akutem und chronischem Stadium, welches zwei Wochen nach dem Entstehungsereignis eintritt. Diese Differenzierung ist deshalb essenziell, weil sowohl Morbidität als auch Mortalität nach Ablauf von zwei Wochen drastisch abnehmen. Im weiteren Verlauf kann es sekundär zu dissezierenden Aneurysmen im Falschlumen kommen. Auch der True-Lumen-Kollaps ist bekannt. Abhängig von der Lokalisation des primären Einrisses, dem Verlauf sowie der Ausdehnung der Dissektionsmembran und der Anzahl sowie Lokalisation weiterer Einrisse kann sich die klinische Symptomatik sehr unterschiedlich gestalten – und macht daher eine individualisierte Behandlung sowohl im akuten wie im chronischen Stadium erforderlich.

Angaben des Statistischen Bundesamtes zufolge nimmt die Erkrankung deutlich zu, und mit den technischen Mög-

lichkeiten der invasiven Behandlung ist ein Update dieses Krankheitsbildes wichtig. Heute kennen wir die wichtigsten Risikokonstellationen, die zu einer Aortendissektion führen können: Neben dem Hypertonus und dem männlichen Geschlecht ist ein höheres Lebensalter deutlich gehäuft mit einer Aortendissektion assoziiert; dagegen fallen erbliche Bindegewebserkrankungen, die bikuspidale Aortenklappe und vorausgegangene herzchirurgische Eingriffe zahlenmäßig deutlich weniger ins Gewicht. Eine eigene Entität stellt möglicherweise die isolierte abdominale Dissektion der Aorta dar, die im Kontext dieses Heftes ebenfalls abgehandelt wird, aber ätiologisch vermutlich anders zu betrachten ist. Hierzu ist heute noch wenig bekannt.

Die Aortendissektion ist ein in ihrer Pathophysiologie noch unvollständig verstandenes Krankheitsbild. Die technischen Möglichkeiten ihrer Behandlung haben zu unterschiedlichen Therapieansätzen geführt – Grund genug zu einer kritischen Bestandsaufnahme.

Ihr



E.S. Debus

## Korrespondenzadresse

**Prof. Dr. E.S. Debus**



Klinik und Poliklinik für  
 Gefäßmedizin, Universitäres  
 Herzzentrum,  
 Universitätsklinikum  
 Hamburg-Eppendorf  
 Martinistr. 52, 20246 Hamburg  
 s.debus@uke.de